

CENTRO
ACADÉMICO
**EN CALIDAD
DE VIDA**

CENTRO
ACADÉMICO
**EN CALIDAD
DE VIDA**

303.44 U54c

Centro académico en calidad de vida / Universidad El Bosque – Bogotá: Universidad El Bosque, 2017.
326 páginas

ISBN: 978-958-739-106-0 (Impreso)

ISBN: 978-958-739-107-7 (Digital)

Calidad de vida -- 2. Indicadores de salud -- 3. Salud pública – Metodología -- 4. Educación en salud
-- 5. Salud -- Elaboración de proyectos.

Fuente. SCDD 23ª ed. – Universidad El Bosque. Biblioteca Juan Roa Vásquez (Noviembre de 2017).



Por una cultura de la vida,
su calidad y su sentido

CENTRO ACADÉMICO EN CALIDAD DE VIDA
Noviembre de 2017

© Universidad El Bosque
© Editorial Universidad El Bosque

Primera edición

ISBN: 978-958-739-106-0 (Impreso)

ISBN: 978-958-739-107-7 (Digital)

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Rector: Rafael Sánchez París

Vicerrectora Académica: María Clara Rangel Galvis

Vicerrector de Investigaciones: Miguel Otero Cadena

Vicerrector Administrativo: Francisco Falla Carrasco

COMITÉ EDITORIAL

Rafael Sánchez París, Jaime Escobar Triana,

Gerardo Aristizábal Aristizábal, Miguel Otero Cadena,

Hugo Cárdenas, Miguel Ruiz Rubiano,

Gustavo Silva Carrero.

Editor del volumen: Gustavo Silva Carrero

Editor asistente: Diego Cabrera

Corrección de estilo: Andrés Vélez

Diseño: María Camila Prieto / Alejandro Gallego

EDITORIAL UNIVERSIDAD EL BOSQUE

editorial@unbosque.edu.co

www.uelbosque.edu.co/editorial

IMPRESIÓN Javegraf Bogotá, D. C., Colombia

Imagen en el colofón: *Tree of Knowledge & Death*
(1587) de Jost Amman.

Queda prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento.

CENTRO
ACADÉMICO
**EN CALIDAD
DE VIDA**



AGRADECIMIENTOS

Más allá de ser un homenaje a los 40 años de la Universidad El Bosque, este libro representa una mirada hacia el futuro. Queremos compartir con el lector los frutos de cuatro décadas ininterrumpidas de labor educativa, social e investigativa y nuestro deseo de consolidarnos como un Centro Académico en Calidad de Vida.

No tenemos más que palabras de agradecimiento, en primer lugar, a Dios por darnos la oportunidad de hacer parte de este proyecto. Igualmente, agradecemos a toda la comunidad universitaria por su acompañamiento, confianza y apoyo. A los fundadores de la Universidad El Bosque nuestra más sincera gratitud y admiración por su tenacidad al darle vida a esta institución y por ser pioneros de un modelo educativo y social fundado en la calidad de vida. Finalmente, agradecemos a los autores del presente libro por su colaboración en el desarrollo de este proyecto. Solo a través del trabajo en red, de la cooperación y del constante esfuerzo pudimos hacer realidad lo que hoy presentamos al público a través de este libro.

DR. RAFAEL SÁNCHEZ PARÍS, MD
RECTOR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE

CENTRO ACADÉMICO EN CALIDAD DE VIDA

CONTENIDO

- /10 **PRESENTACIÓN**
Dr. Hernando Matiz Camacho
- /19 **CAPÍTULO 1**
**CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN
CON LA SALUD HUMANA**
Jaime Escobar Triana
- /45 **CAPÍTULO 2**
**CUARENTA AÑOS POR UNA CULTURA DE LA VIDA,
SU CALIDAD Y SU SENTIDO**
Gerardo Aristizábal Aristizábal
- /87 **CAPÍTULO 3**
**CONCEPCIÓN GENERAL DEL CENTRO ACADÉMICO
EN CALIDAD DE VIDA**
Rafael Sánchez Paris
- /119 **CAPÍTULO 4**
**LA INVESTIGACIÓN COMO COMPONENTE ESENCIAL
PARA EL CENTRO ACADÉMICO EN CALIDAD DE VIDA**
Miguel Otero Cadena

/159	CAPÍTULO 5 EL NUEVO HOSPITAL: CENTRO ACADÉMICO EN SALUD Hugo Cárdenas López
/191	CAPÍTULO 6 LA FORMACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN UN CENTRO ACADÉMICO EN CALIDAD DE VIDA Hugo Cárdenas López / Diana Carolina Rubio León / Alejandro Gómez Barrera
/221	CAPÍTULO 7 ALIANZAS PARA EL HOSPITAL UNIVERSITARIO EL BOSQUE - COMPENSAR Néstor Rodríguez / Martha Giraldo / Rafael Sánchez París
/237	CAPÍTULO 8 TRABAJO EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD: LA ESTRATEGIA PARA LOS SIGUIENTES CUARENTA AÑOS Mauricio Serra Tamayo
/259	CAPÍTULO 9 EL MODELO ARQUITECTÓNICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO COMO CENTRO ACADÉMICO EN CALIDAD DE VIDA Daniel Bonilla / Ixa Bachman
/301	CAPÍTULO 10 PROYECCIONES DEL CENTRO ACADÉMICO EN CALIDAD DE VIDA Miguel Ruiz / Rafael Sánchez París
/324	LISTA DE AUTORES

Desde la aparición de la vida visible en la Tierra debieron transcurrir trescientos ochenta millones de años para fabricar una rosa sin otro compromiso que el de ser hermosa, y cuatro eras geológicas para que los seres humanos —a diferencia del bisabuelo pitecántropo— fueran capaces de cantar mejor que los pájaros y de morirse de amor.

Gabriel García Márquez, *El cataclismo de Democles*, 1986

PRESENTACIÓN

La educación y la salud caminan siempre de la mano. Desde los griegos, con Platón, Aristóteles e Hipócrates a la cabeza, los hombres que se han preocupado por la búsqueda de una mejor vida encontraron en la educación la forma de madurar el espíritu, alimentándolo intelectualmente y, también, de cuidar del cuerpo, conociendo su funcionamiento y explorando sus posibilidades. Este gran objetivo, el de buscar una vida buena para todos, es el principal derrotero que guía a la comunidad universitaria de la Universidad El Bosque. Ya son cuarenta años de trabajo constante en la búsqueda de la calidad de vida de los individuos con resultados importantes en diversas áreas del saber y el hacer.

Este libro, que se presenta al país con motivo del cuadragésimo aniversario de la Universidad El Bosque, aborda de manera sucinta el recorrido de la Institución en la consolidación de un gran proyecto que pone a la vida en el centro de sus preocupaciones y esfuerzos, un proyecto que desde la educación, como fundamento de la persona, la familia y la sociedad, ex-

tiende su influencia en la formación integral, la investigación de alto nivel y el servicio a la sociedad. Por lo demás, el libro se concentra en el presente y el futuro de la Universidad, que trae mayores retos; retos que van más allá de los recurrentes para una institución de educación superior o una de servicios clínicos. Así, la Universidad El Bosque asume la responsabilidad ante la sociedad de convertirse en el primer Centro Académico en Calidad de Vida de nuestro país. Un centro académico soportado y surgido de la multiplicidad de áreas, profesiones y disciplinas que conforman a la Universidad, enriquecido por la labor de alta complejidad, de compromiso humano y calidad desarrollada en el nuevo Hospital Universitario y, por supuesto, potencializado a través de la red dinámica de servicios y entidades que se vinculan al quehacer del Centro Académico en Calidad de Vida.

Desde nuestro punto de vista, la vida es más que el aspecto biológico del organismo, es su sentido en la existencia y su quehacer en el mundo. Con esto en mente los fundadores de la Universidad hace cuarenta años emprendieron la construcción de una institución que hoy es reconocida como de alta calidad, en donde se forma a la persona, para después preparar al profesional; en donde se educa a los jóvenes para consolidar un proyecto de vida con calidad —para ellos y sus familias—, desde las artes, las humanidades, las ciencias y la técnica. Es de esta forma que la Universidad El Bosque ha asumido su responsabilidad en la construcción de tejido social.

Después de haber iniciado como Clínica El Bosque y haberse desarrollado como Escuela Colombiana de Medicina hasta llegar a ser una Universidad reconocida internacionalmente por sus investigaciones, hoy pretende consolidarse como Centro Académico en Calidad de Vida. La realidad de este Centro Académico solo es posible con el desarrollo de una gran red de integración a distintos niveles: desde lo académico, articulando las diversas áreas del saber, pasando por lo institucional, generando alianzas con otras organizaciones de diferentes características, pero con objetivos sociales similares, hasta la consolidación de una dinámica entre el servicio, la docencia y la investigación de nivel internacional.

Este libro, redactado por algunos protagonistas del gran proyecto institucional, presenta los lineamientos conceptuales, metodológicos y prospectivos del proyecto al que le apuesta hoy la Universidad El Bosque, el de convertirse en poco tiempo en el primer Centro Académico en Calidad de Vida para los colombianos. En este sentido, la Universidad se transforma en una red integrada de servicios humanos y profesionales, formación de alto nivel e investigación multidisciplinar que piensa en las personas y que busca el bienestar de la comunidad.

Los temas abordados en el libro se pueden reunir en cuatro grandes ejes: el primero encargado de la conceptualización y definición de los elementos estructurales de este proyecto: de investigación, formación y servicio que representa el Centro Académico en Calidad de Vida (capítulos 1 a 3). El segundo eje aborda las capacidades, los desarrollos y las condiciones de la Universidad que le permiten asumir el reto de constituirse en un centro académico de gran complejidad (capítulos 4 a 6). El tercer eje se ha destinado a presentar los derroteros y las experiencias en el desarrollo del proyecto que ha requerido la conformación de redes y alianzas institucionales de gran envergadura (capítulos 7 a 9). Por último, se encuentra la proyección del Centro Académico en Calidad de Vida visto como un compromiso de largo plazo con profundo impacto social para nuestro país (capítulo 10).

En el primer capítulo se presenta el concepto de Calidad de Vida en el marco del trabajo institucional de la Universidad El Bosque. La reflexión del Dr. Jaime Escobar Triana aborda ampliamente los aspectos filosóficos, económicos, culturales y contextuales para proponer un concepto que valora a la persona en toda su integridad y busca generar ambientes que potencien las capacidades del individuo.

El segundo capítulo presenta, desde una perspectiva histórica, el desarrollo y la consolidación del proyecto iniciado en 1977 por 24 pioneros que asumieron el reto de trabajar por la formación médica y los servicios de salud. En este capítulo el Dr. Gerardo Aristizábal aborda el aspecto más filosófico de la construcción institucional, explicando paso a paso el valor y el significado del lema de la Universidad, que ha guiado en estas

décadas los esfuerzos de toda la comunidad: “Por una cultura de la vida, su calidad y su sentido”.

El tercer capítulo, presentado por el Dr. Rafael Sánchez París, rector de la Universidad El Bosque, desarrolla el concepto de Centro Académico en Calidad de Vida, apoyándose en la conformación de centros académicos a nivel internacional y en la literatura relacionada con hospitales universitarios, centros académicos en salud y redes de prestación de servicios. Así, este capítulo afirma que el Centro Académico en Calidad de Vida es más que la articulación entre una universidad y un hospital, es la integración de las diversas áreas del conocimiento desarrolladas en la universidad y la generación de múltiples alianzas con instituciones que fortalecen una red dinámica en la que fluye y se retroalimenta el nuevo conocimiento y la formación de calidad mediante un servicio eficiente hacia la comunidad.

En el cuarto capítulo se abordan las fortalezas en investigación que dan soporte indispensable al gran proyecto institucional que inició en la Clínica El Bosque y se consolidó como Universidad de alta calidad. El Dr. Miguel Otero nos presenta una institución exuberante en el talento y la creatividad de sus integrantes, en donde la investigación, reconocida internacionalmente, ha sido el principal soporte para emprender el reto de un hospital universitario y avanzar más allá en la consolidación del Centro Académico en Calidad de Vida. El Dr. Otero señala acertadamente que el modelo biosicosocial y cultural de la Universidad El Bosque expresa una gran capacidad de integración interdisciplinaria que apunta al desarrollo de condiciones de bienestar y calidad de vida para la comunidad en general. Es por estas condiciones que la conformación de un Centro Académico en Calidad de Vida es el resultado lógico y natural del gran proyecto institucional de la Universidad El Bosque.

En los capítulos cinco y seis los doctores Hugo Cárdenas, Diana Rubio y Alejandro Gómez presentan el modelo centrado en el paciente y su familia que articula la formación médica y la prestación del servicio en el hospital universitario, consolidando así un Centro Académico en Salud. Adicionalmente, se expone el soporte fundamental que entregará a este proyecto el Programa de Doctorado en Salud Pública, con lo que se resalta

nuevamente el objeto primordial de asumir a la persona como un ser integral desde sus distintos aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Posteriormente, en el séptimo capítulo, el rector Sánchez París, el Presidente de Compensar, Néstor Rodríguez, y la subdirectora de salud, Martha Giraldo, describen las motivaciones, los objetivos y la proyección que dan vida a la alianza entre la Universidad El Bosque y Compensar para la construcción y puesta en funcionamiento del Hospital Universitario, ideado como una de las columnas sobre las que se soportará el Centro Académico en Calidad de Vida.

La construcción de redes integradas de servicios de salud es el método innovador mediante el cual el proyecto del Centro Académico en Calidad de Vida iniciará su consolidación. Así, el octavo capítulo escrito por el Dr. Mauricio Serra, presenta el desarrollo de dichas redes integradas, sus posibilidades y su alcance. Desde este punto de vista la red no solamente es el vehículo para prestar un servicio más eficiente y pertinente, es además la que permite el crecimiento del proyecto, la construcción de nuevo conocimiento y la adecuada formación de personal experto en la atención y la investigación, teniendo en cuenta las necesidades de la comunidad en los diversos ámbitos contextuales de nuestro territorio nacional.

En el noveno capítulo los arquitectos Daniel Bonilla e Ixa Bachman, integrantes del Taller de Arquitectura de Bogotá, presentan el modelo arquitectónico del hospital universitario. A través de las descripciones y las imágenes se muestra una edificación pensada desde sus detalles para un modelo de formación, investigación y servicio centrado en las personas, su bienestar y calidad de vida. Un hospital que no parezca hospital es el reto de los arquitectos y constructores, sobre todo porque definitivamente debe ser un hospital moderno y con altos estándares de seguridad, que será evaluado desde el inicio de sus labores por organizaciones internacionales de gran reconocimiento.

Cierra este libro el décimo capítulo escrito por los doctores Miguel Ruiz y Rafael Sánchez París. Este texto lanza una mirada hacia el futuro cercano para proyectar la labor y la reflexión del Centro Académico en Calidad de Vida. La evolución y con-

solidación de este proyecto deberá responder a las realidades cambiantes de nuestra sociedad que se expresarán en dinámicas políticas, economías, científicas y tecnológicas. En este sentido, el Centro Académico en Calidad de Vida deberá asumir una profunda responsabilidad social que defina la innovación como el instrumento para mejorar el entorno de los individuos y sus familias o comunidades, mediante la transferencia de conocimiento y la permanente evaluación en la enseñanza y el aprendizaje. La proyección del Centro Académico en Calidad de Vida se define a través de los derroteros construidos por toda la comunidad de la Universidad El Bosque y esbozados en su Plan de Desarrollo, la Orientación Estratégica Institucional, el Proyecto Educativo Institucional y, por último, la Misión y la Visión de la Universidad en su conjunto.

Felicito a la comunidad universitaria por cuarenta años de éxitos en la consecución de un logro profundamente humano: el de fomentar la educación y la salud de calidad. A los fundadores, un profundo reconocimiento por su persistencia, pertinencia y acertada decisión. Y, por supuesto, mi apoyo y mejores deseos para las directivas de la Universidad, quienes se habrán de enfrentar a décadas de retos y cambios, pero que con el espíritu sereno y maduro lograrán alcanzar los objetivos ambiciosos que hoy se proponen.

DR. HERNANDO MATIZ CAMACHO
PRESIDENTE DEL CLAUSTRO
UNIVERSIDAD EL BOSQUE









1

JAIME
ESCOBAR TRIANA

CALIDAD DE VIDA
EN RELACIÓN CON
LA SALUD HUMANA

INTRODUCCIÓN

El interés por la Calidad de Vida (cv) ha sido preocupación permanente de la Universidad El Bosque desde sus inicios. El primer Seminario Internacional sobre Bioética “La calidad de vida en el siglo XXI” se realizó en 1995 para el lanzamiento de la Especialización en Bioética (Bíos y Ethos No. 1). En el año 2000, el VI Seminario Internacional “Bioética y calidad de vida” se realizó en la Universidad y algunos de sus temas están contenidos en el volumen No. 15 de la Colección Bíos y Ethos que publica el Programa de Bioética de la Universidad El Bosque.

En otros seminarios internacionales realizados dentro del programa de Bioética de la Universidad, como “Bioética, desarrollo humano y sentido de la vida” o “Bioética, sentido de la vida y fe religiosa”, el tema de la cv estuvo siempre presente. Debe recordarse también que en documentos fundacionales como Filosofía de un programa, reflexiones sobre un programa y proyecciones de un programa, así como Formación humana y social del médico (Escobar, 1999), el tema de cv y bienestar son transversales. Los aspectos psicológicos y mentales y los componentes sociales, culturales y antropológicos se tuvieron en cuenta como contribuyentes del estado de bienestar o de salud, tanto del individuo como de la sociedad (Escobar Triana y Ovalle, 1989).

El mejoramiento (Enhancement) comprende el fortalecimiento de las bases biológicas; aumenta nuestras habilidades. Tiene las mismas implicaciones éticas que puedan suscitarse en torno a la cv, las cuales hacen referencia a la obligación de mejorar la vida de las personas; esto es, la obligación de beneficencia. Por ejemplo, mediante la medicina del deseo las personas buscan sentirse mejor, al igual que se busca con la antropoplastia (cirugía plástica o estética), al ser este un deseo que supera la necesidad básica de mejorar la salud (Richman, 2004).

El plan de desarrollo del Departamento de Bioética se fundamenta en la mejora de la cv de los vivientes humanos y no humanos. El ser humano descrito como criatura Biopsicosocial y Cultural está en la base de las discusiones bioéticas. Con este enfoque se insta a identificar las necesidades, así como a fomentar las capacidades humanas necesarias de desarrollar según las formas en que las personas viven, las relaciones que experimentan y las libertades que dichas personas deben ejercitar. Por consiguiente, el interés por las necesidades y capacidades humanas se inscribe en el enfoque de desarrollo humano que orienta al Departamento de Bioética con respecto a la perspectiva que se tiene acerca de la cv (Escobar-Triana y Ovalle, s.f.). Por otra parte, el enfoque Biopsicosocial y Cultural que se involucró en los diferentes programas de la universidad ha permitido mantener el interés constante por la cv. A partir de los eventos, actividades y publicaciones, surgió el lema de la Universidad cuando se transformó de Institución Universitaria a Universidad El Bosque: “Por una cultura de la vida, su calidad y su sentido”.

En este texto se describen en un primer momento distintas concepciones sobre la cv que provienen de fuentes filosóficas, económicas, políticas y de organismos internacionales. En segundo lugar, se plantea la importancia de cuantificar la cv mediante modelos matemáticos. En un tercer momento, se determina a la cv como tema central del proyecto educativo de la Universidad El Bosque, en relación con la Bioética. Finalmente, se concluye que la cv ha permeado todas las actividades misionales en torno a la investigación y formación, de esta manera se proyecta la cv como inspiradora de los desarrollos y propuestas que se esperan para su futuro.

CONCEPCIONES SOBRE CALIDAD DE VIDA

Según Zubirí (1988), para Aristóteles la filosofía es el nivel más superior de la teoría. Y la teoría comprende toda actividad humana. El *bios* se identifica con todas las acciones humanas, desde las naturales hasta las morales. En este sentido, este llamado a integrar las acciones y vivencias humanas cuestiona a la medicina en virtud de la siguiente pregunta: ¿se podría dejar de lado esta integralidad en nuestra actividad médica? La medicina es una actividad que ha concentrado su atención en la enfermedad, sin considerar la *cv*. De ahí que es posible considerar como un avance de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1947) define la salud como la búsqueda de un estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente como la ausencia de enfermedades. Sin embargo, esta definición resulta insuficiente, porque concibe la salud como un estado, cuando en realidad es un proceso dinámico en busca del equilibrio, en el que convergen factores externos, sociales, políticos, económicos, etc., con las capacidades extensivas de las personas que inciden en su *cv*. Para Patrick y Erickson:

La calidad de vida relacionada con la salud es el valor que se atribuye a la duración de la vida en función de las discapaci-

dades, del nivel funcional, de las percepciones y las oportunidades sociales modificados por la enfermedad, las heridas, los tratamientos o las políticas de salud” (1993, citado por Leplège 1999, p. 17).

Son muy amplias las concepciones acerca de la cv que admiten, a su vez, cuestiones acerca del estado de la salud y del bienestar. Son a su vez diversos los indicadores “desde la simple lista de síntomas hasta complejas pruebas destinadas a evaluar el funcionamiento psicológico, social y/o físico de los sujetos” (Leplège, 1999, p. 13), información que resulta muy beneficiosa para el marketing; para la sociedad de mercado que convierte a la salud en una mercancía sometida a las leyes del mercado.

Para algunos es preciso distinguir entre cv entendida como buenas condiciones de vida “objetivas” y el alto grado de bienestar “subjetivo” (well-being). Su diferencia radica en que en el primer caso se obtiene satisfacción por el disfrute de los recursos disponibles y no solo por su posesión, como sucede en el segundo (Palomba, 2002). Esta distinción favorece la medida de la cv basada en indicadores “objetivos”, pero también permite valorar la percepción individual de esta situación equiparada con el término de bienestar “well-being”. (Palomba, 2002).

Hoy en día se abre una amplia gama de oportunidades tecnológicas como la medicina antropoplástica, que se encuentran disponibles y son impulsadas por el mercado. Mediante dispositivos biotecnológicos se busca aumentar tanto la calidad como la cantidad de vida saludable. Es el caso de la medicina del deseo y la medicina del mejoramiento, que buscan ampliar las capacidades naturales de los seres humanos (Richman, 2004 y Maliandi, 2010).

Para Harari (2016), la época contemporánea le proporciona a la civilización humana la posibilidad de combatir la muerte, la peste y eliminar las guerras. Con respecto a la primera, el historiador asegura que “mientras la gente muera de algo nos esforzaremos por derrotarla” (p. 40). Históricamente se ha mantenido la esperanza de encontrar la clave de la felicidad,

sin embargo, en el siglo xx el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita como indicador de cv es insuficiente, por lo cual, según la solicitud de distintos científicos sociales, es necesario sustituirla por la Felicidad Interna Bruta (FIB). En palabras de Harari (2016) “A fin de cuentas, ¿qué es lo que quiere la gente? No producir. Quiere ser feliz. La producción es importante, porque proporciona la base material para la felicidad. Pero solo es el medio, no el fin” (p. 44). Por ello, a pesar de la gran variedad de tecnologías disponibles de uso cotidiano, la satisfacción por la cv, en distintos países con alto PIB como Estados Unidos y Japón, no es indicativo suficiente de felicidad, por cuanto los niveles subjetivos de bienestar en la década de 1990 siguen siendo los mismos de los años cincuenta (Harari, 2016).

Hay autores y autoras que analizan dos de las más conocidas aproximaciones al concepto de calidad de vida que ilustran las dificultades epistemológicas y los desafíos que generan estas aproximaciones; una económica y otra utilitarista iniciada por J. Bentham y continuada por J. S. Mill (Oprescu, 2011). Al respecto, Lèplege (1991) cita a Mill: “la existencia sin trabas innecesariamente plena de sus posibilidades específicas es el placer, la ausencia de penas” y a Bentham: “las diferencias cualitativas de los placeres son reducibles a diferencias cuantitativas de tal suerte que sea posible para el mayor número” (p. 20). Para este autor estos dos son los postulados filosóficos de índole utilitarista en los que reposa la cv.

Otros enfoques acerca de la cv proponen no tener en cuenta solamente el PIB. Nussbaum (2012) propone un énfasis en el desarrollo de las capacidades humanas. El enfoque de las capacidades lo propone Sen en la década de los ochenta, en sus propuestas políticas y económicas. Este enfoque permite realizar comparaciones sobre la cv de distintos países. Nussbaum considera que la propuesta de Sen es superior a los enfoques utilitaristas, por cuanto las “capacidades” permiten contemplar más componentes de la cv. Elementos claves en su apreciación como “la salud, la integridad física, la educación, que no pueden reducirse a una métrica única sin distorsionarse” (Nussbaum, 2012, p. 13). Esta filósofa también incorpora en el enfoque

de las capacidades a los vivientes no humanos, la justicia social básica. La elección o la libertad son centrales en sus propuestas; agrega que la libertad es infravalorada por el utilitarismo. Para Nussbaum, los derechos humanos que consideran que todas las personas nacen iguales, por virtud de su humanidad, deben respetarse y apoyarse en beneficio de la cv (2012).

Otro aspecto para la medición de cv en poblaciones es la religiosidad. Según los informes de desarrollo humano de las Naciones Unidas de 2013, el Gallup's Global Wellbeing Index de 2014 y el World Values Survey de 2013, la relación entre la secularización y el bienestar social no tiene límites claros con respecto a la religiosidad o no religiosidad y su relación con la cv (Ho Yu, Reimer, Lee, Snijder y Lee, 2016).

El nuevo paradigma, en plena evolución, busca que las personas tengan una cv acorde con la dignidad humana (Nussbaum, 2012). El proyecto de la cv debe tener un enfoque inter y pluridisciplinario para que el énfasis en las capacidades pueda llegar a materializarse. Por ello, para Nussbaum la economía debería dialogar con otras disciplinas como la sociología, la política, la filosofía, la psicología y la ciencia medioambiental, entre otros. Al respecto, la bioética, con sus comités, brinda ese campo que se necesita para reunir distintos saberes, epistemologías y prácticas en torno al análisis de la cv de las personas y poblaciones que acuden a los servicios de salud.

Por consiguiente, el concepto de cv que hoy en día es considerado multidimensional incluye dentro de sus condiciones particulares y contextuales, además de las dimensiones biológica, psicológica, social y ambiental, una dimensión de desarrollo de capacidades y sentimientos subjetivos de bienestar. No existe una definición universal de cv.

El cumplimiento de normas internacionales de calidad llega a sectores industriales y a las universidades. En estas se buscan los grados de satisfacción en todos los aspectos de la institución, incluyendo los administrativos. La preocupación por la cv en la educación y en especial por la comunidad universitaria durante la formación profesional, según recientes publicaciones, radica como aquella cv universitaria que es

Figura 1. Jaime Escobar durante la firma de la Carta Magna de las Universidades Europeas. Bolonia, Italia, 2008.



posible identificar mediante “indicadores de satisfacción estudiantil” (Márquez, 2015). La CV de los y las estudiantes se centra en su bienestar subjetivo, en compartir grupalmente en la comunidad académica, desde un refrigerio, hasta los eventos deportivos y los solemnes actos académicos.

En el marco de la educación superior europea, las universidades han desarrollado mecanismos de medición para incrementar el aseguramiento de la calidad de sus docentes, con indicadores matemáticos (Bas, Tarantola, Carot y Conchado, 2016). Para otros, “se requiere identificar las variables que más valoran los estudiantes y a partir de estas establecer los indicadores pertinentes” (Blázquez, Chamizo, Cano y Gutiérrez, 2013). En la Declaración Mundial de la Educación para Todos se señalan como objetivos y metas principales satisfacer las necesidades de aprendizaje de todos los niños, jóvenes y adultos, para contribuir a la CV (UNESCO, 1990).

Figura 3. Jaime Escobar y Gerardo Aristizábal junto al expresidente Julio César Turbay durante la inauguración de la Clínica El Bosque y la Escuela Colombiana de Medicina, 1977.



Figura 2. Jaime Escobar junto al expresidente Belisario Betancur.



CUANTIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Es notorio el interés por la cv a partir de 1960. La cv como concepto se desarrolla en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, en todos los ámbitos del conocimiento (Urzúa y Caqueo, 2012). La preocupación por la cv no es nueva y ni es monopolio de las ciencias sociales, o en el cuidado de la salud; en casos agudos, los economistas han comenzado a desarrollar medidas de cv (Baldwin, Godfrey y Propper, 1994). Su medición interesa a todos, tanto a los políticos, como a los eticistas (bioeticistas), a los economistas, a los investigadores en ciencias sociales y a la educación. En el campo de la salud, en relación con la medicina, las investigaciones sobre cv se desarrollaron rápidamente tanto en su teoría como en sus prácticas. La cuantificación de la cv, esto es “la reducción del objeto –cv– a sus atributos medibles” (Lèplege, 1999, p. 10), presenta diversos enfoques. Entidades como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el Plan de Desarrollo Humano (PNUD), comprenden aspectos desde la salud, como también económicos, sociales y culturales, con búsqueda y construcción de mediciones.

Con el tiempo, las mediciones sobre cv han evolucionado de un índice de bienestar a una escala de calidad del bienestar (Index of Well-Being for Quality of Wellbeing Scale), según

Bowling (1991), citado por Lèplege (1999). En relación con la CV y su medición, el PNUD analiza cinco áreas: bienestar físico (salud, seguridad física); bienestar material; bienestar social; desarrollo y bienestar (productividad, contribución, educación), y bienestar emocional (autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión, espiritualidad). Un mecanismo para medir la CV es el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de la ONU, PNUD, cuyo cálculo se hace de forma general a partir de las siguientes variables: esperanza de vida, educación en todos los niveles y PIB per cápita.

La Organización la Cooperación el Desarrollo Económico (OCDE), entidad creada por los países industrializados y a la cual aspira ingresar Colombia, es una organización de cooperación para el desarrollo económico que creó el indicador de Better Life Index como una herramienta para evaluar el bienestar multidimensional de sus países miembros (Decancq, 2016). Publica informes periódicos relacionados con su propuestas sobre el bienestar y su medición, que cubre diversos aspectos como “el compromiso cívico, la vivienda, el ingreso familiar, el balance vida-trabajo y las competencias y habilidades con la salud” (OCDE, 2015). Son una amplia variedad de sistemas de mediciones que involucran preguntas estandarizadas que responden a cada uno de los aspectos, no solamente en el ser humano, sino a partir de la idea de la economía como productora de salud. Son algoritmos que calculan en ponderación que se corresponde con cada dimensión humana (estado físico del sujeto - autonomía; capacidades físicas; sensaciones somáticas - síntomas; consecuencias de traumatismos o de procedimientos terapéuticos; dolores - su estado psicológico - emotividad; ansiedad; depresión - su relaciones sociales y su comportamiento en el entorno familiar; sociabilidad, o profesional) y el resultado es la suma total de cada uno de los factores (Lèplege, 1999, p. 18).

Para Begner existen cinco dimensiones que determinan la salud como objetivo: los fundamentos genéticos; el estado biológico, fisiológico y anatómico de los sujetos; el estado funcional; el estado mental, y finalmente el potencial de salud. En este modelo se sugiere que existe un nivel óptimo de funciona-

Figura 4. Jaime Escobar durante el XIX Seminario Internacional de Bioética - Dimensiones Políticas de la Bioética en 2013. Bogotá, Colombia.



Figura 5. Jaime Escobar Triana junto a la Vicerectora Académica de la Universidad María Clara Rangel, durante el XVIII Seminario Internacional de Bioética, Biodiversidad y bienestar común en 2013. Bogotá, Colombia.



miento humano como objetivo teleológico de los seres humanos, independiente de su cultura (citado Leplège, 1999).

Como ya se dijo, en lo referente a la salud y la medicina, las investigaciones se desarrollaron rápidamente, tanto en forma teórica, como práctica, y las mediciones de la cv han aparecido ininterrumpidamente, razón por lo cual “el término de calidad de vida relacionado con la salud fue inventado para justificar la utilización de medidas disponibles y el cambio de nombre” (Leplège, 1999, p. 16). El interrogante ético a este aspecto es que los cuestionarios se centran en problemas relacionados con la existencia que son afectados por una mala salud; sin embargo, “deben también darnos indicaciones sobre el impacto de la enfermedad sobre la calidad de la vida” (p. 17).

El Quality Adjusted Life Year (QALY) es el promedio aritmético de la esperanza de vida y el ajuste de la cv restante de años ganados. Al respecto, es importante “distinguir entre la medición de esperanza de vida y la medida de la calidad de vida. El primero requiere de una simple observación, mientras que el segundo requiere de instrumentos específicos designados para ese propósito” (Baldwin, Godfrey y Propper, 1994). El cv QoL, por su parte, es un concepto amorfo que comprende dimensiones objetivas y subjetivas que interactúan en forma dinámica. Hay múltiples modelos de cv y a veces se superponen. Comprenden rangos de necesidades satisfechas en aspectos mentales, psicológicos, bienestar social, crecimiento personal, competencias cognitivas y adaptabilidad, y mediciones de cv en el cuidado de la salud (Bowling, 2003).

Por consiguiente, para (Bowling, 2003) es necesario identificar tanto los aspectos relacionados con la salud como otros no relacionados con ella, como son: “la imagen de sí mismo, hábitos de vida, las relaciones y estrategias personales, la responsabilidad del estatus profesional y los ingresos” (p.17). Por tanto, la búsqueda de un objetivo teleológico se espera medir mediante escalas, cuestionarios que revelan cuantificaciones matemáticas, que no suelen involucrar aspectos existenciales de índole espiritual, rol profesional, estatus social en conjunto con la autoestima y condiciones cotidianas de vida que involucran las relaciones personales. En síntesis, son los aspectos biológicos los

que mayoritariamente se han tenido en cuenta en las escalas de medición, mientras que se han desconocido las otras dimensiones del ser humano (psicológicas, sociales y culturales).

Las elecciones personales acerca de las expectativas y condiciones de cv en muchas ocasiones pueden o no coincidir con las apreciaciones de los médicos, que en tanto, apreciaciones pueden influir en las mediciones cuantitativas. Paradoja que en palabras de Leplége (1999) surge “al pensar que se pueden cuantificar las medidas cualitativas y medir los estados tales de la salud o la calidad de vida, basándose sobre los elementos de información, también subjetivos, como la opinión de los enfermos” (p. 8). A estos y estas se les interroga por su satisfacción sobre su salud o vida que manejan y sobre cómo su existencia se ha modificado por su enfermedad junto con las intervenciones médicas que han recibido, por tanto, no se tienen en cuenta su capacidad de adaptación, lo que implica que las escalas de medición de la cv pueden ser distorsionadas (Leplége, 1999).

En este sentido, quien se confina a una silla de ruedas puede adaptar sus posibilidades a esta sujeción y considerar la silla de ruedas como tecnología que beneficia su cv. Los resultados sobre estudios longitudinales de cv ayudan a identificar las necesidades de los pacientes, la prevención de eventos graves en la salud de agrupaciones, y las demandas de servicios (Leplége, 1999), así como ayudan en la formulación de políticas públicas intersectoriales que convocan a la salud, pero también a la educación, el ambiente, etc., como es el caso cuando se evalúa la calidad de las actividades de la vida diaria. A propósito existe un acuerdo con respecto a que:

El principio de cv invoca el ‘poder vivir mejor con lo que somos, más que con lo que tenemos’, a nivel de la satisfacción de las necesidades básicas y primordiales. Exhortaría a reorientar los esfuerzos hacia las dimensiones humanas, morales, espirituales, sociales y culturales, entre otras (Xercavins, Cayuela, Cervantes y Sabater, 2005).

De igual manera, estas escalas miden avances tecnológicos en el campo de la medicina y los efectos indeseables de tratamientos e intervenciones que afectan la cv. En ocasiones se promocionan publicitariamente aditamentos tecnológicos que son fútiles, sin embargo, el mito de un progreso indefinido ha sido abatido, en razón de que los pacientes se tornan en consumidores prevenidos (Leplège, 1999). Son los avances de las comunicaciones y la publicidad los que inducen a consumir productos farmacéuticos, por ejemplo, con la ilusión de lograr una cv. La publicidad en la medicina fue, en parte, promovida por la Federal Trade Commission en Estados Unidos, en 1975, cuando liberó de la restricción de la publicidad a la medicina, a pesar de la gran oposición de la American Medical Association. El acceso de los pacientes-consumidores a Internet también les permite informarse de muchas de las realidades de la medicina y las terapéuticas actuales, lo que ha propiciado una toma de consciencia de los efectos adversos de fármacos y terapias que pueden mejorar o afectar la cv.

Finalmente, son muchas las escalas de medición de la cv de las personas que varían una de otra en relación con las diferencias de apreciación que se tienen sobre el ser humano.

CALIDAD DE VIDA EN EL PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE Y LA BIOÉTICA

La cuantificación de la cv interesa tanto a los economistas, como a los politólogos, a los bioeticistas e investigadores en ciencias sociales. En el caso de la Universidad El Bosque (UEB), desde su origen con el programa de Medicina, sus énfasis iniciales acerca de la cv se extendieron a todas las disciplinas que brinda la universidad, tanto en pregrados, como en posgrados y formación avanzada en bioética, así como en las investigaciones que se llevan a cabo.

La Misión institucional de la UEB en uno de sus apartados dice lo siguiente: “Desde el enfoque Biopsicosocial y Cultural la Universidad El Bosque asume su compromiso con el país teniendo como imperativo supremo la promoción de la dignidad de la persona humana en su integralidad”.

En el texto Universidad El Bosque. Una historia en construcción (Miranda, Escobar-Triana, Escobar y García, 2009), como participación de los profesores del Departamento de Bioética se explicita que:

Tradicionalmente la noción de calidad de vida ha estado asociada a indicadores de tipo económico, inscritos en la producción de capital. Sin embargo, pese al auge de los mercados mundiales, la tecnología y la informática, los modos de vida de los sujetos han motivado la proliferación de saberes que han puesto énfasis en los problemas éticos, culturales y sociales del mundo contemporáneo. En tal caso, se hace pertinente reconocer e impulsar formas de pensamiento que contribuyan a comprender la heterogeneidad de los valores y expresiones humanas y la dimensión subjetiva de las personas. Solo desde esta perspectiva es posible considerar la calidad de vida según las elecciones de los grupos y sujetos. (Escobar-Triana, Aristizábal, Cadena, Cortés, De Zubiría, Novoa, Ovalle y Sánchez, 2009, p. 214).

Fiel a estos postulados y con la iniciación, desarrollo e incorporación de la bioética a los programas y disciplinas de la universidad, la CV siempre ha sido tomada en cuenta en el Proyecto Educativo Institucional (PEI).

IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DEL MODELO BIOPSIKOSOCIAL BASADO EN LAS NECESIDADES HUMANAS

Etica material de los valores (Scheler, Hatmann)

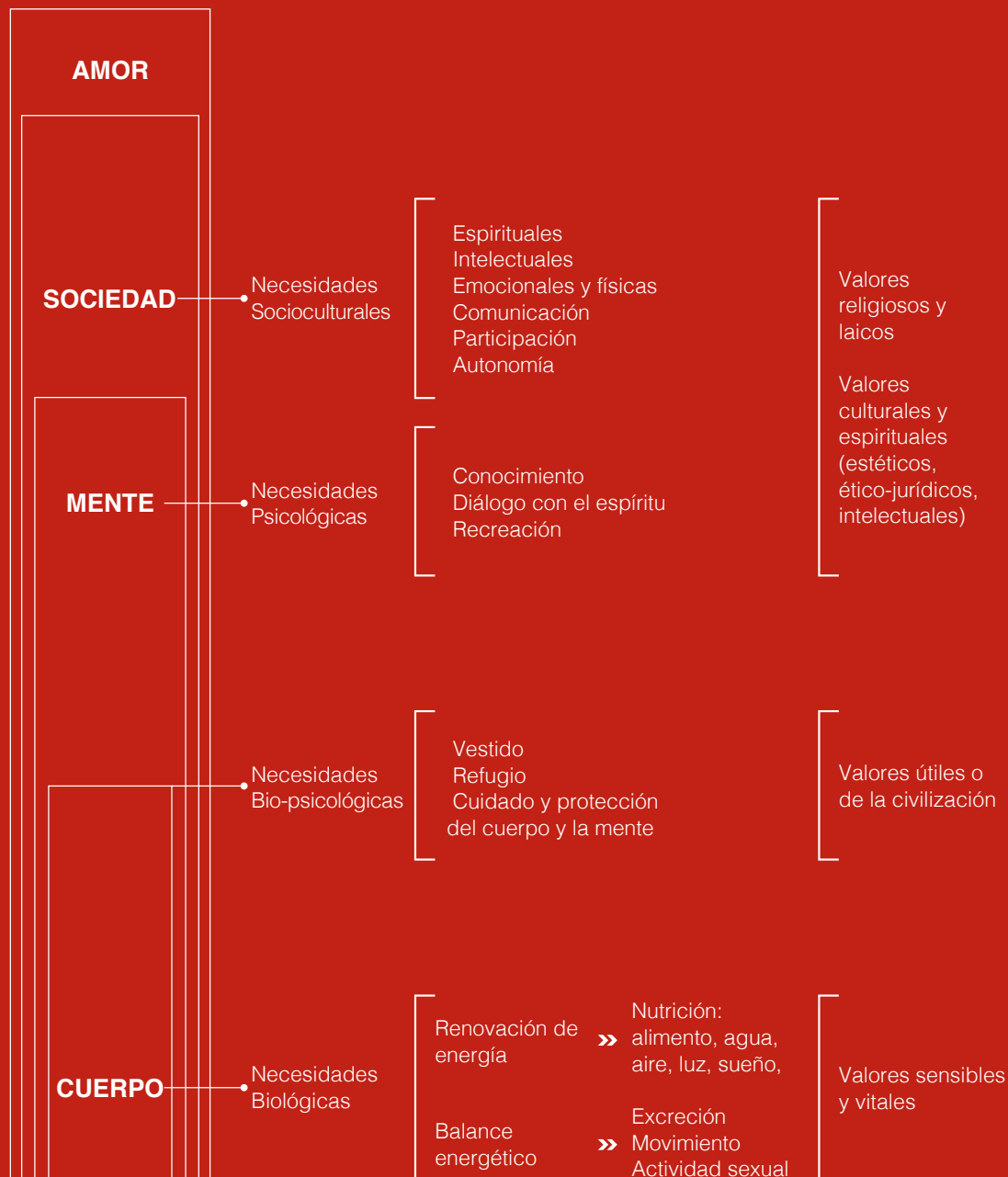
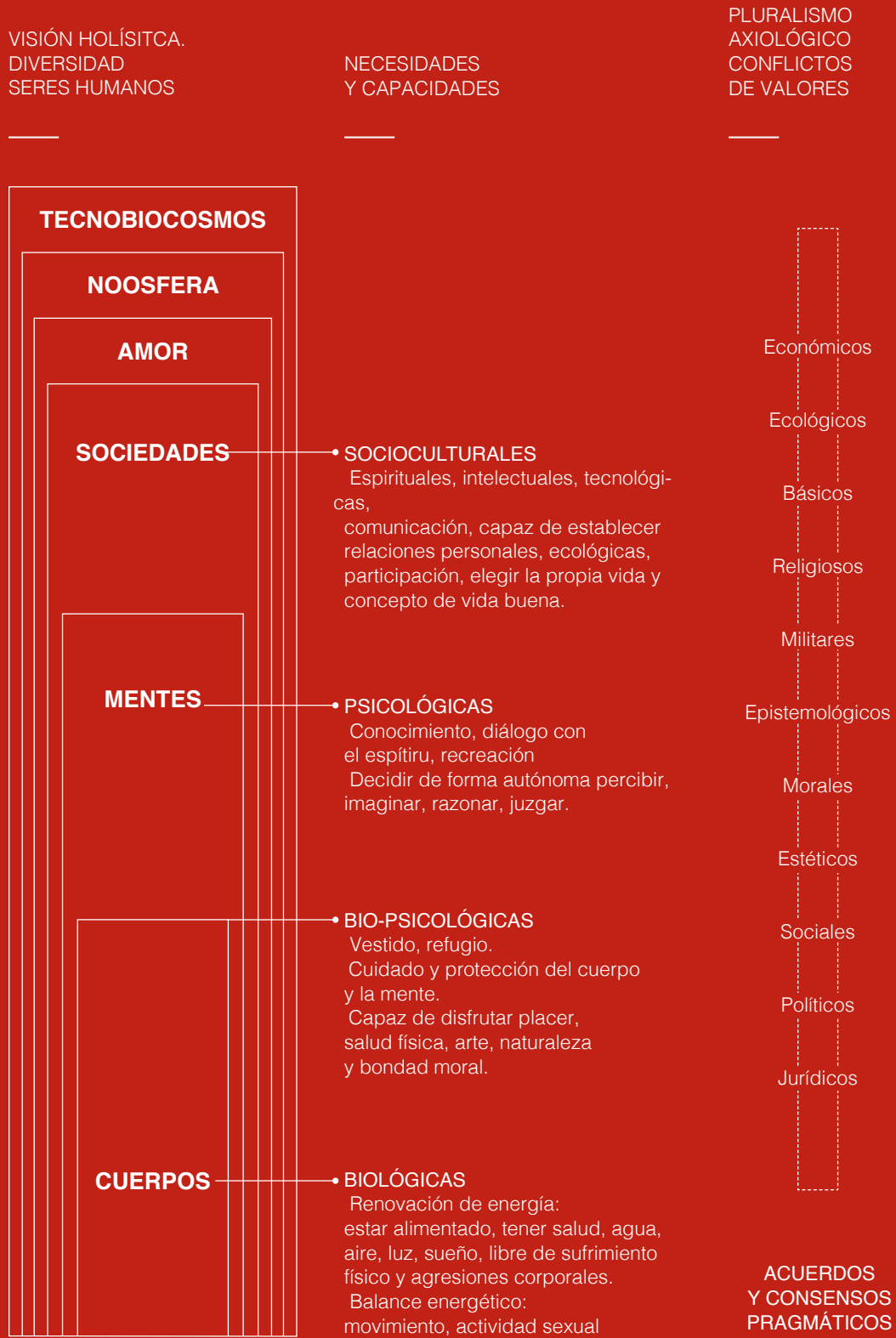


Tabla 1. Visión holística de las necesidades humanas (Kamenetzky y Engel).
Fuente: Ekins y Max-Neef (1992)

La tabla 1 ilustra la implementación y desarrollo del enfoque Biopsicosocial y Cultural basado en las necesidades humanas que son consideradas por Kamenestzky (2002) como exigencias biológicas y psicológicas que todo ser humano debe satisfacer durante su vida, cualquiera que sea su cultura, lengua, color de piel, sexo y edad. Entre tanto, las capacidades humanas para Sen (1986, citado por Escobar-Triana, 2012, p. 306) son logros o habilidades para realizar ciertos funcionamientos que se consideran valiosos.

En los comités de bioética se debaten y analizan los problemas éticos que se suscitan con los avances en ciencia y tecnología, con la ayuda de una variedad de principios que permiten la inclusión de diferentes enfoques para la toma de decisiones (Escobar-Triana, 2012, p. 306).

Tabla 2. Enfoque Biopsicosocial y Cultural en una perspectiva bioética. Fuente: Scheler, Hartmann (1920-1940); Maslow (1934); Teilhard De Chardin (1964); Engel (1972); Sen (1986); Holtois (1987); Escobar (1991); Doyal y Gough (1992); Ekins y Max-Neef (1992); Nussbaum (2002); Kamenetzky (2006); Echeverría (2006); y Escobar, Ovalle y Arizizabal (2010).



En la tabla 2 se evidencia el enfoque Biopsicosocial y Cultural con una perspectiva bioética en un entorno de pluralismo axiológico y los conflictos de valores con una propuesta de lograr acuerdos y consensos pragmáticos como se busca en los comités de bioética.

Como conclusión, la CV es transversal a la Misión y PEI de la UEB. Así se demuestra en los documentos fundacionales y en el desarrollo y aparición de los distintos programas. Esta perspectiva se mantiene en el Plan de Desarrollo Institucional 2016-2021; de esta manera se proyecta la CV como inspiradora de los desarrollos y propuestas que se esperan para su futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- Baldwin, S.; Godfrey, C. y Propper, C. (1994). *Quality of Life. Perspectives and Policies*. Londres, Inglaterra: Roudledge.
- Bas, M. C.; Tarantola, S.; Carot, J. M. y Conchado, A. (2016). *Sensitivity Analysis: A Necessary Ingredient for Measuring the Quality of a Teaching Activit Index*. Springer Science, Business Media Dordrecht.
- Blázquez, J., Chamizo, J., Cano, I. y Gutiérrez, S. (2013). Calidad de vida universitaria: identificación de los principales indicadores de satisfacción estudiantil. *Revista de Educación*, 362. España: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Chong, H.; Remier, D.; Lee, A.; Snijder, J. y Lee, H. (2016). *A triangulated and Exploratory Study of the Relationships Between Secularization, Religiosity, and Social Wellbeing*, Springer Science, Business Media Dordrecht.
- Corey, L. M.; Keyes, B.; Friedrichsm, L. y Park, N. (s.f.). *Positive Psychology and The Quality of Life*. Springer.
- Decancq, K. (2017). Measuring Multidimensional Inequality in de OECD Member Countries with a Distribution-Sensitive Better Life Index. *Social Indicators Research Journal*, 131(1057). Doi: 10.1007 / s11205-016-1289-2.
- Escobar-Triana, J. (2012). *Experiencias de la educación en bioética en la Universidad El Bosque (Bogotá, Colombia) Especialización*,

- Maestría y Doctorado en Bioética. En *La educación en bioética en América Latina y El Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros*. UNESCO.
- (agosto de 2017). *Perspectiva bioética en la comprensión de calidad de vida*. XXIII Seminario Internacional de Bioética. Universidad El Bosque.
- Escobar-Triana, J. y Ovalle, C. (1989). *Violencia, salud y universidad*. En *Memorias Primer encuentro de egresados*. Bogotá, Colombia: Fundación Escuela Colombiana de Medicina.
- (s.f.). *Plan de desarrollo del Departamento de Bioética 2016-2021*. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- Harari, N. Y. (2016). *Homo Deus. Breve historia del mañana*. Editorial Debate.
- Lauer, R. y Lauer, J. (2011). *Social Health Care, Illness and the Quality of Life in Social Problems and the Quality of Life*. (12a ed.). McGraw Hill.
- Maliandi, R. (2010). *Ética convergente. Fenomenología de la conflictividad*. Tomo 1. Buenos Aires, Argentina: Las Cuarenta.
- Márquez, G. y Rojas M. (2015). *Política educativa orientada a la calidad de vida del estudiante universitario*. *Educatateconciencia*, 5(6), 43-56. México: Tepic, Nayarit.
- Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades*. Barcelona, España: Esparsa Libros.
- OCDE. (2015). *Multilingual Summaries. How's Life? Measuring Well-being*. [Resumen en español].
- Oprescu, S. (2011). *An Epistemological Perspective on the Quality of Life Concept*. *Theoretical and Applied Economics*, XVIII, 2(555), 171-180.
- Richman, K. (2004). *Ethics and the Methaphysics Medicine Reflections on Health and Beneficence*. Cambridge: The MIT Press.
- Rosella, P. (2002). *Calidad de vida: conceptos y medidas*. Santiago de Chile: Celade, División de Población, CEPAL.
- UNESCO. (1990). *Declaración mundial sobre educación para todos. Marco de acción para satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje*. Jomtien, Tailandia.
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). *Calidad de vida: una revisión teórica del concepto*. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Xercavins, J.; Cayuela, D.; Cervantes, G. y Assumpta, S. (2005). *Desarrollo sostenible*. Barcelona, España: Ediciones UPC. Aula Politécnica Ciencia, Cultura y Sociedad.









CUARENTA AÑOS POR
UNA CULTURA DE LA VIDA,
SU CALIDAD Y SU SENTIDO



GERARDO
ARISTIZÁBAL ARISTIZÁBAL

Si lo puedes soñar, lo puedes lograr

W. Disney

La imaginación no tiene límites, basta dejarla volar para que encuentre una diana en el horizonte hacia donde encaminar los esfuerzos, pero la realidad se encarga de demostrarnos que si de algo carecemos es de la capacidad para mirar el futuro y soñar hasta donde puedan llegar las ideas cuando se les materializa y se ponen a andar. W. Disney escribió que “si lo puedes soñar, lo puedes lograr”. Estas palabras sirven solo para entusiasmar a la comunidad de la Universidad El Bosque a mirar con optimismo el futuro, a no limitarse en los sueños, aunque estoy seguro de que también se quedarán cortos como nos sucedió a nosotros hace cuarenta años.

Iniciamos actividades con un curso premédico de sesenta estudiantes en el segundo periodo de 1978 y hoy contamos con cerca de doce mil estudiantes en pregrado y posgrado. De una escuela de medicina hoy tenemos una universidad acreditada de alta calidad con veintiocho programas de pregrado y dos más en proceso; sesenta y siete especializaciones, catorce maestrías y tres doctorados. De unas instalaciones en arriendo y una caseta prefabricada de un campus en Bogotá y otro en Chía, de 104.000 y 48.000 m², respectivamente. Edificios de aulas y laboratorios para la docencia y la investigación. Una biblioteca moderna y bien dotada, con una colección impresa conformada por 56.555 volúmenes en libros y 93.318 volúmenes en revistas, además de una biblioteca digital que contie-

ne 339.615 libros y 26.649 revistas. Para 2017, la universidad gestiona cuarenta y ocho grupos de investigación clasificados en Colciencias como A1:8, A:9, B:18, C:6 y Reconocidos:7; seis institutos de investigación; un museo de ciencias con 16.036 ejemplares; un herbario con 6700, un laboratorio de ictiología y bioramas. También para 2017, la universidad ya cuenta con 40.300 egresados de sus programas formales y otros tantos de sus programas no formales en educación continuada; 1.500 docentes, la mayoría en los niveles de maestría y doctorado; cuatrocientas personas en cargos administrativos comprometidos con la institución; una orquesta sinfónica, una Big Band de Jazz y grupos de música colombiana; una empresa editorial universitaria, con tres colecciones en las cuales se han publicado más de cien libros; un observatorio astronómico, y ahora en construcción, una moderna clínica de trescientos veinte camas que será un excelente laboratorio para la salud y muchas otras realidades que no estaban en la imaginación cuando iniciamos esta “aventura por los caminos de la educación” (parodiando a los hermanos Mayo).

Es por todo esto que tener una idea, materializarla, contribuir para que se desarrolle, ver sus excelentes frutos y poder llegar a los cuarenta años de su creación para aplaudir sus éxitos es un regalo de Dios y un privilegio que nos da la vida.

SUS ORÍGENES¹

Aunque son varios los factores que antecedieron a la decisión de embarcarnos en este compromiso, los fundamentales fueron los siguientes:

Las circunstancias que trastornaron la misión del Hospital San Juan de Dios y lo llevaron a su cierre. Con poco que hacer al respecto, se hizo necesaria una institución en la que fuera posible ejercer nuestra profesión con los más altos dictados de la ética y con los últimos avances en tecnología.

Un grupo de ahorradores profesionales en la Sociedad INPRO, que luego se disolvió, pero de la cual varios de sus socios fueron convocados de nuevo.

Un grupo de pensamiento que se denominó Hortua 70 y que se dedicó a pensar en cómo podíamos contribuir al progreso del país.

La oportunidad de compra del Campito de San José, propiedad de las Hermanas de la Presentación y casa de reposo para enfermos mentales. Este había sido trasladado del centro a la Calle 134. Allí se tuvo la primera sala de cirugía privada en

1. La información contenida en este apartado, proviene del Boletín No. 14 de la Escuela Colombiana de Medicina (Aristizábal, 1987).

Bogotá y fue el origen de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, luego trasladada al Hospital San José, hoy sede de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS). El nuevo campito fue construido por un arquitecto suizo; de ahí su estilo. Originalmente tenía un área de 50.000 m², con 10.000 m² de construcción en dos plantas, y un rancho de la antigua hacienda rodeado por un bosque de pinos, un lago y una finca con establo, cultivos y acueducto que surtía de agua al conjunto.

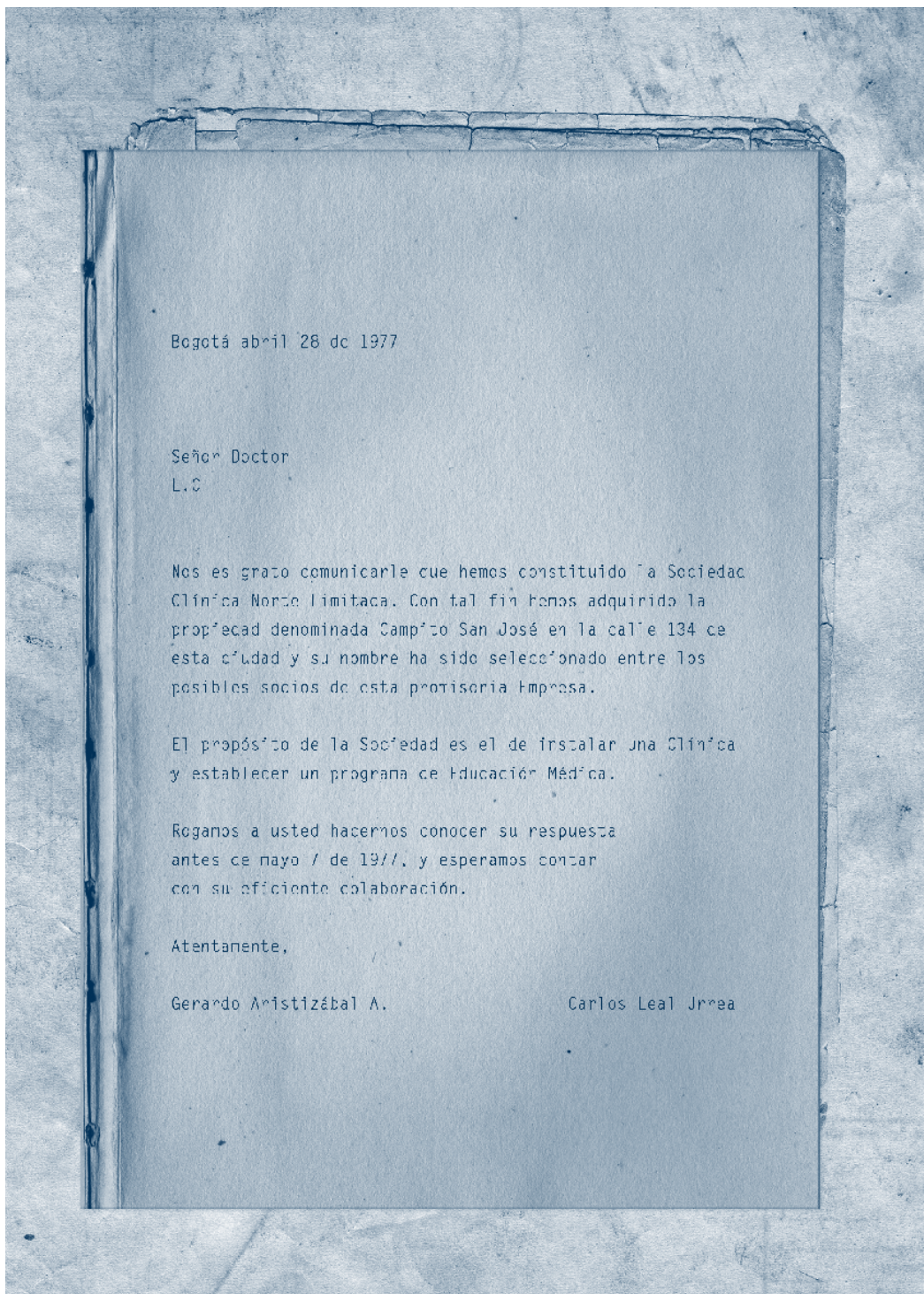
Figura 1. Fachada de la Clínica El Bosque, 1977.



El 28 de abril, en la casa del Doctor Carlos Leal Urrea y quien esto escribe, constituimos la Sociedad Clínica El Norte Ltda., que luego se cambió por la Clínica El Bosque, por el bosque que la rodea y el conjunto del mismo nombre que queda en el costado oriental (El Bosque Medina).

Se redactó la siguiente carta que se envió a un grupo de amigos como invitación para formar parte de ella:

Figura 2. Invitación a hacer parte de la Sociedad Clínica Norte Limitada por parte de Gerardo Aristizábal y Carlos Leal, abril de 1977.



Bogotá abril 28 de 1977

Señor Doctor
L.C

Nos es grato comunicarle que hemos constituido la Sociedad Clínica Norte Limitada. Con tal fin hemos adquirido la propiedad denominada Campito San José en la calle 134 de esta ciudad y su nombre ha sido seleccionado entre los posibles socios de esta protisoria Empresa.

El propósito de la Sociedad es el de instalar una Clínica y establecer un programa de Educación Médica.

Rogamos a usted hacernos conocer su respuesta antes de mayo 7 de 1977, y esperamos contar con su eficiente colaboración.

Atentamente,

Gerardo Aristizábal A.

Carlos Leal Jrnea

Figura 3. Costado norte de El Rancho, lugar donde inició la Escuela Colombiana de medicina.



La propiedad El Campito se adquirió en promesa que se firmó el día 17 de mayo de 1977, y la Sociedad quedó constituida el 06 de junio de 1977, en la Notaría 20 de Bogotá, en donde fue suscrita por los doctores: Gerardo Aristizábal Aristizábal, Otto Bautista Gamboa, Erix Bozón Martínez, Carlos Escobar Varón, Jaime Escobar Triana, Diana Patricia Cian, Marco Antonio Gaviria Ocaña, Enrique Gutiérrez Sánchez, Carlos Leal Urrea, Armando López López, Hernando Matiz Camacho, Gustavo Maya Arango, Miguel Otero Cadena, Abelardo Rico Ospina, Jorge Rico Abella, Juan Crisóstomo Roa Vásquez, Jaime Romero Romero, Rafael Sánchez Arteaga y Ramiro Zuluaga.

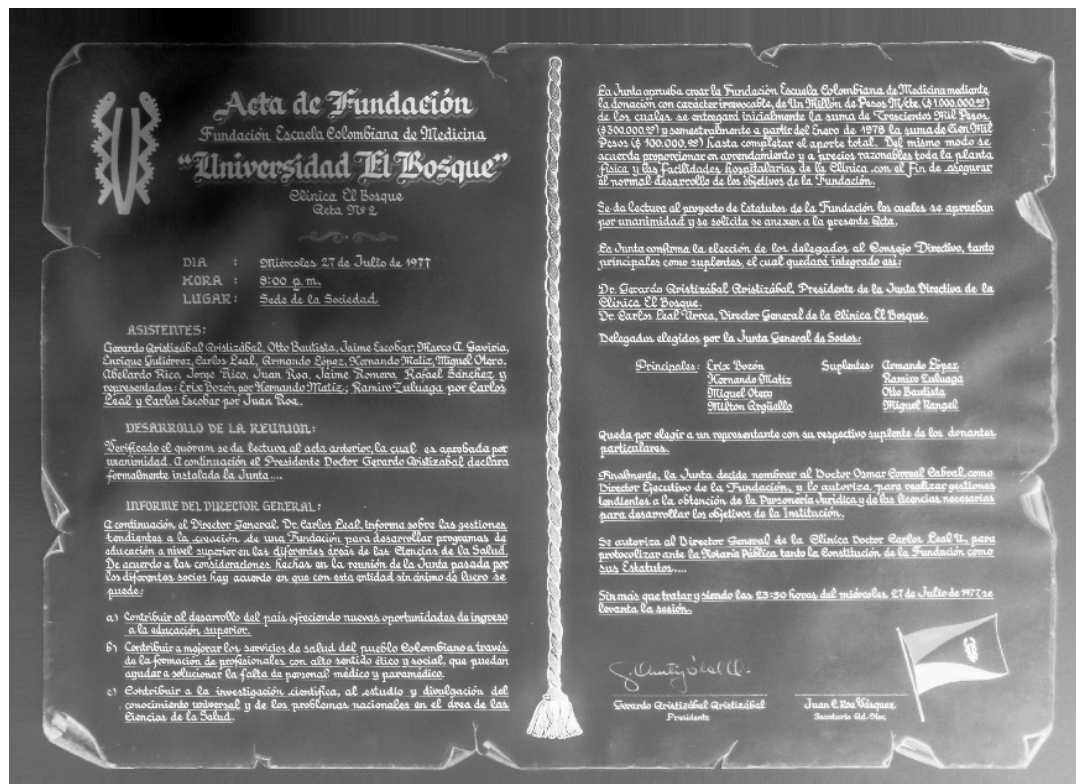
El 10 de agosto del mismo año se reformó la escritura para admitir a los nuevos socios. Los doctores: Milton Arguello Jiménez, Guillermo Cadena Mantilla, Luís Fernán Isaza Henao, Guillermo Marín Arias, Miguel Rangel Franco y Mario Ruiz, quien más tarde cedió sus derechos a José Luís Sierra Callejas.

LA FUNDACIÓN

El 27 de julio de 1977, en el Centro Médico de la Calle 89 con Autopista Norte, costado oriental, se realizó la segunda asamblea de socios de la compañía. En ella se aprobaron la constitución, los estatutos de la Fundación Escuela Colombiana de Medicina y la donación de un millón de pesos para que pudiera iniciar actividades. Se nombró el primer consejo directivo que quedó constituido así:

- Presidente de la junta directiva: Dr. Gerardo Aristizábal Aristizábal.
- Director de la Clínica el Bosque: Dr. Carlos Leal Urrea.
- Principales: los doctores Otto Bautista Gamboa, Erix Bozón Martínez, Hernando Matiz Camacho y Miguel Otero Cadena.
- Suplencia: Milton Argüello, Armando López López, Ramiro Zuluaga y Miguel Rangel.
- Un escaño para los eventuales donantes a la Fundación.
- Director ejecutivo: el economista de la Universidad Nacional y antiguo rector de la misma Dr. Osmar Correal Cabral.
- Decano: Dr. Jaime Escobar Triana, profesor de Cirugía de la Universidad Nacional, exdirector del Departamento de Cirugía y de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Juan de Dios.

Figura 4. Facsímil del acta de fundación de la Escuela Colombiana de Medicina, julio de 1977.



En síntesis, los estatutos señalaban:

NATURALEZA, OBJETIVOS Y DOMICILIO

ARTÍCULO PRIMERO-

La Fundación Escuela Colombiana de Medicina será una institución de utilidad Común, sin ánimo de lucro, autónoma, apolítica y los rendimientos de las utilidades que por razón de su naturaleza le sea permitido obtener, se invertirán en los fines de la institución. Todos sus actos se realizarán con estricta sujeción a la moral, a la Constitución y a las Leyes de la República de Colombia.

ARTÍCULO SEGUNDO-

Constituyen objetivos de la Fundación Escuela Colombiana de

Medicina los siguientes:

- Establecer una Escuela de Medicina con estudios a nivel Universitarios de Pre y Posgrado, así como la educación médica continuada.
- Estimular la investigación en aspectos relacionados con la salud.
- Desarrollar programas científicos en salud.
- Cooperar con otras instituciones científicas Nacionales o extranjeras en asuntos relacionados con estos objetivos.
- Establecer escuelas de Ciencias afines a la medicina como Laboratorio Clínico, Enfermería, Instrumentación, Auxiliares de Radiología, Fisioterapia y demás relacionadas con la prevención, restauración y rehabilitación de la salud.
- Impartir docencia, adelantar tareas investigativas, realizar programas de extensión, publicar revistas y demás material impreso, dictar cursos y seminarios, y las demás que considere adecuadas a su finalidad educativa.

Además se establecía la forma de gobierno, la revisoría fiscal y el destino de sus fondos en caso de liquidación.

EL INICIO

En agosto de 1978 se inician actividades aprovechando el arriendo de las instalaciones de la Clínica El Bosque ya en marcha, con sesenta estudiantes en un curso premédico que aún sigue formando aspirantes, de la misma manera que aquellos que en febrero 12 de 1979 iniciaron los estudios de medicina con todas las formalidades de ley: personería jurídica de la Escuela Colombiana de Medicina otorgada por el Ministerio de Educación Nacional con resolución No. 11153 del 4 de Agosto de 1978; licencia de iniciación de labores emitida por la Junta Directiva del Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación (ICFES), mediante acuerdo No. 080 del 13 de julio de 1978.

Para estructurar el proyecto fueron necesarias largas jornadas en el helado rancho. Se partió del enfoque Biopsicosocial y Cultural en la formación de profesionales de la salud, del psiquiatra neoyorquino George Engel (1977), para la estructuración del programa de Medicina, en contraposición al modelo biologicista de Flexner, que imperaba en la mayoría –si no en todos los programas de Medicina del país–, con las siguientes características: tres áreas en reemplazo del modelo de departamentos (Bioclínica, Psicosocial y Comunitaria); una dinámica de estudios diacrónica, es decir, yendo de lo simple a lo complejo, y sincrónica, pues se desarrollaban contenidos en las tres

áreas simultáneas, desde lo normal a lo patológico en complejidad creciente en doce semestres, incluido los dos de internado; la prevención, la atención de la población ambulatoria y la de los que requieren hospitalización en sus niveles, de acuerdo a la complejidad del caso –para el cuarto nivel correspondían las Unidades Cuidado Intensivo.

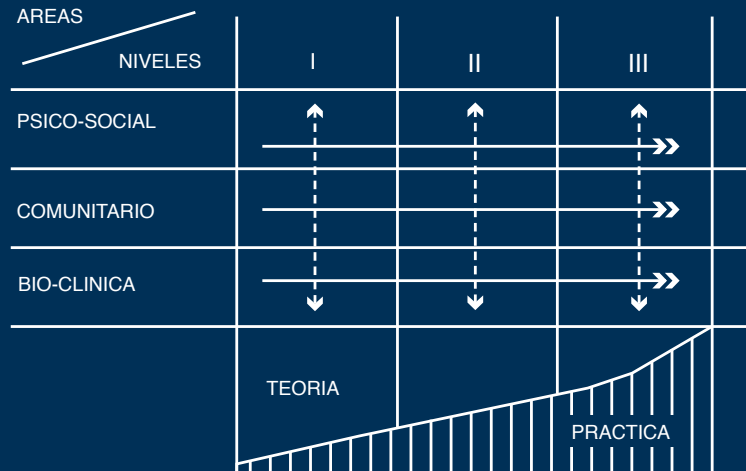
Tres postulados marcaron y siguen marcando su quehacer:

- Aprender haciendo
- Aprender sirviendo
- Aprender investigando

Se agregó luego el Seminario de Epistemología (teoría del conocimiento) que nació de una conferencia del Doctor Emilio Quevedo sobre este tema, que cerró con un concierto de guitarra en el que se interpretaron fragmentos de la boda de Luis Alonso. Posteriormente, en la medida que se dio la consolidación, se orientó a la historia y filosofía de la ciencia y de la medicina, para terminar en lo que hoy se denomina el Seminario de Historia y Filosofía de las Ciencias y Epistemología, actividad esta que considero como la luz que ilumina el paso por el laberinto de las profesiones y que se hizo extensiva a los demás programas que fueron creados.

ESTRUCTURA SINCRÓNICA DEL PLAN DE ESTUDIOS

Figura 5. Esquema que reproduce lo planteado en la Ley 056 del 23 de diciembre de 1987
Fuente: *Filosofía de un Programa*. Colección Educación Médica, 1984



ESTRUCTURA DIACRÓNICA DEL PLAN DE ESTUDIOS

Figura 6. Diagrama de la estructura del plan de estudios Fuente: *Filosofía de un Programa*. Colección Educación Médica, 1984



EMBLEMAS

ESCUDO



Cuando los grupos logran alguna identidad buscan objetos o criaturas para volverlas símbolo, colores para tener bandera y frases para tener un Himno y esto también ocurrió en la Escuela. En la medida que la institución fue consolidándose se fueron haciendo necesarios los símbolos que nos unieran e identificaran, ya por el año de 1982 se propuso como símbolo de la Escuela una réplica de la cultura muisca, pieza No. 1990 que reposa en el Museo de Oro del Banco de la Republica, encontrada en Soacha. Tiene unos 15 cm. En el centro un bastón y dos serpientes en la parte superior y en a parte inferior una estructura que no apare en el símbolo y que se semeja a relojes de arena y espirales asociadas a poderes espirituales. Se cree que este lo llevaba el Sacerdote, Jefe o Shaman.

Esta pieza reproducida en el libro de Antonio Grass se tomó como símbolo de la Institución y con ella el maestro dibujo varios originales, el primero ubicado en el salón Fundadores y otro de propiedad de algunos de ellos. Convertida en botón la llevamos en la solapa con orgullo.

"... Quizás representando los mundos tenebrosos, o la fertilidad de los hombres y la tierra, o como símbolo fálico, o como corriente, como agua y Como espiral: simbolizando lo eterno, lo sin fin, lo permanente móvil... Creadoras y destructoras, señoras de la vida y de la muerte ."

BANDERA



Utilizando varios de los esquemas empleados para resumir algunas de las ideas de la programación se diseñó la bandera, un rectángulo al que dos líneas oblicuas dividen en tres triángulos, uno superior y otro inferior rectangulares y en el centro otro triángulo que se va abriendo hasta llegar a su base y continuar en el infinito significando la complejidad creciente de nuestros estudios, el incremento progresivo de nuestra conocimientos que nunca concluyen. El superior de color verde símbolo de la esperanza; el inferior anaranjado, el color de la medicina y el central blanco signo de la pulcritud y pureza y en él “EL SIMBOLO”.

HIMNO DE LA ESCUELA

Así nació también el Himno de la Escuela con la letra y música del estudiante Jorge Herrera Baptiste con la colaboración de los docentes Néstor Miranda y José Santacruz, el Director de los Coros.

Siempre unidos estaremos

Con deseo de aprender

El por qué de la existencia

El por qué del padecer

Reza una parte del Coro y en las estrofas frases como ésta:

“Anunciamos a la vida que

Estaremos de su lado”

Reflejan bien los sentimientos del grupo.

LOS PRIMEROS FRUTOS

Cumplidos los requisitos de ley y aprobado el programa con la resolución 2272 del ICFES, el 21 de diciembre de 1984 se graduaron los primeros cuarenta médicos cirujanos en el Centro de Convenciones de Bogotá, con la presencia del Presidente de la República, Doctor Belisario Betancour y su esposa. Hoy se encuentran esparcidos por el mundo ejerciendo nuestra profesión con altura y dignidad. La Escuela ha graduado 3.906 médicos cirujanos.

De la asociación con el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, nace la primera especialidad –Especialización en Psiquiatría–, según acuerdo No. 66 del 03 de noviembre de 1980, que permite formalizar el programa que el Instituto venía realizando, homologar a los estudiantes ya formados y graduar la primera promoción en julio de 1983. A día de hoy, el programa ha graduado 224 psiquiatras. Su primer director fue el Doctor Humberto Rosselli Quijano y su actual directora es la Doctora Aura Victoria Carrascal.

Del decreto que obliga a las empresas a tener especialistas en medicina laboral, y mediante el acuerdo No. 104 del 09 de mayo de 1989, surge la Especialización en Salud Ocupacional que hasta el momento ha graduado cuatrocientos noventa especialistas. El Doctor Enrique Guerrero fue su Director hasta el año 2001. Hoy se encuentra dirigida por la Doctora Alexandra Yepes y han surgido de ella dos especializaciones más; la de Ergonomía y Epidemiología (hoy maestría). Hoy la Escuela Colombiana de Medicina tiene cuarenta especializaciones, seis maestrías, acaba de iniciar su Doctorado en Salud Pública y ha dado origen a dos programas de pregrado: Optometría e Instrumentación Quirúrgica.

De sus esfuerzos de investigación surgió la Revista Escuela Colombiana de Medicina, que publicó su primer número en el año 1988 y continuó publicando hasta el año 2006, momento hasta el cual la revista llegó a publicar once volúmenes. Posteriormente, en 2011, dio paso a una nueva publicación, la Revista Salud Bosque, en la cual se fusionan la revista de la Facultad de Medicina y la de la Facultad de Odontología.

En la medida que exploramos de qué se enferma el pueblo colombiano y sus necesidades de salud nos dimos cuenta que la Salud Oral estaba reclamando más profesionales y ello nos impulsó a crear esta nueva unidad docente, la Facultad de Odontología

El plan de estudios orientado sobre la estructura del plan de medicina fue trabajado en forma especial por los Doctores Héctor Cortés, su señora esposa Aura de Cortés, la Odontóloga Néli-da Jiménez, el Decano de Medicina Dr. Jaime Escobar y los demás miembros del Consejo Directivo. Obtuvo su licencia de funcionamiento por el Acuerdo 122 de septiembre 7 de 1982. Inició labores en el primer período académico de 1983 y el 5 de diciembre del año de 1987 20 pioneros fueron el primer fruto de este programa con la debida aprobación por el ICFES y según Acuerdo No. 1774 del 21 de Agosto de 1987.

El Programa de Odontología cuenta hoy con 2.865 egresados y con Certificación de Alta Calidad por el Ministerio de Educación Nacional e Internacional otorgada por la RIEV (Red Internacional de Evaluación).

El 12 de Mayo de 2000 el Presidente de la Republica de Colombia otorgó al Programa de Odontología la Orden a la Educación y a la Fe Pública “Luis López de Meza” como reconocimiento al alto nivel académico alcanzado.

Ha logrado un importante desarrollo también en los programas de Postgrado con 8 Especializaciones y una Maestría en Ciencias Odontológicas, cuenta con 2 grupos de investigación clasificados en Colciencias en Categoría A1.

El Pregrado de Psicología inició labores con las formalidades de Ley el 18 de Julio de 1994, según Resolución No. 093 del 10 Abril de 1993 y Acuerdo 04 del 10 de Abril de 1993.

Disciplina fundamental en el estudio del comportamiento de los Seres Vivos y en especial el Humano.

En la actualidad ha graduado 1391 Psicólogos, tiene Registro calificado según Resolución 1629 del 20 de Febrero de 2012 con Vigencia de 7 años y le fue otorgado el Registro de Alta Calidad por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución 3820 del 29 de Febrero de 2016 con Vigencia de 4 años. Ha logrado un excelente desarrollo en los Postgrados con 7 Especializaciones y 1 Maestría. Su primer Decano fue el Doctor José Antonio Sánchez y su actual es el Dr. Julio Ponce de León desde el mes de marzo de 2012.

En 1994 inició labores el programa de Ingeniería Eléctrica con 36 estudiantes de los cuales 20 conformaron la primera cohorte en diciembre de 1998, fue creado bajo la Resolución 092 del 1 de marzo de 1993, por El Claustro de Fundadores de la Universidad El Bosque. Su primer Decano fue el Ing. Alfonso Charum Díaz.

Este Programa ha venido renovando el Registro Calificado a partir del 2013, siendo el último a la fecha el otorgado el 1ro. de Junio de 2016, bajo la Resolución No. 10919. En la actualidad adelanta sus procesos de Autoevaluación con fines de Acreditación de Alta Calidad.

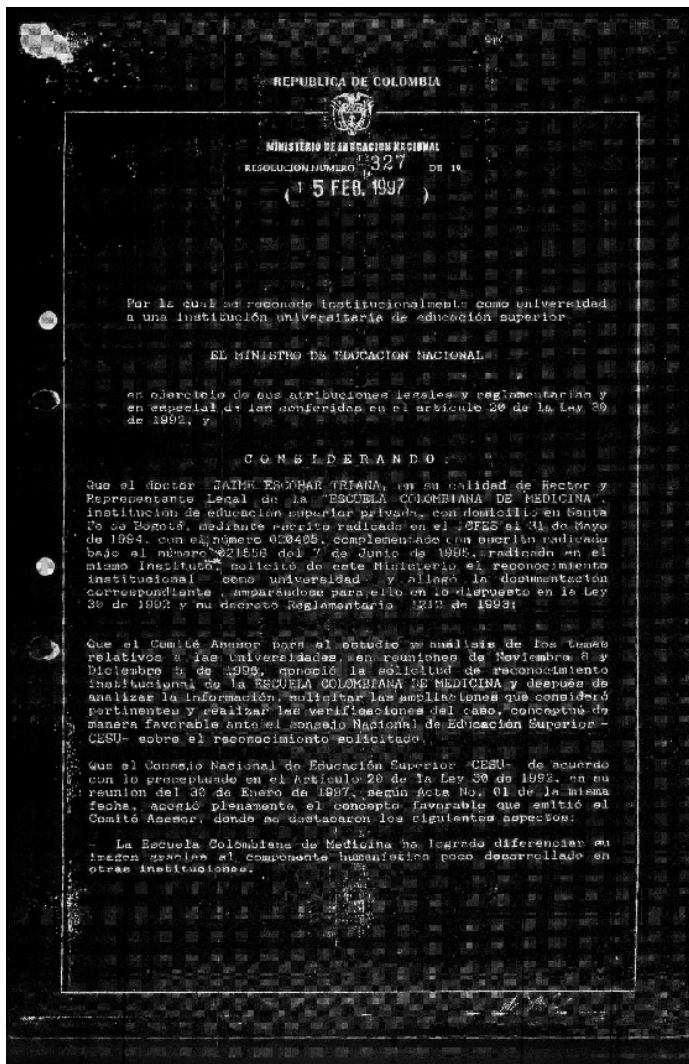
Desde sus inicios el programa se ha caracterizado por implementar una metodología de enseñanza basada en el “aprender haciendo” al incorporar desde el primer semestre las prácticas de laboratorio propias de la ingeniería electrónica.

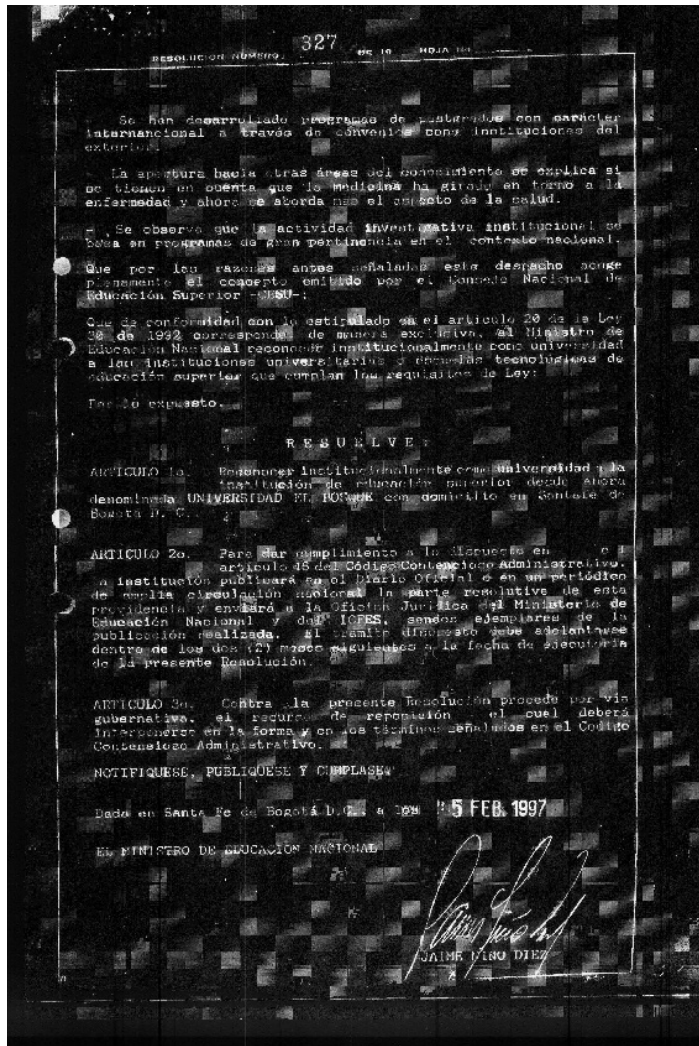
A la fecha ha graduado 1150 profesionales que han sido reconocidos por su trabajo en las áreas de las telecomunicaciones, biomédica y control. Están ocupando cargos directivos que son respuesta a la calidad de los egresados – En la actualidad está dirigida por el Ingeniero Carlos Arturo Castillo Medina.

DE UNA ESCUELA A UNA UNIVERSIDAD

Luego de veinte años de trabajo, la Escuela Colombiana de Medicina, previo cumplimiento con los requisitos académicos y legales, obtuvo reconocimiento institucional como Universidad El Bosque, mediante resolución No. 327 del 5 de febrero de 1997.

Figura 8. Resolución por la cual se le otorga reconocimiento institucional como Universidad el Bosque a la Escuela Colombiana de Medicina.





Para ello, se dieron los pasos necesarios, que comenzaron por la única reforma de fondo de los estatutos, la cual, básicamente, establecía que:

2. Aristizábal G. Boletín No. 7 – Escuela Colombiana de Medicina

1. Se adquiere total independencia de la entidad fundadora.

2. La Escuela podrá desempeñarse en las siguientes áreas del conocimiento:
 - a. Ciencias de la Salud
 - b. Ciencias de la Educación
 - c. Humanidades y Ciencias Religiosas
 - d. Matemáticas y Ciencias Naturales
 - e. Ciencias Sociales, Derecho y Ciencias Políticas
 - f. Ingeniería, Arquitectura, Urbanismo y afines.
 - g. Agronomía, Veterinaria y afines.

3. La Institución se regirá por los siguientes órganos de gobierno y administración.
La Escuela será dirigida, gobernada y administrada por:
 - a. El claustro
 - b. El consejo directivo
 - c. El rector
 - d. Los vicerrectores académico y administrativo
 - e. Los decanos

4. El claustro estará integrado por las siguientes personas:
Milton Argüello Jiménez, Gerardo Aristizábal Aristizábal, Otto Bautista Gamboa, Erix Bozón Martínez, Guillermo Cadena Mantilla, Tiana Patricia Cian Leal, Carlos Escobar Varón, Jaime Escobar Triana, Marco Antonio Gaviria Ocaña, Enrique Gutiérrez Sánchez, Luis Fernán Isaza Henao, Carlos Augusto Leal Urrea, José Armando López López, Guillermo Marín Arias, Hernando Matiz Camacho, Gustavo Maya Arango, Miguel Ernesto Otero Cadena, Miguel Rangel Franco, José Enrique Rico Avella, Abelardo Rico Ospina, Juan C. Roa Vásquez, Jaime Romero Romero, Rafael Sánchez Arteaga y José Luis Sierra Callejas.

5. El cargo de director ejecutivo fue reemplazado por el de rector, como corresponde a una entidad universitaria.

Sería largo referirnos a todos los programas en particular; basta para darnos cuenta una idea del desarrollo de esta empresa del conocimiento, las dos tablas siguientes. De ellas habrá que complementar los datos básicos para reconstruir toda la historia.

EVOLUCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREGRADO

Tabla 1. Creación de los programas de pregrad de la Universidad El Bosque.



EVOLUCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE POSGRADO

Tabla 2. Creación de los programas de posgrado de la Universidad El Bosque.



MISIÓN

La Universidad El Bosque, desde sus orígenes, ha asumido el enfoque Biopsicosocial y Cultural como punto de partida de la misión institucional, definida como:

Desde el aspecto Bio - Psico - Social y Cultural, la Universidad asume su compromiso con el país teniendo como imperativo supremo la promoción de la dignidad de la persona humana en su integralidad.

Sus máximos esfuerzos se concretan en ofrecer las condiciones propias para facilitar el desarrollo de los valores Ético-Morales, Estéticos, Históricos y Tecno-Científicos enraizados en la cultura de vida, su calidad y su sentido.

Lo anterior, en la perspectiva de la construcción de una sociedad más justa, pluralista, participativa, pacífica y la afirmación de un ser humano responsable, parte constitutiva de la naturaleza y de sus ecosistemas. Receptor y constructor crítico de los procesos globales de la cultura. (Universidad El Bosque, 1996)

En la cultura de la vida, su calidad y su sentido queda consignada de la mejor forma lo que pretende este proyecto educativo que comienza con contribuir a la formación y crecimiento de ciudadanos íntegros y en la promoción de la dignidad de la persona.

CULTURA DE LA VIDA

“Anunciamos a la vida que estaremos de su lado”, reza una estrofa del Himno de la Escuela Colombiana de Medicina y la Primera estrofa del Himno de la Universidad El Bosque:

Cultura de la vida, su calidad y sentido
Orienta los esfuerzos en su diario que-hacer
La ciencia con conciencia que sirva el colectivo
Lejos de los egoísmos, será nuestro DEBER

El primer bien, sin duda, es la vida; el comienzo de toda una odisea que se inició hace 3800 millones de años, con la reunión de partículas subatómicas, bosones y fermiones, para formar los electrones y protones que se unirían para formar el átomo; átomos que se unieron para formar moléculas y moléculas que se unieron para formar células que al interactuar con el entorno debieron especializarse para sobrevivir y continuar el lento camino de la evolución hasta llegar a su máxima expresión en el cerebro del sistema nervioso de los seres humanos. “la segunda naturaleza” como la llamo Edelman (2006). Sin lugar a dudas el acontecimiento cumbre en la evolución del universo, ya que sin ella, cuando adquirió conciencia en el humano, no nos habiéramos percatado de la maravilla del ser humano y todo lo que lo

Figura 9. Roble plantado en 1979 en el bosque al norte de la Clínica. Fuente: Camilo Ulloa



Un bosque no nace en un día, se necesitan muchos años para que las semillas germinen y crezcan, siempre y cuando sean de calidad, se las siembre en buen terreno y se las cultive con cariño y generosidad.

rodea, el universo. Nuestro respeto y aprecio por todas las manifestaciones de la vida en cualquiera de sus reinos, está explícito en el cuidado que se ha tenido con los ecosistemas y el medio ambiente y por supuesto en el cuidado del humano mismo.

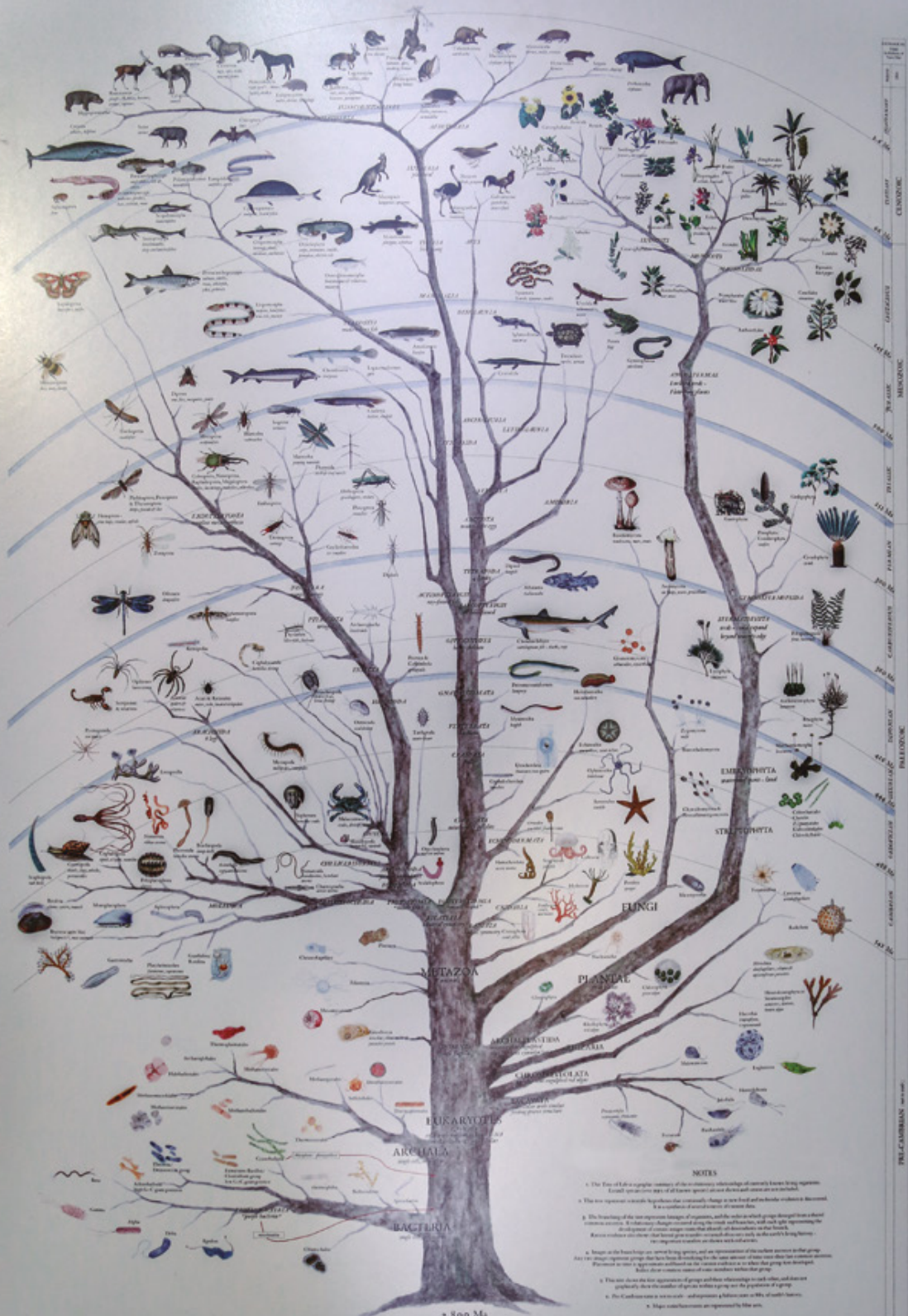
Es en el bosque en donde se manifiesta la vida en todo su esplendor y se multiplica con la presencia de la fauna, por eso la campaña de traer más vida a la Universidad El Bosque haciendo que crezca. Cada uno de los árboles es un monumento a la vida y con los jardines se escribió la segunda parte del coro de nuestro himno, que dice:

Es un bosque placentero de paz, fe y alegría,
Un jardín para el espíritu, es mi Universidad.

Por eso, nuestro compromiso de cuidar la vida, fomentarla y protegerla debe convertirse en otra consigna.

La creación, puesta en marcha y el desarrollo del Programa de Biología muestra sin lugar a dudas que el compromiso con la vida es parte fundamental del proyecto educativo de la Universidad, representado en el árbol que muestra la historia de la vida, Figura 12.

Figura 10. El árbol de la vida "A History of Existing Life" ubicado en el Museo de Ciencias de la Universidad.



- NOTES
1. The tree of life is a complex network of relationships of nearly living organisms. Each organism is a part of a larger system, and each system is a part of a larger system.
 2. The tree of life is a complex network of relationships of nearly living organisms. Each organism is a part of a larger system, and each system is a part of a larger system.
 3. The tree of life is a complex network of relationships of nearly living organisms. Each organism is a part of a larger system, and each system is a part of a larger system.
 4. The tree of life is a complex network of relationships of nearly living organisms. Each organism is a part of a larger system, and each system is a part of a larger system.
 5. The tree of life is a complex network of relationships of nearly living organisms. Each organism is a part of a larger system, and each system is a part of a larger system.
 6. The tree of life is a complex network of relationships of nearly living organisms. Each organism is a part of a larger system, and each system is a part of a larger system.
 7. The tree of life is a complex network of relationships of nearly living organisms. Each organism is a part of a larger system, and each system is a part of a larger system.
 8. The tree of life is a complex network of relationships of nearly living organisms. Each organism is a part of a larger system, and each system is a part of a larger system.
 9. The tree of life is a complex network of relationships of nearly living organisms. Each organism is a part of a larger system, and each system is a part of a larger system.
 10. The tree of life is a complex network of relationships of nearly living organisms. Each organism is a part of a larger system, and each system is a part of a larger system.

A History of Existing Life

© 1994 HARBERT GLORIA
www.hgloria.com

SU CALIDAD

La calidad de vida encierra y compromete a toda la actividad del ser humano y por lo tanto el quehacer de todas las profesiones y oficios. Es larga la lista de los factores que intervienen y comienza, sin lugar a dudas, por la salud, que según la Organización Mundial de la Salud es la sensación de “completo bienestar físico, mental y social”. Alguien la definió también como “silencio agradable de todos los órganos”, o como la homeostasis interna y externa, o social.

Margarita Boladeras (2000), en su ponencia en el Simposio Bioética Calidad de Vida, agrupa dichos factores así: salud, trabajo, vivienda, ocio, renta, seguridad, familia, entorno físico social, educación, religión y política.

Yo diría, por supuesto que se inicia con la salud, y fue ese el comienzo de este proyecto con la Escuela Colombiana de Medicina, que hoy cuenta con otras carreras, además de Medicina: Enfermería, Psicología, Optometría e Instrumentación Quirúrgica y cuarenta y seis programas de posgrado, ocho maestrías y dos doctorados. Así pues, a la salud le sigue el sustento, el techo, la educación, la familia, la seguridad, el entorno y la paz.

Creo que esta parte de la consigna de la universidad ha tomado un desarrollo considerable y lo seguirá teniendo, prueba de ello es que el Plan de Desarrollo 2016-2021 se haya centrado en la calidad de vida como un compromiso de todos y todas (Universidad El Bosque, 2016).

Otro gran componente de la calidad de vida es la educación; uno de los tres grandes pilares del Plan de Desarrollo de la Universidad El Bosque y actividad fundamental de la misma, desde los inicios de su fundación. La Universidad siempre ha estado comprometida con la consolidación y el desarrollo para ofrecer una educación superior de alta calidad y multidisciplinaria, con un incremento progresivo de las ofertas académicas en pregrados y posgrados como ya se ha mencionado. Inicialmente con la transferencia de conocimiento, acompañada en la generación del mismo en el pilar de investigación.

Identificar problemas y buscar su respuesta es una tarea de la investigación y en este aspecto hay un gran recorrido a lo largo de estos cuarenta años, a través del Comité de Investigación, posteriormente el Centro de Investigaciones, creado según acuerdo No. 001 del 21 de agosto de 1986, que devino en División de Investigaciones y hoy en Vicerrectoría de Investigaciones, a cargo del profesor Miguel Otero Cadena.

Es importante el trabajo en el pilar de la investigación en procura de acrecentar el conocimiento a través de la misma investigación para aportar a nuestro propio país y mejorar así la calidad de vida de los colombianos. Se han trabajado proyectos con interdisciplinariedad en investigación básica y aplicada para el desarrollo humano y el desarrollo sostenible. Se han con-

formado cuarenta y seis grupos de investigación para trabajar en conjunto temas de interés a nivel nacional e internacional; la mayoría categorizados en Colciencias.

Se han consolidado actividades investigativas en todas las facultades, a través de los institutos, las unidades y grupos de investigación, como es el caso de la Unidad de Genética y Resistencia Antimicrobiana (UGRA), el Instituto UIBO, el Instituto de Neurociencias, el Instituto Salud Ambiente, el Instituto de Virología, el Instituto de Genética Molecular, el Instituto de Biología Molecular y la Unidad de Investigación en Caries Instituto (UNICA). El avance ha sido notorio, las publicaciones han crecido en forma progresiva hasta lograr una buena figuración en las publicaciones de alto impacto; el índice Scimago nos ubica en 2017 en el octavo puesto a nivel nacional.

El tercer pilar es la responsabilidad social; otro concepto totalizante que significa que todo nuestro quehacer está orientado a servir y mejorar la calidad de vida del grupo social al que nos debemos.

Los demás elementos de la calidad de vida se han tenido en cuenta en la medida en que multiplicamos la oferta educativa y la producción de conocimientos, articulados en un proyecto de promoción social, de principios éticos y de desarrollo social equitativo y sostenible, tanto para la producción como para la transmisión de saberes en la formación de profesionales, ciudadanas y ciudadanos igualmente responsables.

SENTIDO

La vida comienza a tener sentido cuando uno adquiere conciencia de su propio existir, sabe qué es lo que está haciendo, cómo lo está haciendo, cómo lo hicieron los que lo antecedieron, por qué y para qué lo está haciendo. En lo físico, el sentido de la vida es la muerte, pero en lo espiritual, es trascender y ser feliz.

En la Universidad El Bosque se han encargado de entender y de dar sentido a la vida a través de las siguientes iniciativas:

1. El Seminario de Filosofía, Historia de la Ciencia y de las Profesiones y Epistemología.
2. El Proyecto de Vida.
3. El Pregrado en Filosofía.
4. La Especialización en Filosofía de las Ciencias.
5. La Especialización y la Maestría en Docencia de la Educación Superior.
6. El Seminario, la Especialización, la Maestría y el Doctorado en Bioética.

Todas permean el proceso de formación de estudiantes y docentes a lo largo de su devenir en la Universidad.

No hay duda de que la vida tiene o debe tener un sentido. De formular dicho sentido se encarga el Proyecto de Vida (Peñalosa de Flórez, 2001) que cada una y cada uno de los miembros de la comunidad debe elaborar y que a su vez debiera insertar en un proyecto de país y que, en síntesis, debiera lograr que todos pudiéramos ser felices.

FELICIDAD

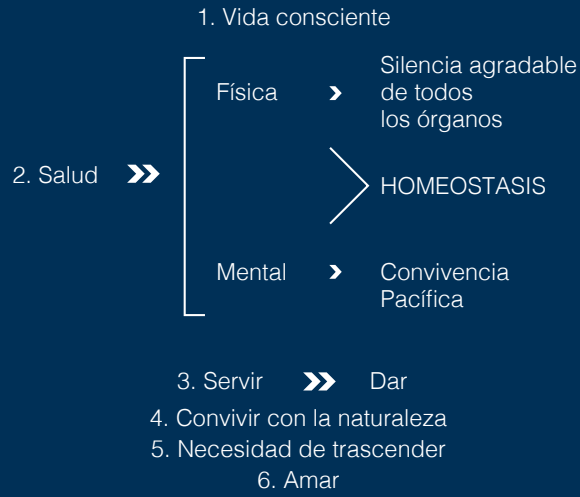


Figura 11. Diagrama de la felicidad.

EXCELENCIA

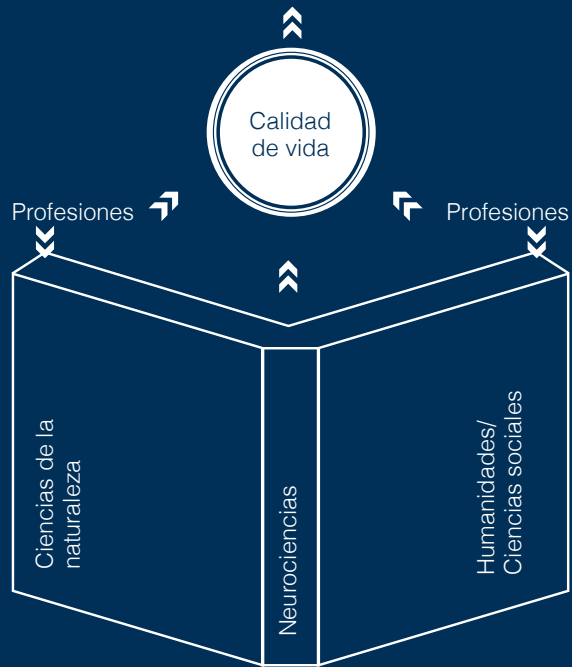


Figura 12. Diagrama de la excelencia. Fuente: El enfoque biopsicosocial y cultural en la formación de los profesionales de la salud en la Universidad El Bosque.

Trascender es vivir en la memoria de quienes compartieron nuestro espacio vital; sembrando muchos árboles, en la familia, escribiendo nuestras experiencias y en lo que se sirvió a los demás.

Trascendemos por lo que hacemos en la vida, en la medida en que nuestro actuar siempre produzca beneficio a ambas partes: la que actúa y la que recibe la consecuencia de ese actuar.

Las humanidades se encargan de permitirnos adquirir conciencia con respecto a nuestra propia existencia. Se destacan en este proyecto el énfasis en la bioética, que se remonta a los comienzos de la Escuela Colombiana de Medicina y se extiende a todos los programas de especialización y ha creado sus propios programas de maestría y doctorado, de los cuales han egresado al día de hoy 254 magísteres y 37 doctores.

Además, han realizado 23 simposios y ha publicado 59 libros en diferentes colecciones como son: Colección Bios y Ethos, Revista Colombiana de Bioética, Colección Bios y Oikos y la Colección de Pedagogía y Bioética.

En términos estructurales se encuentra en la categoría de departamento y ha sido dirigido a todo lo largo de su historia por el Doctor Jaime Escobar Triana, a cuya dedicación y entusiasmo se debe su ubicación en el panorama nacional e internacional.

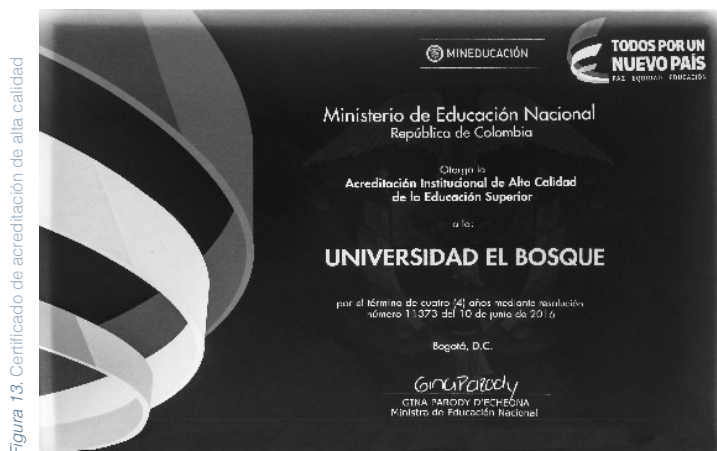
También hace parte de esto el Programa de Pregrado en Filosofía y la especialización en esa misma área. Además, se encuentra en proceso de configuración de una Maestría en Filosofía de la Ciencia. De igual manera, van tomado forma las neurociencias, que llegaron a convertirse en el eslabón que une a las humanidades con las ciencias de la naturaleza.

Abordar el proceso del conocimiento alrededor de problemas relevantes de la comunidad a la que servimos y del planeta Tierra con el aprendizaje centrado en los estudiantes y con la herramienta del pensamiento no clásico –ciencia de la complejidad– es nuestra tarea actual. Para ello, utilizamos los laboratorios, en especial el del pensamiento, para generar conceptos y teorías que la tecnociencia se encargará de confirmar.

ACREDITACIÓN DE ALTA CALIDAD

Un hito trascendental ha sido el adquirir conciencia de que somos una institución de alta calidad, a partir de una autoevaluación institucional con fines de acreditación, sin embargo, también nos sometimos a heteroevaluación por pares externos, la Asociación de Universidades Europeas (EUA) y el Consejo Nacional de Acreditación, con resultados altamente satisfactorios, lo que nos llevó a figurar en la lista de universidades acreditadas de alta calidad en el país, en la cual nos correspondió el puesto número 40. El día 25 de julio de 2016, la Ministra de Educación, Gina Parody, hizo entrega en el Auditorio Principal de la Universidad, de la resolución No. 11373 y el certificado de acreditación de alta calidad.

Hay otros aspectos que no fueron incluidos en este corto relato y que los lectores encontrarán en otros capítulos de esta publicación.



En nuestro devenir se divisa otra cima mucho más alta que tomará tiempo en alcanzarse: la excelencia que nos coloque en el grupo de universidades de clase mundial (Salmi, 2009).

BIBLIOGRAFÍA

Aristizábal, G. (1987).

----- Boletín Escuela Colombiana de Medicina, 7.

----- Proyecto País. Boletín Escuela Colombiana de Medicina, 33.

Boladeras, M. (2000). Sexto Seminario Internacional Bioética y Calidad de Vida, Universidad El Bosque, Bogotá.

Edelman G. (2006). *Second Nature: Brain Science and Human Knowledge*. Yale University press.

Engel G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 196.4286 (Abr. 8, 1977), pp. 129-136.

Peñaloza de Flórez, C. (2011). *Hacia mi proyecto de vida*. Colección General Universidad El Bosque. Recuperado de:

https://issuu.com/universidadelbosque/docs/manual_proyecto_de_vida

Salmi, J. (2009). El desafío de crear universidades de rango mundial. Banco Mundial. Recuperado de: http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099079956815/547670-1237305262556/World-Class_Universities_Spanish.pdf

Universidad El Bosque. (1996). *Misión y Proyecto Educativo*. Bogotá: Universidad El Bosque.

----- (2016). *Plan de Desarrollo Institucional 2016-2021*. Bogotá: Ediciones El Bosque.











CONCEPCIÓN GENERAL
DEL CENTRO ACADÉMICO
EN CALIDAD DE VIDA

RAFAEL
SÁNCHEZ PARÍS

INTRODUCCIÓN

Para la Universidad El Bosque la idea de construir una institución enfocada en la vida, su calidad y su sentido, a través de sus distintos programas académicos, ha sido un pilar fundamental desde su nacimiento hace cuatro décadas como Escuela Colombiana de Medicina. Un componente importante de este proyecto ha sido la salud, en el que tiene vital importancia en la actualidad la Fundación Salud Bosque, creada por la universidad para llevar adelante la operación de un hospital en el cual la atención clínica, la formación de profesionales y especialistas, y la investigación fueran una demostración del compromiso con el mejoramiento de la salud de los colombianos.

Para ampliar este proyecto y darle un mayor impacto y alcance a nuestra labor educativa y social, hemos reflexionado acerca del concepto de “centro académico en salud”, que está muy cerca de lo que nosotros proponemos: un Centro Académico en Calidad de Vida. El objetivo de este capítulo será conceptualizar y desarrollar esta propuesta.

Este proyecto va más allá de la construcción de un hospital universitario. La realidad actual de nuestro sistema de salud nos hace pensar en encontrar formas de alcanzar mejores niveles en atención clínica, formación de talento humano en salud,

e investigación biomédica de calidad, con el fin de abrir nuevas opciones para el futuro de la salud del país. Este proyecto, sin duda, va más allá de la simple construcción de una infraestructura clínica. De ahí que nuestro objetivo sea trascender del concepto de centro académico en salud y proponer la existencia de una red de atención clínica, formación profesional, e investigación biomédica, impulsada y sostenida por la virtud que identifica a la Universidad El Bosque: la calidad de vida.

El presente capítulo está dividido en tres secciones. En la primera, se conceptualiza el centro académico en salud exponiendo su definición, objetivos y estructura, así como las razones por las que son necesarios para la sociedad y su relación con las instituciones universitarias. En la segunda sección del capítulo, se aborda el concepto de calidad de vida tal y como ha sido definido por la Universidad El Bosque. En la tercera parte, finalmente, se relacionan los conceptos de centro académico en salud y calidad de vida para dar origen a la propuesta del Centro Académico en Calidad de Vida, ejecutada a través de la construcción del Hospital Universitario El Bosque - Compensar.

CONCEPTUALIZACIÓN DE CENTRO ACADÉMICO EN SALUD

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Como señala H.D. Mondalou, podemos rastrear el origen de la actual medicina académica al retroceder en el tiempo a la época de las primeras culturas del mundo occidental:

Historical progression and the development of current teaching hospitals, medical schools and biomedical research originated from the people of many civilizations and cultures. Greeks, Indians, Syriacs, Persians and Jews, assembled first in Gondi-Shapur during the Sasanian empire in Persia, and later in Baghdad during the Golden Age of Islam, ushering the birth of current academic medicine. (Mondalou, 2011, p. 236)

Las contribuciones de físicos (o naturalistas) y filósofos de diferentes civilizaciones y religiones durante distintas épocas de la historia de la humanidad contribuyeron en gran medida a la creación de los modernos hospitales de enseñanza, escuelas de medicina y, en general, al auge de la medicina académica. De la cultura de la magia y del mito alrededor de la salud que imperó

durante siglos, la humanidad progresivamente fue modificando el paradigma acerca del cuidado del cuerpo, hasta llegar al pensamiento científico que, sobre todo a partir del Renacimiento y la Ilustración, nos llevó a concebir el cuidado de la salud como una ciencia.

Sin embargo, el primer registro de un hospital o institución universitaria, tal y como hoy los conocemos, data de la primavera de 1886, año en que fue inaugurado el hospital Johns Hopkins en Baltimore, Estados Unidos, lo que generó un cambio significativo en la atención clínica, la educación y la investigación con un componente humanista, que hoy sigue siendo pertinente. Más tarde, en 1910 el Informe de Abraham Flexner se constituyó en el pilar que ayudó a definir el tipo de educación médica que hoy se conoce. El Informe de Flexner, de 1910, está dividido en dos partes: la historia y estado actual de la educación médica, por un lado, y la descripción de cada una de las escuelas médicas, por el otro. Algunas de sus principales conclusiones, tal y como las sintetiza el Dr. José Felix Patiño, son:

- Que existe una superproducción de médicos mal capacitados y hay exceso de malas escuelas de medicina.
- Que un médico superfluo generalmente es un mal médico.
- En la educación médica el bajo nivel tiende a desplazar al alto nivel.
- El mal entrenamiento no debe ser el método usual para proveer de médicos a las comunidades.
- El mejoramiento de la educación médica requeriría una disminución de la producción de médicos.
- La proliferación de escuelas de medicina obedece a razones principalmente económicas y políticas (Flexner, en Patiño, 2011, p. 139).

Hoy, más de cien años después del Informe, aún se generan cambios sustanciales en las instituciones prestadoras de servicios de salud y educación, y todavía se demandan nuevas formas de prestación de estos servicios que permitan desarrollar lo que la sociedad hoy necesita en el mundo entero.

Figura 1. Abraham Flexner. Fuente: The New England Journal of Medicine.



LOS CENTROS ACADÉMICOS EN SALUD EN LA ACTUALIDAD

Según Daniel W. Rahn, un centro académico en salud es una red o sistema de servicios de salud, educación e investigación (Rahn, 2015, p. XIX). En palabras textuales, el autor dice que:

Academic health centers exist for the overarching purpose of improving health and reducing the burden of illness in society. They accomplish this purpose by providing patient care; educating and training future health professionals; conducting biomedical, translational, clinical, population-level and health services research; and translating research discoveries into improved approaches to health and disease. (Rahn, 2015, p. XV)

Es decir que los centros académicos en salud existen bajo la premisa de servir a la comunidad en diferentes aspectos, agrupados en tres categorías: atención clínica, formación académica, y labor investigativa. El autor denomina a esta relación de servicios “la silla de tres patas” (three-legged stool).

El centro académico en salud no se define por la prestación de estos servicios por separado; se define por la relación entre ellos. De ahí que sea adecuado decir que un centro académico en salud es una red. Este término de “red” será central cuando abordemos la definición de Centro Académico en Calidad de Vida.

Según Steven Wartman, presidente y director ejecutivo de la Asociación de Centros Académicos de Salud (Association of Academic Health Centers), entre la misión clínica y la misión académica debe darse lo que él llama “el círculo virtuoso” (Virtuous Cycle) (Wartman, 2015, p. XIX) y que consiste en lo siguiente: con el fin de mejorar mutuamente la atención médica y la formación académica se deben complementar. La misión médica termina influyendo en la misión académica, y viceversa. La manera como se formen los futuros profesionales de la salud termina afectando el servicio médico de la institución, ya que estos y estas prestan

Figura 2. John's Hopkins Hospital, Baltimore, EE.UU. Fuente: Pinterest.



sus servicios en el centro académico en salud. Asimismo, la misión investigativa también interviene en el sentido de que la mejora en la salud de la sociedad es resultado del avance científico y tecnológico conseguido en el centro académico. Es así como la investigación debe demostrar un impacto positivo en la salud de la comunidad.

¿POR QUÉ SON IMPORTANTES LOS CENTROS ACADÉMICOS EN SALUD?

Los centros académicos en salud existen en función de las necesidades de la sociedad (Wartman, 2015, p. XIX). La proyección del centro académico en salud no puede ser ajena a lo que

la sociedad necesita en los tres aspectos mencionados antes: atención clínica, educación e investigación. Lo anterior implica que los centros académicos en salud deben abarcar todos los aspectos que impactan la salud de la sociedad, como la situación económica, el nivel de educación, la ubicación geográfica, los factores ambientales que inciden en la salud, las normas culturales, la nutrición, la raza, la etnia y el comportamiento (Rahn, 2015, p. xvi). De ahí que, como se dijo al comienzo, la importancia de estos centros radique en que responden a lo que la realidad social necesita.

En términos de la “silla de tres patas”, o red de atención clínica, educación e investigación, los centros académicos en salud deben apuntar a la transformación del cuidado de los pacientes y sus familia, lo cual implica no solamente mejoras en el servicio hospitalario, sino también implementación de adecuadas redes de promoción, prevención y rehabilitación. Así que, en síntesis, se puede afirmar que los centros académicos en salud cumplen el papel de ser promotores de una salud y cuidado óptimos, una educación de calidad y una investigación siempre a la vanguardia.

Figura 3. Memorial Hermann Medical Center, Houston, EE.UU. Fuente: UTH Health.



LOS CENTROS ACADÉMICOS EN SALUD Y LAS UNIVERSIDADES

La relación del centro académico en salud y las universidades es de beneficio mutuo: a la vez que aprenden, los estudiantes prestan un servicio. En la universidad se forman profesionalmente, y en el centro académico en salud hacen sus prácticas, ofreciendo un servicio a la comunidad.

Como describe Christopher C. Colenda, presidente y director ejecutivo de la West Virginia United Health System, el rol de los centros académicos en salud dentro de las universidades puede verse en los siguientes aspectos:

- Son el lugar ideal para el entrenamiento de estudiantes.
- Mejoran el portafolio investigativo de la universidad.
- Estimulan la competitividad académica.
- Mejoran la reputación de la universidad (Colenda, 2015, p. 13).

De esta forma, puede observarse que la relación del centro académico en salud con la universidad viene dada en doble sentido y redundante en beneficio para ambas partes. Sin esta relación se tendría sencillamente un hospital que ofrece un servicio de atención clínica, pero no una formación académica ni una labor investigativa.

Por otro lado, la relación entre los centros académicos en salud y las universidades conlleva una unificación de la cultura y el sentido de ambas instituciones (Colenda, 2015, p. 12). Es decir que más allá de los servicios prestados, tanto la universidad como el centro académico en salud comparten una misma finalidad o razón de ser. Para el caso de la Universidad El Bosque, la razón de ser que la ha identificado desde hace cuatro décadas es la calidad de vida. Es momento de mirar con más detalle esta cultura que identifica a la universidad y relacionarla con el centro académico en salud.

Figura 4. Fachada de El Rancho, primera construcción de la Escuela Colombiana de Medicina, 1977.



INCORPORACIÓN DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

Definir la calidad de vida ha sido históricamente un reto para los investigadores de diversas disciplinas de la salud, la filosofía y, en general, de las ciencias sociales. Independiente de su definición, la calidad de vida ha sido abordada como un concepto interdisciplinario:

Robert Cummins menciona que en el constructo Calidad de Vida pueden contemplarse cuatro principios, el primero dice que es multidimensional e influido por factores personales y ambientales y sus interacciones, el segundo es que para todas las personas tiene los mismos componentes, en el tercer principio indica que sus componentes son subjetivos y objetivos y el cuarto revela que se ve reforzada por la autodeterminación, los recursos, el propósito en la vida, y un sentido de pertenencia. (Márquez y Rojas, 2015, p. 46)

En concordancia con estos aspectos de la calidad de vida, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés) sostiene que hace parte de ella la satisfacción de las necesidades en el contexto educativo y el aprovechamiento de las oportunidades

educativas ofrecidas. En ese sentido, en la Conferencia Mundial sobre Educación Para Todos en Jomtien (Tailandia) de 1990, se proclamó que:

Artículo 1: Satisfacer la necesidades básicas de aprendizaje.
Cada persona –joven o adulto– deberá estar en condiciones de aprovechar las oportunidades educativas ofrecidas para satisfacer sus necesidades básicas de aprendizaje. Estas necesidades abarcan tanto las herramientas esenciales para el aprendizaje (como lectura y escritura, la expresión oral, el cálculo, la solución de problemas) necesarios para que los seres humanos puedan sobrevivir, desarrollar plenamente sus capacidades, vivir y trabajar con dignidad, participar plenamente en el desarrollo, mejorar la calidad de vida, tomar decisiones fundamentadas y continuar aprendiendo. La amplitud de las necesidades básicas de aprendizaje y la manera de satisfacerlas varían según cada país y cada cultura y cambian inevitablemente con el transcurso del tiempo. (UNESCO)

Asimismo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), cuya misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo, presenta una serie de estándares o indicadores internacionales dentro de un amplio rango de temas de políticas públicas para medir el bienestar y la calidad de vida. Resumimos los indicadores en la siguiente tabla:

INDICADORES		DESCRIPCIÓN
Vivienda	Gasto en vivienda	Proporción de costo de vivienda en el ingreso neto ajustado de las familias.
	Vivienda con instalaciones básicas	Porcentaje de personas con inodoros de agua corriente dentro del hogar.
	Habitaciones por persona	Numero promedio de habitaciones compartidas por persona en una vivienda.
Ingresos	Patrimonio financiero familiar	Valor total promedio de los activos financieros de una familia menos sus pasivos.
	Ingreso familiar disponible	Cantidad promedio de dinero que una familia gana al año.
Empleo	Seguridad en el empleo	Proporción de personas empleadas dependientes con empleo de menos de seis meses.
	Ingresos personales	Ingresos anuales promedio por persona empleada de tiempo completo.
	Tasa de empleo a largo plazo	Porcentaje de personas, de quince a sesenta y cuatro años de edad, que no trabajan pero que han buscado empleo activamente durante más de un año.
	Tasa de empleo	Porcentaje de personas, de quince a sesenta y cuatro años de edad, actualmente con empleo remunerado.
Comunidad	Calidad de apoyo en ámbito social	Cantidad de personas con amistades o parientes en quienes confiar en caso de necesidad.
Educación	Años de educación	Duración promedio de la educación formal en la que un niño o niña de cinco años de edad puede esperar matricularse durante su vida.
	Competencias de estudiantes en matemáticas, lecturas y ciencias	Desempeño promedio de estudiantes de quince años de edad, según el Programa para la Evaluación Internacional de Estudiantes (PISA).
	Nivel de educación	Porcentaje de personas, de veinticinco a sesenta y cuatro años de edad, graduadas por lo menos de educación media superior.

INDICADORES		DESCRIPCIÓN
Medio ambiente	Calidad del agua	Porcentaje de personas que informan estar satisfechas con la calidad del agua local.
	Contaminación del aire	Concentración promedio de partículas (PM10) en ciudades con poblaciones mayores de cien mil personas, medida en microgramos por metro cubico.
Compromiso cívico	Consulta ciudadana para elaborar regulaciones	Nivel de transparencia gubernamental al preparar las regulaciones.
	Participación electoral	Porcentaje de votantes registrados que votaron durante las elecciones recientes.
Salud	Salud según informan las personas	Porcentaje de personas que informan que su salud es “buena” o “muy buena”.
	Esperanza de vida	Número promedio de años que una persona puede esperar vivir.
Satisfacción	Satisfacción ante la vida	Autoevaluación promedio de satisfacción ante la vida en una escala de 1 a 10.
Seguridad	Tasa de homicidios	Número promedio de homicidios reportados por cien mil personas.
	Tasa de asaltos	Porcentaje de personas que reportan haber sido asaltadas en el año anterior.
Balance vida - trabajo	Tiempo destinado al ocio y al cuidado personal	Número promedio de minutos al día dedicados al ocio y el cuidado personal, incluidos el sueño y la alimentación.
	Personas empleadas que trabajan muchas horas	Porcentaje de personas empleadas que trabajan más de cincuenta horas a la semana en promedio.





A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida de la siguiente manera:

[...] la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno. (Whoool Group, 1995)

No es difícil identificar la estrecha relación de este concepto con el enfoque Biopsicosocial y Cultural adoptado por la Universidad El Bosque. Esto se evidencia en la Misión de la universidad:

Desde el enfoque Biopsicosocial y Cultural, la Universidad El Bosque asume su compromiso con el país, teniendo como imperativo supremo la promoción de la dignidad de la persona humana en su integridad.

Sus máximos esfuerzos se concentran en ofrecer las condiciones propias para facilitar el desarrollo de los valores ético-morales, estéticos, históricos y tecno-científicos enraizados en la cultura de la vida, su calidad y su sentido.

Lo anterior, con la perspectiva de la construcción de una sociedad más justa, pluralista, participativa, pacífica y la afirmación de un ser humano responsable, parte constitutiva de la naturaleza y de sus ecosistemas. Receptor y constructor crítico de los procesos globales de la cultura. (Universidad El Bosque, 2016-a p. 21)

También en su Visión:

La Universidad El Bosque en el 2021 será reconocida por contar con: una comunidad académica comprometida y altamente calificada de acuerdo con su Proyecto Educativo. Una oferta académica multidisciplinaria de alta calidad inmersa en un

contexto globalizado y abierta a aspirantes de todas las condiciones económicas y sociales. Una cultura de la planeación, la innovación y la calidad apropiada en sus procesos académicos y administrativos. La generación y transferencia del conocimiento con aportes científicos y tecnológicos pertinentes. Con impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, ratificando su compromiso con la sociedad y la construcción de un país que convive en torno a la paz y el desarrollo sostenible. (Universidad El Bosque, 2016-a, p. 51)

Y en la Orientación Estratégica Institucional:

La Universidad El Bosque se consolida como Universidad de formación, multidisciplinaria, con un foco que articula su desarrollo (en formación, investigación, transferencia y servicio) en la Salud y Calidad de Vida. Insertada en el entorno global, comprometida con las necesidades y oportunidades locales, regionales y nacionales.

Orienta la relación con el entorno, el desarrollo académico, la oferta formativa, las actividades de investigación y transferencia, las mejoras de la oferta académica, la relación con los usuarios, la composición y desarrollo del talento humano, el desarrollo del campus, los recursos y los servicios.

Esto con el fin de generar sinergias, eficacia, eficiencia, inter y trans-disciplinariedad, un más claro reconocimiento, un mejor posicionamiento, ventajas comparativas y competitivas y un mayor impacto académico. (Universidad El Bosque, 2016-a, p. 52-53)

El enfoque Biopsicosocial y Cultural, central para la universidad, entiende que el ser humano es más que la suma de los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Expone una comprensión integral, pluralista y humanista con miras a la formación de profesionales con ética, compromiso social y enfoque participativo del desarrollo social. De ahí que, por ejemplo, para el Departamento de Humanidades y el Programa

de Filosofía, la calidad de vida sea concebida como la capacidad de las personas para analizar su entorno desde la perspectiva multicausal propia del enfoque Biopsicosocial y Cultural, y desde allí proponer soluciones y gestionar el mejoramiento de sus condiciones de vida y de las condiciones de vida de su comunidad. Así, “la línea social humanística del Departamento de Humanidades busca ofrecer a los estudiantes una formación integral, interdisciplinar y transdisciplinar, además de procurar el mejoramiento de sus capacidades comunicativas y de sus capacidades para identificar problemas y proponer soluciones desde una perspectiva multicausal” (Universidad El Bosque, 2016-b, p. 2).

Para la Facultad de Medicina, por otro lado, la calidad de vida es un valor cualitativo y subjetivo, que se deriva de las condiciones que tienen los individuos y las comunidades para desarrollar sus capacidades en busca del máximo bienestar posible. Esta postura, que se nutre de una amplia discusión teórica adelantada en las últimas décadas, asume que no es suficiente medir los niveles de consumo, el acceso a servicios o la riqueza de una sociedad para establecer su calidad de vida, pues también es necesario considerar cuestiones como las valoraciones que hacen los individuos de sus condiciones particulares, las oportunidades disponibles o los niveles de libertad en la toma de decisiones.

En ese sentido, la Facultad de Medicina entiende la calidad de vida como un concepto dinámico que emerge tras valorar las múltiples facetas del ser humano y de la sociedad, es decir, variables como las condiciones de salud, el acceso y la calidad de la educación, la posibilidad de disfrutar de un ambiente compatible con el desarrollo de la vida, el acceso a la vivienda y al trabajo, la equidad, la libertad, y la felicidad. (Universidad El Bosque, 2016-b, p. 19)

Una vez hechas estas reflexiones acerca de la calidad de vida y su importancia para la Universidad el Bosque, podemos ahora dar paso a la propuesta del Centro Académico en Calidad de Vida y explicar en detalle en qué consiste este proyecto.

LA CONCEPCIÓN DE UN CENTRO ACADÉMICO EN CALIDAD DE VIDA

En la primera sección de este capítulo se expuso en qué consiste un centro académico en salud. En la segunda sección se incorporó el concepto de calidad de vida, de acuerdo a las reflexiones de varias organizaciones e instituciones a nivel mundial, y cómo la Universidad El Bosque las ha adoptado dentro de su Misión, Visión y Orientación Estratégica Institucional. Estas reflexiones nos conducen a la concepción del Centro Académico en Calidad de Vida, el cual se define aquí como una red de alianzas de educación, investigación y responsabilidad social que tienen como objetivo el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.

Potenciar a la universidad como un Centro Académico en Calidad de Vida requiere, entre otras cosas, la integración de áreas del conocimiento y la generación de alianzas con otras instituciones. Esta integración ha sido un deseo de muchas organizaciones del país, más aún desde 1993, cuando la complejidad generada en el área de la salud con la Ley 100 ha hecho difícil alcanzar este objetivo; cosa que sin duda ha repercutido en la calidad de los servicios. Pese a esto, la Universidad El Bosque se ha esforzado por crear alianzas con otras instituciones, con el fin de lograr un mayor impacto, tanto a nivel clínico y

Figura 5. De izquierda a derecha: Rafael Sánchez, Juanita Romans, Giuseppe Colasurdo, Gerardo Aristizábal y Miguel Otero en la Universidad El Bosque, julio de 2012.



Julio 26-27-29
de 2012

educativo como investigativo. Por ejemplo, la universidad tiene hoy una alianza sólida con la cadena hospitalaria Memorial Hermann Health Care System y un convenio de cooperación académica con la University of Texas at Houston.

Uno de los componentes más importantes en el desarrollo de esta iniciativa fue identificar los mejores centros académicos en salud, y fue así como tuvimos un gran interés por el Texas Medical Center (TMC); el centro médico más grande del mundo, que se ha constituido como referencia en el tema de salud. De esta forma, se estableció contacto con Juanita Romans, Chief Executive Officer (CEO) del Hermann Memorial en el TMC y con el Dr. Giuseppe Colasurdo, presidente de la University of Texas at Houston.

Estas dos instituciones poseen una alianza de largo plazo para cumplir con metas similares a las que se ha planteado la Universidad El Bosque. De ellos obtuvimos gran cantidad de experiencias y conocimientos que nos permitieron mejorar para cumplir con los mejores estándares internacionales en prestación de servicios de salud, educación e investigación. Aprovechamos esta oportunidad que nos brinda la elaboración del presente libro conmemorativo para agradecer de manera muy especial al Dr. Colasurdo y la Dra. Romans, quienes aún hoy continúan apoyándonos en esta iniciativa que hemos emprendido.

Por otro lado, la Universidad El Bosque ha creado una alianza estratégica con la caja de compensación familiar Compensar, con la que se pondrá en operación el Hospital Universitario El Bosque - Compensar. Esta alianza responde a una visión humanista en común, al deseo de unir a la academia con el cuidado clínico y la investigación, a la vocación de servicio al

país y al deseo de mejorar un sistema de salud complejo y con dificultades como el nuestro¹.

El proyecto del Centro Académico en Calidad de Vida también implica una vinculación de todas las facultades y programas académicos de la universidad. Las condiciones están dadas para alcanzar un impacto positivo en la calidad de vida de la sociedad colombiana a través de nuestra oferta académica y grupos de investigación avalados por Colciencias.

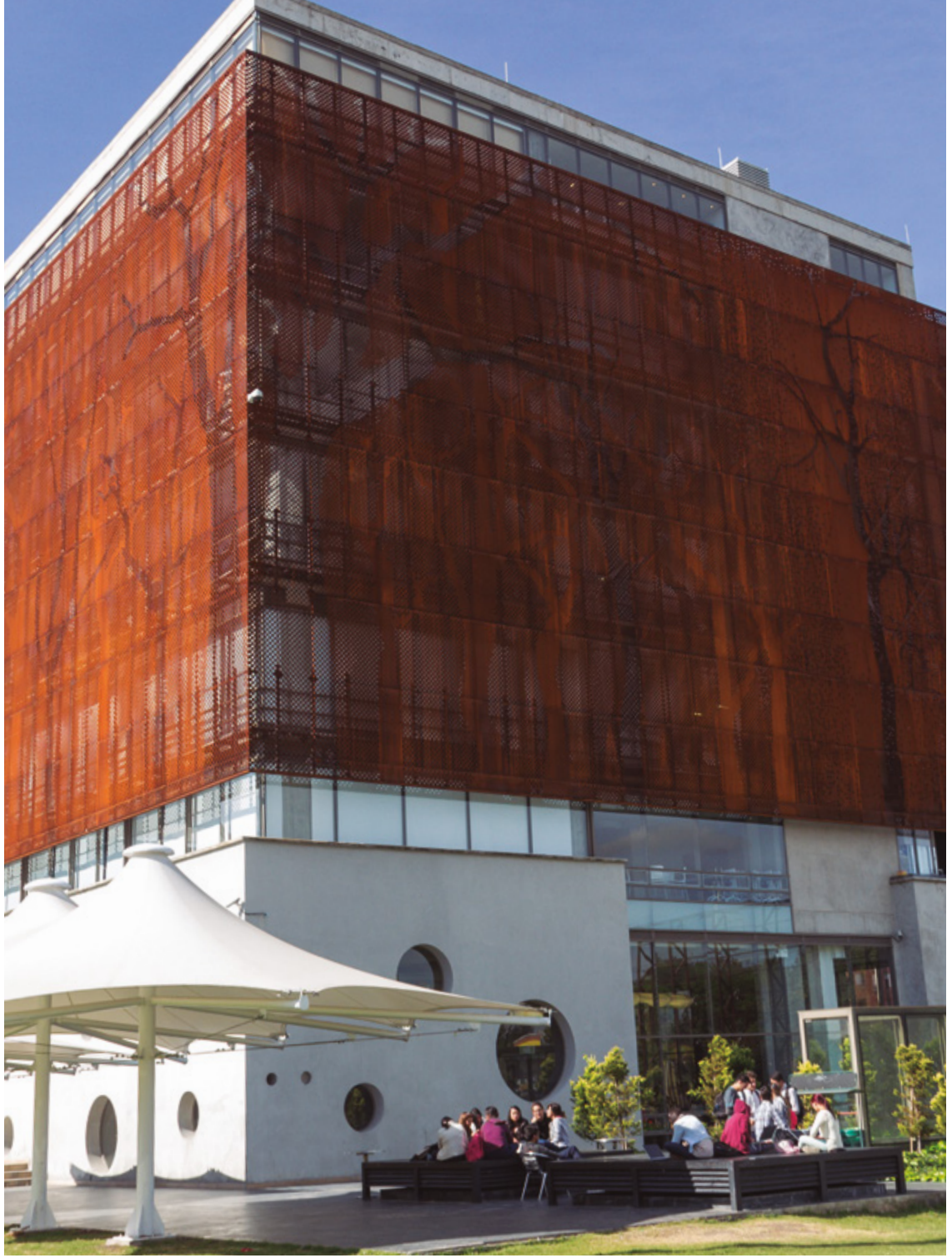
Dentro de esta integración de áreas del conocimiento, resaltamos el papel de la Facultad de Ingeniería a través del programa de Ingeniería Ambiental en el manejo de residuos. Los conocimientos del programa serán aplicados al manejo de recursos hospitalarios. El cuidado del ambiente, como se vio en la Tabla 1 de los indicadores de la OCDE, hace parte de los elementos centrales para una vida mejor: “La propia infraestructura permitirá a toda la población encontrar: una construcción amigable con el ambiente, donde las decisiones tendrán siempre en cuenta la auto sostenibilidad y el cuidado del medio ambiente” (Sánchez, 2015, p. 6).

A su vez, la labor del Departamento de Humanidades y del Departamento de Bioética, a través de sus reflexiones sobre el cuidado de los y las pacientes y el trato hacia sus familias, son aspectos que también hacen parte del proyecto:

[...] Atención y servicios centrados en la persona y su familia, lo cual se evidencia en los modelos de atención y en los espacios que facilitaran a las familias el hacer parte del proceso de recuperación de los enfermos; una organización segura y eficiente que hace evidente la seguridad de los pacientes y la eficiencia en el servicio como dos componentes indispensables. [...Un] ambiente acogedor dado que la calidad y calidez de los espacios al interior de las instalaciones harán que los usuarios y sus familias se sientan confortables y cómodos. (Sánchez, 2015, p. 6)

1. Para conocer con mayor detalle la relación entre la Universidad El Bosque y Compensar, ver el capítulo 6 del presente libro “Alianzas para el Hospital Universitario”.

Figura 6. Fachada del Edificio Fundadores. En su construcción se reciclaron materiales, en su funcionamiento se reutiliza el agua lluvia en los inodoros, y su ventilación e iluminación es en un 90% natural. **Fuente:** El Espectador.



CONCLUSIONES

2017 es un año muy significativo para nosotros. Estas cuatro décadas de labor social, educativa e investigativa confluyen hoy en el proyecto más importante al cual se le ha apostado: la construcción del Hospital Universitario El Bosque - Compensar. Desde el comienzo, la idea de lograr un mayor impacto en la salud de los colombianos era una prioridad, por lo cual este hospital no es más que una consecuencia lógica de lo que se ha venido haciendo durante cuarenta años.

Igualmente, en 2017 se hace realidad el programa de Doctorado en Salud Pública. La vocación de servicio público de los profesionales de la salud no podía ser un elemento ajeno a nuestros intereses y a la necesidad de tener más y mejores profesionales en esta área. Este doctorado se une a los dos doctorados ya existentes: el Doctorado en Bioética y el Doctorado en Ciencias Biomédicas.

Concluimos con la afirmación de que es gracias al fuerte trabajo en redes y a la innovación que es posible poner en marcha grandes proyectos. Una serie de redes que no son estáticas, sino dinámicas, en donde no se preestablece una estructura rígida sino una constante lectura de la realidad para así adaptarse a las necesidades sociales del país. La universidad trabaja con la comunidad y para la comunidad.

Somos una universidad innovadora, y entendemos el término “innovación” tal y como es expuesto en la Política de Innovación de la Universidad El Bosque:

La Universidad El Bosque estimula, apoya y gestiona iniciativas innovadoras que aporten a transformar positivamente la vida de las personas. Este propósito se logra al promover nuevas formas de pensar y materializar nuevas formas de hacer las cosas, que deriven en nuevos productos (bienes y servicios), nuevos procesos, recursos o modelos para desarrollar el quehacer de la Universidad, nuevos negocios o formas de organización, y nuevas formas de relacionarse con el mercado. (Universidad El Bosque, 2017, pp.40-41)

A esto hay que agregar que este énfasis en la innovación sigue una premisa fundamental de la cual ya se ha hablado en este capítulo: la calidad de vida. De esta forma, la intención de avanzar en dirección de la innovación es porque queremos “ser los primeros en hacer feliz a nuestra comunidad para ser sostenibles como organización, generando valor mediante la ejecución de lo que nos apasiona: mejorar la calidad de vida.” (Universidad El Bosque, 2017, p. 34).

Por tanto, el Centro Académico en Calidad de Vida no es solamente la unión de una universidad y un hospital universitario; es una red que se apoya y complementa mutuamente, un conjunto de alianzas orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas a través de una atención clínica de calidad, comprometida con las necesidades biopsicosociales, una educación competitiva y un fomento de la investigación.

Hoy, cuarenta años después de su creación, la Universidad El Bosque le sigue apostando a la cultura de la vida, su calidad y su sentido a través de la formación humanista, no solo de los profesionales de la salud sino de todas las áreas del conocimiento. En adelante seguiremos trabajando bajo la misma orientación, pero como el primer Centro Académico en Calidad de Vida.

BIBLIOGRAFÍA

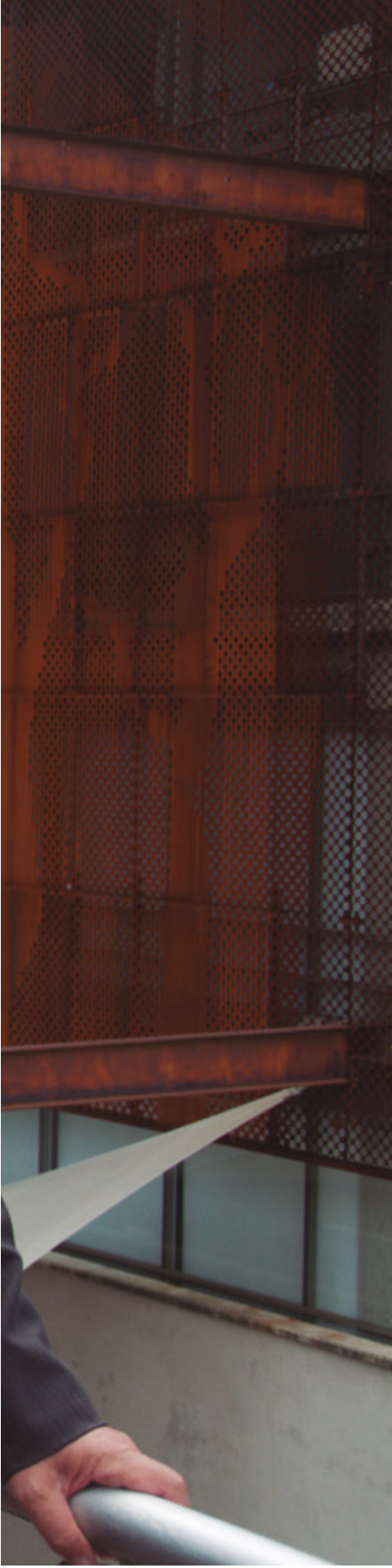
- Colenda, C. (2015). Presidential and Academic Health Center Leadership within the Modern University: Opportunities and Challenges. En Wartman, S. (ed.). *The Transformation of academic Health Centers*. Waltham, Estados Unidos: Elsevier, 13-21.
- Escobar-Triana, J. (1991). *La formación humana y social del médico. Memorias*. Bogotá, Colombia: Fundación Escuela Colombiana de Medicina.
- Márquez, G. y Rojas, M. (2015). Política educativa orientada a la calidad de vida del estudiante universitario. *Revista Educateconciencia*, 5(6), 44-56.
- Miranda, N., Escobar, J., Escobar, C. y García, N. (2009). *Universidad El Bosque. Una historia en construcción*. Bogotá, Colombia: Ediciones El Bosque.
- Modanlou, H.D. (2011). Historical evidence for the origin of teaching hospital, medical school and the rise of academic medicine. *Journal of Perinatology*, 31, 236-239.
- Patiño, J. F. (2011). *Humanismo, medicina y ciencia*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Rahn, D. (2015). Foreword. En Wartman, S. (ed.). *The Transformation of academic Health Centers*. Waltham, Estados Unidos: Elsevier, XV-XVII.

- Sánchez, R. (2015). La Universidad El Bosque como un centro académico de salud. [Editorial]. *Revista Salud Bosque*, 5(2), 5-6.
- Smida, A., Sandoval E. y Caicedo, C. (Eds). (2012). Elementos para la transformación de hospitales de alta tecnología en centros universitarios de excelencia clínica y académica. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- UNESCO. Declaración mundial de la educación para todos. (1990). Recuperado de: <http://educaciondeadultos.es.tl/LECTURA/--CONFERENCIA-MUNDIAL-DE-DUCACI%D3N-PARA-TODOS-.htm>
- Universidad El Bosque. (2016-a) Plan de desarrollo institucional 2016-2021. Bogotá, Colombia: Ediciones El Bosque.
- (2016-b). Hacia la calidad de vida. División de evaluación y planeación. Bogotá, Colombia: Ediciones El Bosque.
- (2017). Política institucional de innovación. Bogotá, Colombia: Ediciones El Bosque.
- Wartman, S. (2015). Preface. En Wartman, S. (ed.). *The Transformation of academic Health Centers*. Waltham, Estados Unidos: Elsevier, XIX.









4

LA INVESTIGACIÓN COMO COMPONENTE ESENCIAL PARA EL CENTRO ACADÉMICO EN CALIDAD DE VIDA

MIGUEL
OTERO CADENA

If I can stop one heart from breaking,
I shall not live in vain;
If I can ease one life the aching,
Or cool one pain,
Or help one fainting robin
Unto his nest again,
I shall not live in vain.

Emily Dickinson

LOS ANTECEDENTES DEL PROYECTO

La educación médica y la práctica clínica que nos correspondió a los fundadores de la Escuela Colombiana de Medicina, hoy Universidad El Bosque, tuvo una orientación de tipo biologicista; puede uno entender este tipo de educación por el enorme desarrollo de la medicina en la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. Numerosos avances y descubrimientos dieron lugar a la creación de escuelas de medicina y hospitales con un respaldo académico, así por ejemplo el mejor conocimiento del ser humano en su estructura y funcionamiento; el desarrollo de las primeras vacunas; el conocimiento de la química moderna; el entendimiento de la circulación con los aportes de Harvey; el descubrimiento de la anestesia con el uso del éter y el cloroformo, y como piedra fundamental la asepsia y la antisepsia, el lavado de las manos y el uso de los guantes que permitieron realizar procedimientos quirúrgicos de manera que se preservara la vida de los pacientes y se lograra controlar el dolor. Dichas escuelas y hospitales contribuyeron con la consecución de grandes avances en ciencias básicas como la bioquímica, la microbiología (Louis Pasteur), el descubrimiento de los antibióticos, el conocimiento del código genético (Watson y Crick) y la cirugía, que debieron incorporarse a la enseñanza y aprendizaje de la medicina con nuevos currículos.

Figura 2.: *The Agnew Clinic* de Thomas Eakins, 1889.
Fuente: Universidad de Pennsylvania. MEDICAL CLASS of 1889: Commissioning of Thomas Eakins to paint "The Agnew Clinic".



Figura 1.: *The Gross Clinic* de Thomas Eakins, 1875.
Fuente: Universidad de Pennsylvania. MEDICAL CLASS of 1889: Commissioning of Thomas Eakins to paint "The Agnew Clinic".



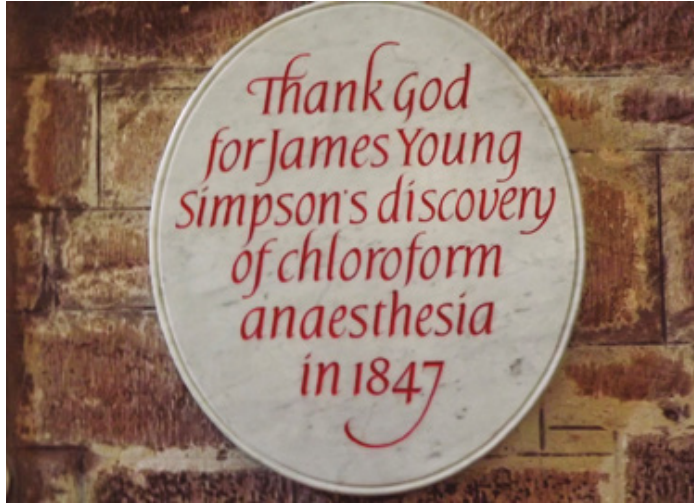
Figura 3: Anestesia de Robert Hinckley, 1882 Fuente: Tostado, F. La Medicina en el Arte. Pintura – La primera anestesia con éter.



Figura 4: Theodor Billroth Operating de A.F. Seigmann, 1889 Fuente: Himelep. The History of Medicine Topographical Database



Figura 5: Placa de James Young quien descubrió las propiedades anestésicas del cloroformo. Fuente: Catedral de Edimburgo.



Estos modelos que se impusieron en nuestro país estaban muy centrados en las ciencias biológicas y en las prácticas clínicas con rondas hospitalarias en las que maestros y estudiantes discutían caso por caso al lado de los pacientes (bedside rounds). El incremento del conocimiento y su especificidad llevaron paulatinamente hacia las especializaciones médicas y a contemplar algunos aspectos propios del medio ambiente que repercuten en el ser humano y en sus costumbres.

Para la mayoría de nosotros, esta educación fue impartida en la Universidad Nacional de Colombia y en el complejo hospitalario de San Juan de Dios y Hospital de la Misericordia. Se recibió e impartió una enseñanza de la medicina esencialmente biologicista en la que el compromiso fue con el paciente, la solución de su enfermedad y su rehabilitación, pero sin relación con la familia, su entorno o su comunidad; la implementación y uso de la tecnología fue de gran ayuda, mas no algo absolutamente asequible o indispensable como lo es hoy día en muchos sitios de nuestra geografía. Se consideró no solo en la Universidad Nacional sino en otros centros de estudio como la

universidad del Valle, la enseñanza de las ciencias básicas (física, química, biología, matemáticas, además de humanidades e inglés) antes de iniciar los estudios médicos propiamente dichos. La legislación colombiana estableció, mediante la Ley 14 de 1962 y el decreto reglamentario 605 del mismo año, las normas de la formación de pregrado y el año de internado rotatorio en las cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología. A su vez, definió los estudios de posgrado en especializaciones médico quirúrgicas, programas que desde 1959 funcionaban en la Universidad Nacional.

La práctica en el hospital era de alto nivel académico, con conferencias clínico-patológicas, discusión de casos ante la evidencia y, aunque no se realizaba una investigación propiamente dicha, se analizaban los pacientes a profundidad y se realizaban revisiones retrospectivas de trascendental relevancia que daban lugar a estudios prospectivos de determinadas patologías.

El Hospital San Juan de Dios (conocido también como La Hortúa, por el nombre de los predios donde fue construido) cumplió con la misión de educar, permitir el entrenamiento de estudiantes de pregrado y posgrado, y tratar a los enfermos que allí acudían. A pesar de estar integrado a la facultad de medicina de la Universidad Nacional y que los profesores de la universidad fueran los clínicos del hospital, este no contaba con una estructura administrativa y financiera que le permitiera un equilibrio adecuado que, sumado a situaciones sociales y políticas de la época, lo llevaron en 1975 a un colapso y cierre temporal. Esta serie de hechos permitió a un grupo de docentes la creación de la Clínica El Bosque y de la Escuela Colombiana de Medicina, hoy Universidad El Bosque.

LOS PRIMEROS PASOS DEL PROYECTO: EL NACIMIENTO DE LA CLÍNICA Y LA ESCUELA

El 17 de mayo de 1977, un grupo de veinticinco médicos especialistas y en su mayoría egresados de la Universidad Nacional, decidimos comprar los terrenos y edificaciones de la Clínica Psiquiátrica El Campito San José, propiedad de las hermanas de la Presentación, y poner en funcionamiento la Clínica El Bosque.

La Clínica nació como una institución médico quirúrgica en un sistema de atención privada del ejercicio de la medicina con una misión académica y docente inicialmente dedicada al pregrado y luego a los posgrados, especialmente medico-quirúrgicos requiriendo en su momento la implementación de especialidades médicas como la medicina nuclear, unidad renal, cardiología, hematología, las especialidades quirúrgicas y un excelente laboratorio de patología. La Clínica fue afectada progresivamente con la implementación de la Ley 100 de 1993, lo cual condujo a realizar convenios con los intermediarios de la prestación de los servicios de salud, y generó un cambio en la relación médico paciente. El médico se limitaba al ejercicio de su profesión durante el tiempo de la hospitalización y la estructura económica dependía más del volumen o cantidad de servicios prestados que de un adecuado valor de esta prestación: los médicos dejaron de tener pacientes y los pacientes dejaron de tener su médico, algo contrario al balance que debe existir entre el ejercicio médico y los negocios, tal y como lo señalan Paul Rothman, Edward Miller, Landon King y Ellen Gibson en *The Changing Ivory Tower: Balancing Mission and Business*:

The key word is balance. ACH's [Academic Health Centers] need to be fiscally responsibly while still acting in the best interests of those we serve. [...] However, they must create margins to support clinical, research, and education programs and generate capital to maintain and upgrade sophisticated facilities. That is an exceedingly complex task, made more difficult by evermounting competition, legislative reforms, and recent industry trends. And the stakes are high: success is measured in lives saved, not in dividends paid. (2015, p. 3)

Figura 6: Clínica El Bosque, 1978.



Con la experiencia docente de los fundadores se contempló implementar un currículo que considerara a la persona de forma integral: un enfoque biopsicosocial y cultural. Una tarea difícil, ardua e innovadora en aquel momento, pero debíamos defender que el ser humano en su estructura y funcionamiento es más que una criatura biológica, con el reconocimiento de que somos parte de la vida del universo, que pertenecemos a una sociedad y tenemos una familia, una historia, una mente y unos deberes con los demás y con nosotros mismos. Esta idea, como lo señaló el Dr. Francis D. Moore posteriormente, en 1987, en su artículo *Teaching the Two Faces of Medical History*, fue de gran importancia para la universidad:

Some universities have departments that encompasses history, ethics (sometimes remarkably related historical considerations), legal and social issues, epistemology, and decision making. These might be regarded as the “soft shoulders” of medical practice. In such departments, it is possible for a student to gain some insight into the macrohistory of his chosen field; such universities and their students are both fortunate and rare. (p. 1122)

Establecimos un plan de estudios en el que se comprendían todos los aspectos del ser humano. La situación médica del país nos indicó que debíamos enseñar la salud a través de un concepto no exclusivamente biologicista del mismo. Queríamos que se lo tuviera en cuenta integralmente, como una “maquina increíble”, en términos de Lewis Thomas (National Geographic Society, 1986, p. 12).

Plasmados en diversos documentos los pensamientos de los fundadores, construidos los estatutos, los currículos, los reglamentos y demás documentos exigidos por los estamentos gubernamentales, se dio inicio al programa de medicina de la recién creada Fundación Escuela Colombiana de Medicina, en una ceremonia precedida por el Dr. Julio César Turbay Ayala, presidente de Colombia en la época, quien simultáneamente inauguró la Clínica El Bosque.

Figura 7: Expresidente Julio César Turbay junto a Miguel Otero y otros miembros fundadores durante la inauguración de la Clínica y la Escuela Colombiana de Medicina, 1977.



Figura 8: Miguel Otero y su hijo junto al expresidente Belisario Betancur y su esposa, 1984.



Años más tarde, la primera promoción de estudiantes recibió el título de médicos cirujanos el 20 de diciembre de 1984, con la asistencia del entonces Presidente de Colombia Dr. Belisario Betancur Cuartas, quien años después, gentilmente nos acompañó en la celebración de los veinticinco años de esta primera promoción.

Figura 9: Expresidente Belisario Betancur junto a Miguel Otero en el XXV Aniversario de la 1ra promoción de egresados de la Escuela Colombiana de Medicina, 2009.



Por otro lado, se consideró importante inculcar e implementar la investigación y la permanente autoevaluación, en búsqueda de la excelencia. En 1985 presentamos la Escuela de Medicina ante la Organización Mundial de la Salud y fue reconocida mediante el Boletín número 5 de mayo de ese año. Posteriormente hicimos parte de las Escuelas de Medicina con Orientación a la Comunidad y entre el año de 1990 y 1994 fuimos evaluados y aceptados por el General Medical Council del Reino Unido. Este proceso de autoevaluación continuó y fue sometido al Consejo Nacional de Acreditación (CNA) el cual dio lugar a la acreditación de excelencia, reconocimiento que se ha mantenido a lo largo de los últimos dieciocho años.

Los conceptos estimulantes sobre el plan de estudios y su orientación también provenían de personalidades ligadas a la educación y la medicina, como fue el caso de José Félix Patiño, destacada figura de la medicina colombiana de la segunda mitad del siglo XX. En 1991, el mismo Patiño habría de presentar este plan de estudios como “modelo” de un “excelente planteamiento para el medio latinoamericano” ante la XIII Conferencia Panamericana de Educación Médica, celebrada en San José de Costa Rica. (Miranda, 2009, pp. 68-69)

El crecimiento de la escuela, con la creación de programas académicos en distintos campos de la ciencia y la formación de programas de posgrado, permitió el reconocimiento de la entonces institución universitaria como universidad propiamente dicha, con el nombre de Universidad El Bosque, en el año 1997, con la continuidad permanente del proceso de calidad y autoevaluación y con un total de trece programas acreditados de excelencia. Desde junio de 2016 la universidad fue acreditada institucionalmente por el Ministerio de Educación Nacional (MEN).

Algunos años después, el 3 de diciembre de 2003, mediante la Resolución No. 250 de El Claustro, se crea la Fundación Salud Bosque, la cual inicia labores el 10 de mayo de 2004, con el objetivo de hacer que “la atención clínica, la formación de profesionales y la investigación fueran una demostración clara del compromiso con el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos” (Sánchez, 2015, p. 5). Esta idea nos condujo a la creación de las alianzas con la caja de compensación familiar Compensar, y la Universidad de Texas, a través del Memorial Hermann Health Care System, lo cual dio origen al proyecto del Hospital Universitario que se detallará más adelante.

El modelo biopsicosocial y cultural, y la calidad de vida, han trascendido a todos los programas de pregrado y a los programas de posgrado ya sean de especialización, maestría o doctorado; todos estos programas dan una trascendental importancia al cumplimiento del propósito inicial de excelencia académica en el desarrollo del Centro Académico en Calidad de Vida.

UN PROYECTO CON CONSTANTE ÉNFASIS EN LA INVESTIGACIÓN

Desde un inicio se otorgó a la investigación una capital importancia a través de cursos de metodología de investigación, estadística, informática y presentación de trabajos de grado; de la investigación formativa (aprender a través de la investigación), así como de la investigación propiamente dicha, realizada por el personal docente. Fue así como en 1986 se creó el Centro de Investigaciones de la Escuela Colombiana de Medicina, mediante el Acuerdo 001 del Consejo Directivo, dependencia que buscaba una adecuada interrelación entre docencia, investigación y proyección social, con la idea de constituir y reglamentar un verdadero centro orientador de la investigación y, en esta perspectiva, se estableció un fondo con el 2% del presupuesto de la Escuela Colombiana de Medicina, para tal efecto. Se adelantaron gestiones con Colciencias, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Fundación Kellog y otras entidades nacionales e internacionales, con miras a buscar apoyos externos para el desarrollo de proyectos de investigación.

El inicio del Centro de Investigaciones estuvo marcado por la elaboración de guías para proyectos y presentación de trabajos de grado, y la consolidación de una base de datos con más de trescientos trabajos allí almacenados (Miranda, 2009, p 96.). En la reforma de estatutos, con la transformación de la Escuela Colombiana de Medicina en Universidad El Bosque, y el Reglamento General de la Universidad, elaborado en 2001,

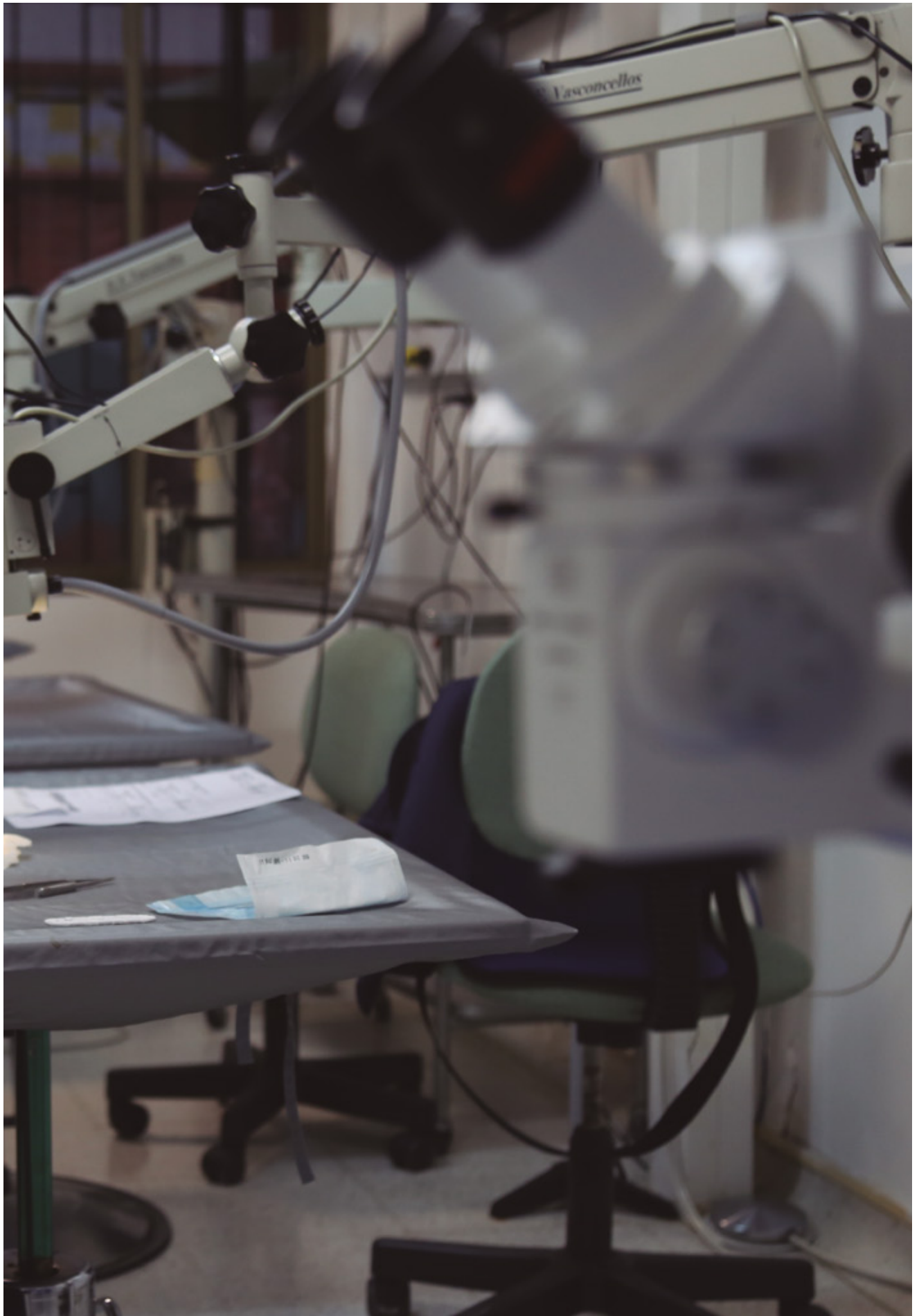
se le da el nombre de División de Investigaciones, con la intención de prestar servicios interdisciplinarios a las diferentes unidades académicas, para el desarrollo de la misión y proyecto educativo institucional. Desde esa fecha la División de Investigación funcionó como una unidad organizacional integrada a la Vicerrectoría Académica. A partir del año 2009, la Universidad El Bosque realizó, en el contexto de su compromiso con la calidad un proceso de autoevaluación, el Plan de Desarrollo Institucional 2011-2016.

Dentro de este plan de desarrollo, la División de Investigaciones elaboró la política de investigaciones de la universidad y el fortalecimiento de los grupos de investigación con líneas y proyectos definidos en campos como la bioética, virología, biología molecular, genética molecular, parasitología, resistencia bacteriana, salud y medio ambiente, neurociencias, infecciones orales y malformaciones cráneo orbito faciales. A su vez, en disciplinas sociales, en campos como la creación, artes, ingenierías y ciencias básicas, con una política de estímulos para investigar, como la Convocatoria Interna y la publicación de los resultados en el Congreso Institucional de Investigaciones y en congresos nacionales e internacionales.

La política incluyó la formación e incorporación de investigadores con maestrías y doctorados, un decidido apoyo a las publicaciones y un cambio en la estructura administrativa y académica de la División de Investigaciones, mediante la propuesta de creación de una Vicerrectoría de Investigaciones.

La creación de la Vicerrectoría de Investigaciones, como dependencia de la Rectoría, por parte del Claustro de la Universidad, se da mediante la Resolución 460 de 2013 y es reglamentada por el Consejo Directivo, según el acuerdo 12032 de 2013. La misión de la Vicerrectoría se orienta a promover el desarrollo científico y tecnológico institucional, mediante el apoyo a la producción del conocimiento, la innovación y la transferencia orientados al mejoramiento de la calidad de vida y la salud de la población colombiana, así como a propiciar el mejoramiento de la calidad de la investigación y la docencia con el apoyo a la formación o vinculación de académicos o profesores con nivel de doctorado y maestría.





La estructura de la Vicerrectoría permite impulsar la investigación formativa, la creación de semilleros de estudiantes de pregrado, la formación de jóvenes investigadores tanto institucionales como derivados de las convocatorias de Colciencias, la formación de investigadores y la promoción de las convocatorias internas y externas, al brindar asesorías a los investigadores, estimular la producción y la presentación de los resultados, y coadyuvar en la difusión del conocimiento y su transferencia a la sociedad así como la contribución con los doctorados y maestrías de la Universidad.

Hoy día contamos con una infraestructura de laboratorios para investigación en ciencias básicas en creciente desarrollo, no solo en área física sino también en tecnología, que en varios aspectos nos sitúa en una destacada posición nacional e internacional, pero que, más allá de eso, nos ha permitido tener una responsabilidad social con áreas definidas de nuestro entorno tales como Usaqué en Bogotá y en regiones de Cundinamarca como Chía y zonas del Tequendama, relacionadas con la infancia, la familia y el medio ambiente. Si bien hemos asumido esta responsabilidad con el país en unión con nuestros pares nacionales, también hemos considerado importante la internacionalización a través de proyectos conjuntos de investigación y realización de pasantía y estudios de posgrado en maestrías y doctorados de nuestros docentes e investigadores.

Desde un principio la publicación de resultados de investigación, de la vida académica y del pensamiento de nuestros académicos ha sido una constante, inicialmente en boletines, en una colección de educación médica que llega casi al centenar de números, en la Revista de la Escuela Colombiana de Medicina, en las colecciones de bioética, en ensayos, manuales, textos y revistas científicas que nos permitieron presentarnos a la convocatoria de Colciencias de editoriales universitarias y ser una de las treinta y cinco existentes en el país; un desafío interesante para realizar publicaciones como libros de investigación, libros producto de tesis doctorales, textos y manuales docentes, revistas de divulgación y colecciones.

NÚMERO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS EN REVISTAS INDEXADAS

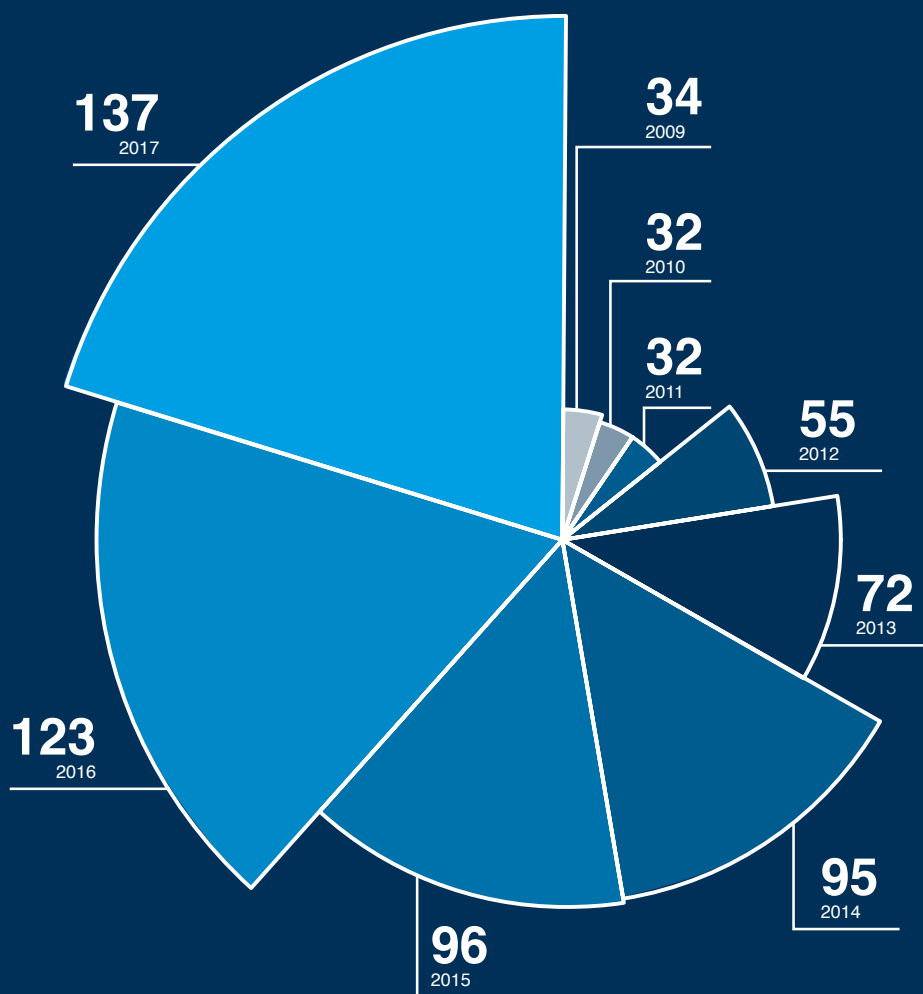


Figura 10. Aumento en el número de artículos publicados en revistas indexadas desde 2009 hasta la fecha. Fuente: Colciencias

Hoy en día, la investigación se mide por los resultados en publicaciones que impacten en el mundo y definan un posicionamiento en el país, en Latinoamérica y en el mundo; son medidas externas que nos señalan cómo lo estamos haciendo. Uno de estos indicadores es el realizado por Scimago Institution Ranking, que mide la investigación como proxy de la excelencia académica, un impacto normalizado, la producción, el talento científico, el liderazgo, la internacionalización, la publicación en el primer cuartil de las revistas indexadas en el mundo y la excelencia, aspectos estos que constituyen el 50% de la valoración; luego siguen la innovación, el impacto tecnológico, los enlaces web y el tamaño de la institución. Estas medidas han ubicado a la Universidad El Bosque en la posición 627 en el mundo, la octava en Colombia y la quinta en Bogotá. En el mundo existe una media de 1,0 en cuanto a medición del impacto de las publicaciones. Colombia está, en general, por debajo de esa media, alrededor del 0,70. En el país solamente hay tres universidades sobre la media, y una de estas es la Universidad El Bosque.

METODOLOGÍA: INDICADORES Y SU PONDERACIÓN

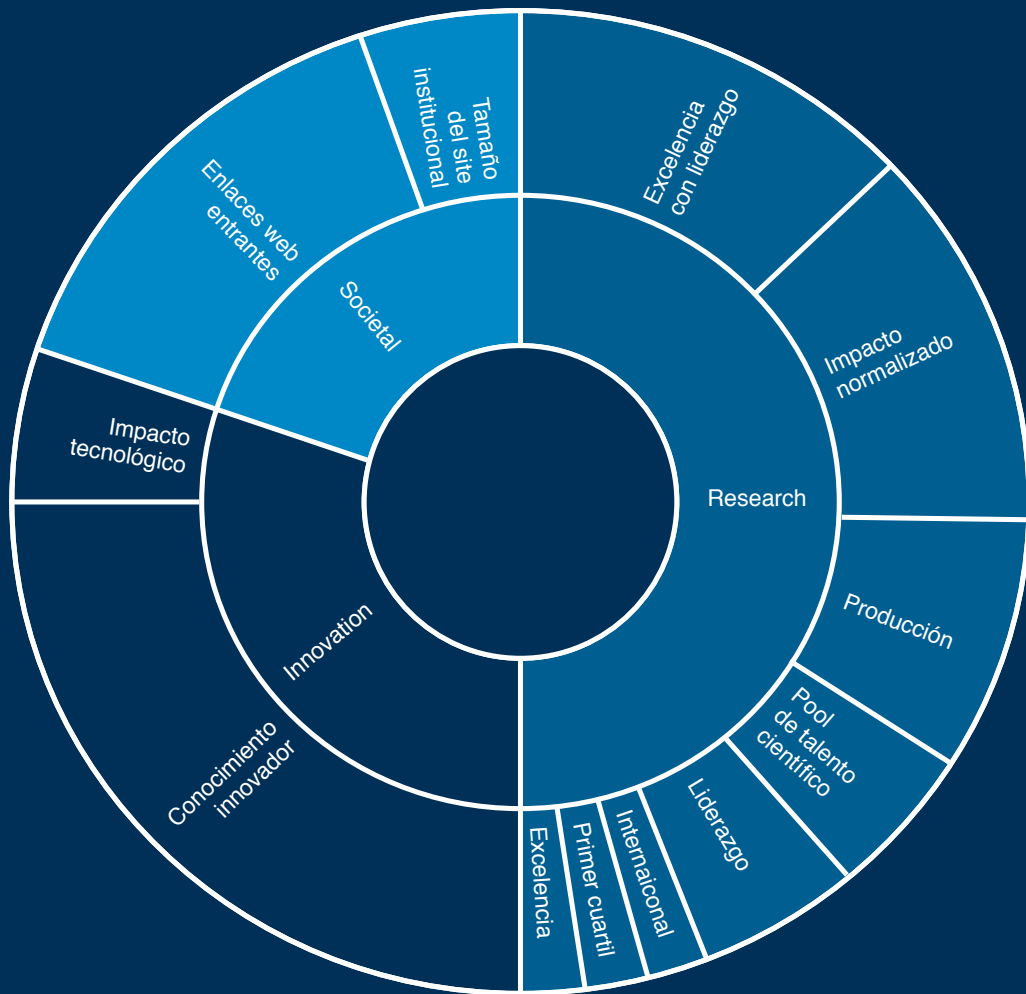


Figura 11. Indicadores de medición de Scimago Institution Rankings. Fuente: Félix de Moya-Aneón, Scimago Research Group, Universidad del Rosario, junio de 2017

UNIVERSIDADES SIR 2017

Tabla 1: Indicadores de medición de Scimago Institution Rankings. Fuente: Félix de Moya Anegón, Scimago Research Group, Universidad del Rosario, junio de 2017

Nacional	Global	Universidad SIR 2017
1	557	Universidad Nacional de Colombia
2	593	Universidad de los Andes
3	597	Universidad de Antioquia
4	607	Universidad del Rosario
5	613	Universidad Industrial de Santander
6	615	Universidad del Valle
7	622	Pontificia Universidad Javeriana
8	627	Universidad El Bosque
9	629	Universidad del Norte
10	635	Universidad del Cauca
11	641	Universidad EAFIT
12	644	Universidad Pontificia Bolivariana
13	647	Universidad Tecnológica de Pereira
14	658	Universidad Antonio Nariño
15	671	Universidad Distrital Francisco Jose de Caldas
16	674	Universidad de la Sabana
17	674	Universidad de Cartagena
18	674	Universidad Militar Nueva Granada
19	678	Universidad del Tolima
20	682	Universidad Santo Tomás, Colombia
21	684	Universidad de Caldas

Por otro lado, se debe mencionar que en el Plan de Desarrollo Institucional 2016-2021 se consagra la investigación como un pilar que se propone impulsar la investigación en la universidad, con base en tres estrategias: dar continuidad a las políticas institucionales de investigación para la generación de conocimiento; establecer prioridades de investigación y fortalecer a los grupos, a los investigadores y la actividad investigativa, con una perspectiva de internacionalización formulada sobre acciones concretas, y desarrollar e implementando la política institucional para la transferencia del conocimiento producto de investigación, en aras de ofrecer un aporte de alto nivel a la sociedad.

A este respecto se establecieron nuevas políticas de investigación que definen prioridades en este ámbito, orientadas al foco de calidad de vida, continuo propósito en mejoramiento de las capacidades de los investigadores, reflejada en la calificación de los mismos por parte de Colciencias.





INVESTIGADORES RECONOCIDOS

■ 737 de 2015
▨ Preliminares 781 de 2017

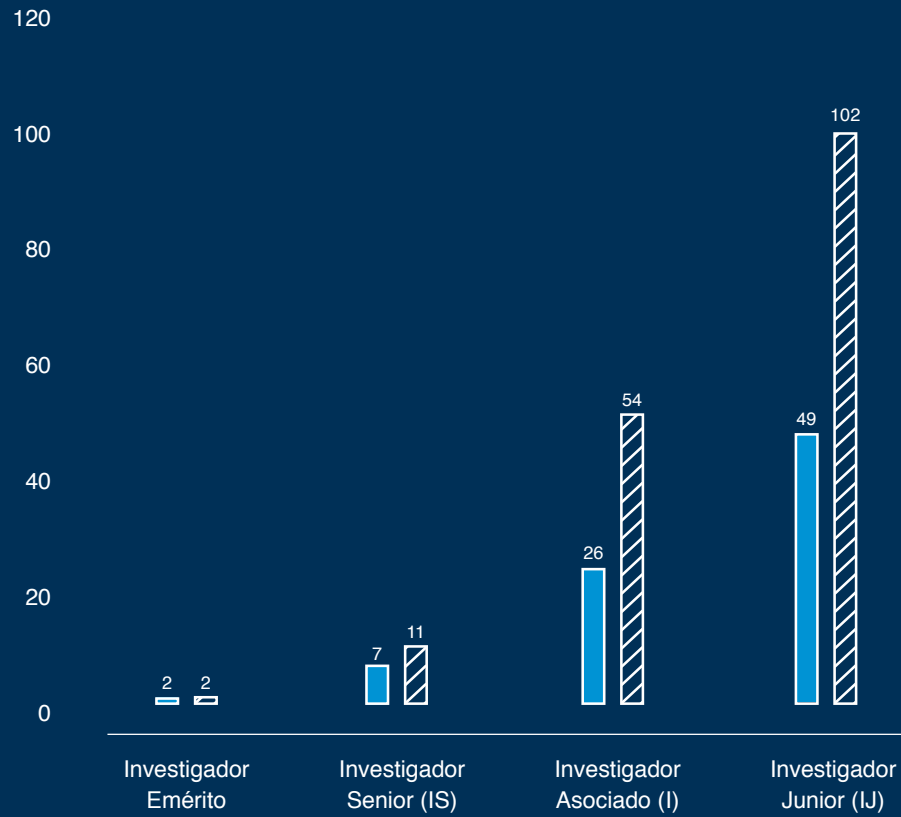


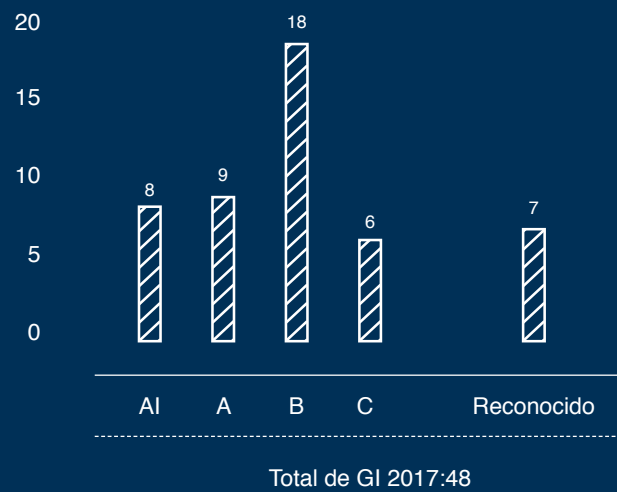
Figura 12. Progresión del número de investigadores de la Universidad El Bosque reconocidos desde 2015 hasta 2017. Fuente: Colciencias

Figura 13. Aumento en el número de grupos de investigación clasificados como A1. De tres grupos en 2015 pasamos a ocho en 2017.

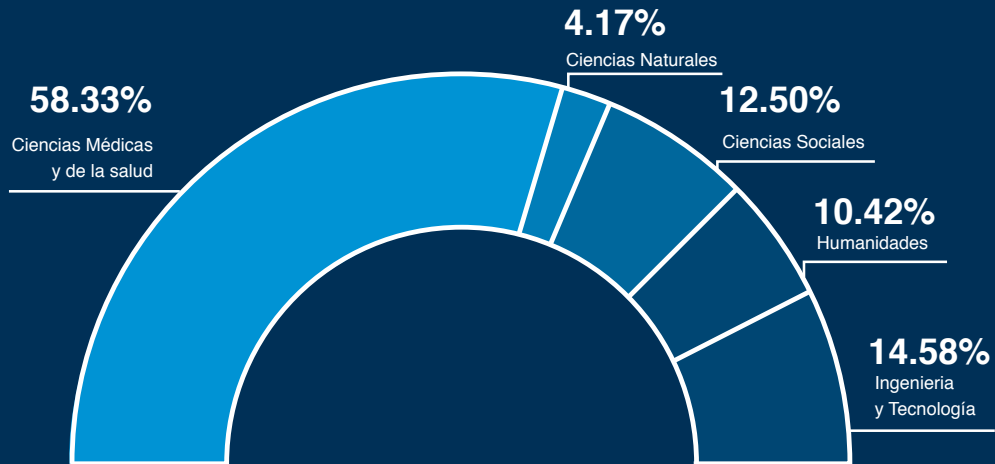
Se debe mencionar también el fortalecimiento de la investigación y de los grupos de investigación, de manera que se permita ver el desarrollo de proyectos multidisciplinarios, integración de grupos previamente constituidos, formación de nuevos grupos en áreas clínicas e investigaciones en la frontera del conocimiento como genómica y metabolómica.

A continuación se presentan los resultados del posicionamiento de nuestros grupos de investigación en Colciencias.

RESULTADOS CLASIFICACIÓN GRUPOS DE INVESTIGACIÓN UEB



CLASIFICACIÓN GI POR ÁREAS DEL CONOCIMIENTO



CLASIFICACIÓN GI ESPECIALIDADES MÉDICO-QUIRÚRGICAS

GRUPOS DE INVESTIGACIÓN	CONVOCATORIA 737-2015	CONVOCATORIA 737-2017
Investigaciones pediátricas Bosque	B	A1
Oncología	D	A1
INUB-MEDITECH	-	A1
Medicina cardiovascular y Especialidades de alta complejidad. Fundación Clínica Shaio	-	A1
Esclerosis múltiple y otros trastornos neurológicos	C	A
Radiología	C	A
Anestesia	-	A
Dermatología Clínica e infecciosa	B	B
Gastronutriped	D	B
Grupo de investigación Medicina Materno Fetal y Ginecología - El Bosque (MMFG-EL)	C	C
Ciencias Básicas y Clínicas en Ortopedia	-	Reconocido

Figura 14. Mejoramiento en el escalafón de Colciencias de nuestros grupos de investigación en áreas médico-quirúrgicas. Fuente: Colciencias

Hemos querido que nuestros estudiantes adquieran sus conocimientos a través de la investigación y, más específicamente, de la investigación formativa, es decir, aprender investigando, e investigar para crear conocimiento. De ahí que desarrolláramos dos políticas que favorecen, por un lado a los estudiantes de pregrado, con la política de semilleros que consiste en grupos de estudiantes con la intención de investigar, bajo la supervisión de un docente y respaldados por la universidad. Hemos tenido un crecimiento notable en número de semilleros de investigación; en el año 2017 tenemos un total de sesenta y dos semilleros de investigación. Por otro lado, se favorece a los recién egresados, con la política de jóvenes investigadores, que refuerza a los provenientes de las convocatorias de Colciencias.

Finalmente, es necesario mencionar la cooperación internacional. El vínculo con instituciones internacionales es cada día más importante y nos ha permitido favorecer la preparación de nuestros investigadores, quienes realizan pasantías o desarrollan sus investigaciones de maestrías o doctorados en importantes universidades o centros de investigación como el Instituto Pasteur, la Universidad de Texas, la Universidad de Australia o en Dinamarca. Por otra parte, se han realizado y se están realizando investigaciones en conjunto o en cooperación con la Universidad de Ciencias de la Vida de Noruega, el Instituto de Medicina Tropical de Liverpool, el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos y la Universidad de Texas. Además, participamos actualmente en el Proyecto Crackel, que involucra a nuestros grupos de investigación en resistencia bacteriana con la aprobación del Instituto de Salud de Estados Unidos (NIH) y que estudia la resistencia de las enterobacteriaceae productoras de betalactamasas.

EL PASO NATURAL: LA CREACIÓN DEL HOSPITAL

Tras todos los cambios a nivel de legislación, de tecnología, de conocimientos, y con el fin de rescatar la relación médico paciente y el enfoque humanista del profesional de la salud, llegamos hoy, cuarenta años después del nacimiento de la Clínica El Bosque y de la Escuela Colombiana de Medicina, a la creación del hospital. Como el título del presente apartado lo señala, este centro académico en salud u hospital representa el paso natural de lo que hemos realizado durante cuatro décadas.

Es un sueño de una gran complejidad, que se constituyó a través de un equipo conformado por representantes de Compensar y de la Universidad El Bosque que visitaron en varias oportunidades el Texas Medical Center (TMC) y los hospitales del Hermann Memorial Care System, para analizar las facilidades médicas y tecnológicas; la integración de la docencia con la práctica; los modelos de organización hospital universidad; la investigación clínica, y la integración de profesionales de distintas disciplinas: ingenieros, físicos, bioinformáticos, estadísticos, nutricionistas, biólogos, enfermeros, terapeutas, farmacólogos y humanistas.

Con esta información nos reunimos en múltiples oportunidades con el arquitecto Alberto Miani, con el fin de establecer

las bases de un concurso arquitectónico para el nuevo hospital, plasmado en el documento Proyecto Nueva Clínica El Bosque, el cual presenta un análisis que comprende las modalidades del concurso, la situación del predio y la normativa dentro del Plan de Regulación y Manejo por parte de Planeación Distrital, aprobado para la universidad. Se analizaron las posibilidades de las áreas a construir, los aislamientos, las regulaciones de tránsito, de la sostenibilidad y medio ambiente; en especial, se hizo referencia a la iluminación natural, los niveles de ruido, la recuperación de aguas lluvias, las posibilidad de paneles solares, los techos y muros verdes, el espacio público, y los niveles de confort, tanto para trabajadores como para usuarios.

Las actividades académicas contarán con espacios adecuados y dotados de alta tecnología, informática y circuitos de televisión para el estudio y análisis de los pacientes, acompañado de un sistema de historia clínica (SAP) y sistemas de datos y control que permitirán mayor información del paciente y de los procesos que se le realicen, lo que constituirá en sí mismo una base de investigación.

Contará con salas de teleinformática que permitirán interconsulta intrahospitalaria y con la red de servicios, dispondrá de habitaciones para atención de partos además de sala de partos y sala quirúrgica para cesáreas, unidad de cuidado perinatal y facilidades de lactancia materna y los quirófanos dotados para la realización de cirugía de alta complejidad y mínimamente invasiva. Contará con un sistema integrado de información que permita llevar a la historia clínica, las imágenes y datos de signos de los monitores del paciente, así como disponer de ellos en las pantallas de las salas quirúrgicas.

El hospital tendrá salas de atención a la familia, lugares en donde el médico, de forma privada, podrá hablar con la familia para poner a sus miembros al tanto de los pormenores del paciente, brindar apoyo para entender el proceso de la enfermedad, así como para ser usado por psicólogos y trabajadores sociales para brindar apoyo. Habrá zonas verdes en donde la integración con la naturaleza será esencial y se hará énfasis en la conservación del medio ambiente. Asimismo, contará con zonas de descanso para el personal, zonas de discusión de los

casos clínicos de forma privada para médicos y estudiantes con el fin de no molestar al paciente, dormitorios y gimnasio, que creemos son fundamentales, ya que hoy día en los hospitales y clínicas en general, el personal de salud no tiene sitio para descansar. El hospital dispondrá igualmente de salas de lectura, auditorios y salas para eventos.

Consideramos vital utilizar al máximo la iluminación natural que permita a los pacientes el contacto con su ciclo circadiano y que las labores se realicen de manera adecuada. La ventilación natural del edificio contó con un estudio de los vientos en la zona, control del ruido con especial cuidado al generado en la Avenida Carrera Novena. Se recomendó tener techos verdes en terrazas y el uso de muros verdes que mitiguen el calentamiento de las fachadas y permitan que la temperatura interior sea confortable. Dentro de las características arquitectónicas del proyecto se consideró que deberá contar con facilidades académicas y que permita la interacción con las otras instalaciones de la universidad. Para ver detalladamente todos los aspectos del modelo arquitectónico del Hospital Universitario El Bosque - Compensar ver el capítulo 9 escrito por los arquitectos Daniel Bonilla e Ixa Bachman.

El desarrollo del proyecto debe cumplir con las normas de acreditación hospitalarias tanto nacionales como internacionales en especial las estipuladas por la Joint Commission de Estados Unidos. Una vez se establecieron las recomendaciones arquitectónicas, las normas y condiciones del concurso, se nombró un jurado conformado por cinco prestigiosos arquitectos: Jaime Camacho, Leonardo Álvarez, Lorenzo Castro, Mauricio Pinilla y Philip Weiss. Así mismo, se escogieron ocho firmas arquitectónicas que presentaron sus proyectos al jurado asesorado por la directora ejecutiva del Memorial Herman Hospital

de Texas, Dra. Juanita Romans, el arquitecto Alberto Miani, el ingeniero de suelos Carlos Restrepo, el ingeniero estructural Luis Guillermo Aycardi, la arquitecta Laura Miani y quien escribe, Miguel Otero. De esta forma, se realizó el concurso, y el día 11 de abril de 2011 se eligió el proyecto presentado por Taller de Arquitectura Bogotá.

Una vez escogido el anteproyecto, de común acuerdo con el arquitecto Bonilla y su equipo, se visitaron de nuevo los hospitales en Houston y se escogió la firma Romans Group para la asesoraría y acompañamiento, de acuerdo a normas internacionales, del desarrollo de los planos arquitectónicos. La unión temporal y la constitución progresiva de distintos comités que entre las instituciones Compensar y Universidad El Bosque se crearon, dieron lugar a los diferentes aspectos del desarrollo no solo del edificio sino de toda la estructura del centro académico en salud. Se nombró por concurso una firma constructora, PAyC, y una firma interventora, Gutiérrez Díaz; posteriormente se escogieron las distintas empresas que, una vez superados los trámites legales, permitieron iniciar labores de construcción en septiembre de 2015.

CONCLUSIÓN

En definitiva, estos cuarenta años de labor académica –enfocada en la investigación– y de labor social a través de la Fundación Salud Bosque (anteriormente Clínica El Bosque) y la Universidad El Bosque (anteriormente Escuela Colombiana de Medicina) nos han conducido a desarrollar un modelo de atención médica centrado en el paciente y su familia, con un compromiso de todo el equipo de salud que permite cumplir una serie de objetivos de eficiencia en el diagnóstico, tratamiento, prevención de complicaciones, estricto control de las infecciones y uso adecuado de la tecnología.

Hace cuarenta años, los fundadores de la Escuela Colombiana de Medicina reconocimos el problema de la fragmentación del entendimiento de lo humano, lo que nos llevó a la creación de un abordaje nuevo de la medicina y de la educación médica (Otero, 2016, pp. 16-17). En adelante seguiremos abordando al ser humano como la “máquina increíble” que es. El Hospital Universitario El Bosque - Compensar, cuyo nacimiento es el paso natural de este proyecto que comenzó hace cuatro décadas, nos anima a seguir contribuyendo con la mejora de la educación, la investigación y la salud del país.

BIBLIOGRAFÍA

- Cárdenas, H. (comp.). (2016). El enfoque biopsicosocial y cultural en la formación de los profesionales de la salud en la Universidad El Bosque. Procedencias, despliegues y desafíos. Bogotá, Colombia: Editorial Universidad El Bosque.
- Himetop. The History of Medicine Topographical Database (s.f.). 'Theodor Billroth Operating' (1889) by A.F. Seligmann. Disponible en: <http://himetop.wikidot.com/theodor-billroth-operating-1889-by-a-f-seligmann> Consultado por última vez el 17 de octubre de 2017.
- Miranda, N. (1993). La medicina colombiana de 1867 a 1946. En: Historia Social de la Ciencia en Colombia (pp. 13-160). Bogotá, Colombia: Colciencias.
- Miranda, N., Escobar, J., Escobar, C. y García, N. (2009). Universidad El Bosque. Una historia en construcción. Bogotá, Colombia: Ediciones El Bosque.
- Moore, F. (1987). Teaching the Two Faces of Medical History. En: The Surgical Clinics of North America. 75th Anniversary Issue. 67.6 1 (pp. 121-1152).
- National Geographic Society. (1986). The Incredible Machine. Rumford, Estados Unidos: Irish Booksellers.
- Otero, M. (2016). Prólogo. En: Cárdenas, H. (comp.). El enfoque biopsicosocial y cultural en la formación de los profesionales de la

salud en la Universidad El Bosque. Procedencias, despliegues y desafíos (pp. 15-17). Bogotá, Colombia: Editorial Universidad El Bosque.

Patíño, J.F. (2011). Humanismo, medicina y ciencia. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Rothman, P.; Miller, E.; King, L. y Gibson, E. (2015). The Changing Ivory Tower: Balancing Mission and Business. En: Wartman, S. (ed.). The Transformation of academic Health Centers (pp. 3-12). Waltham: Elsevier.

Sánchez, R. (2015). La Universidad El Bosque como un centro académico de salud. [Editorial]. Revista Salud Bosque, 5(2), 5-6.

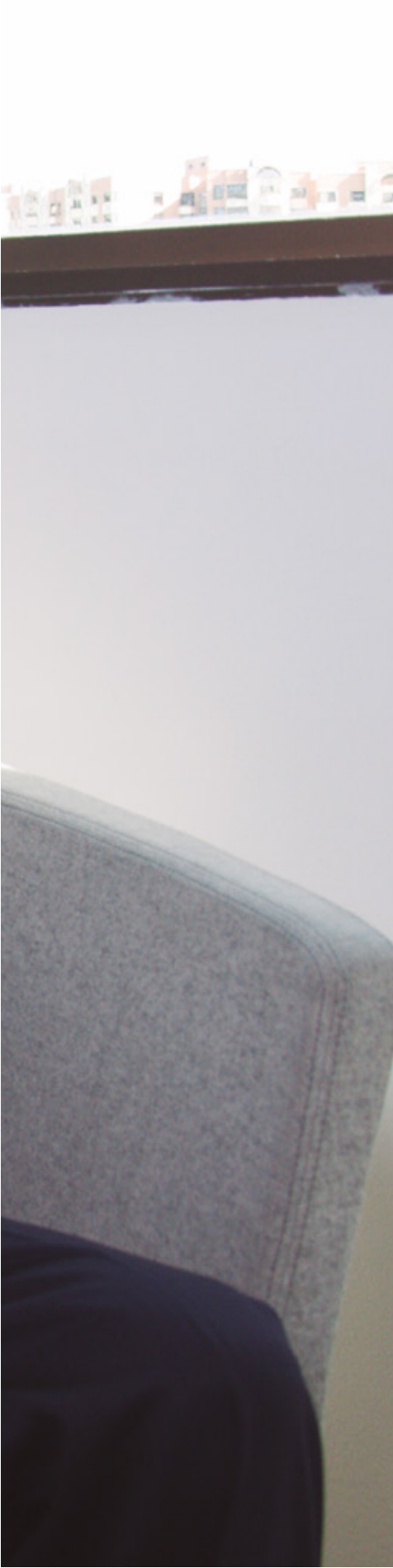
Tostado, F. (2013). La Medicina en el arte: Pintura – La primera anestesia con éter. Disponible en: <https://franciscojaviertostado.com/2013/01/28/la-medicina-en-el-arte-pintura-la-prime-ra-anestesia-con-eter/> Consultado por última vez el 17 de octubre de 2017.

Universidad de Pennsylvania. (s.f.). MEDICAL CLASS of 1889: Commissioning of Thomas Eakins to paint "The Agnew Clinic". Disponible en: <http://www.archives.upenn.edu/histy/features/1800s/1889med/agnewclinic.html> Consultado por última vez el 17 de octubre de 2017.









EL NUEVO HOSPITAL:
CENTRO ACADÉMICO EN SALUD



HUGO
CÁRDENAS LÓPEZ

EL NUEVO HOSPITAL: CENTRO ACADÉMICO EN SALUD

La Clínica El Bosque dio origen a un proyecto integral, la Escuela Colombiana de Medicina, hoy Universidad El Bosque. La clínica, como lugar de atención de la salud, ha sido un componente orgánicamente establecido para la formación de talento humano en salud que, en conjunto con la universidad, ha construido una experiencia como hospital universitario. Cuatro décadas después y en asocio con la caja de compensación familiar Compensar, se adelanta el proyecto de un nuevo hospital que sumará experiencias acumuladas de la universidad, la clínica y la caja de compensación. Esta confluencia institucional supuso un cambio, una innovación en la prestación de servicios y en la formación de talento humano, que da origen a un centro académico en salud.

Este nuevo centro irá más allá de la noción de hospital universitario desarrollada en nuestro país, y será un referente de la prestación de servicios con calidad, de la formación de excelentes profesionales y de la investigación inspirada en la atención de la salud. La calidad en la atención, la excelencia en la formación profesional y la investigación estarán dispuestas para la resolución efectiva de las necesidades de pacientes y comunidades. El hospital, como centro académico en salud, estará conectado a

una red de servicios y ofrecerá una atención centrada en los pacientes y sus familias, una educación centrada en los estudiantes y una investigación clínica que articule las ciencias biomédicas, el cuidado de pacientes y las acciones efectivas que contribuyan a mejores resultados del sistema de salud. Todo ello propiciará el incremento de la calidad de vida de las familias y comunidades.

Quiero esbozar aquí algunos elementos relacionados con la conceptualización del nuevo hospital como centro académico en salud, adelantar un breve análisis del contexto en el cual surge la nueva institución y, por último, precisar el significado del modelo y sus implicaciones para la atención y la formación del talento humano. En virtud de lo anterior, el capítulo se organiza en tres apartados: antecedentes, diseño del centro académico y definición de estrategias para la acción y atención.

ANTECEDENTES

LA CONSTITUCIÓN DE 1991 Y LOS CAMBIOS EN LOS SECTORES DE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN

En 1991 se proclamó la nueva Constitución política de Colombia, en la que se expresaron los principios de un estado social de derecho. Desde entonces, la salud y la educación son entendidas como derechos fundamentales. El derecho a la salud se desarrolló institucionalmente a través de la Ley 100 de 1993 y sus posteriores modificaciones normativas¹; el derecho a la salud fue reglamentado como fundamental mediante la Ley estatutaria en salud, promulgada en 2015. En el sector salud cambió la organización de la prestación de servicios con la adaptación a un modelo de aseguramiento y de competencia regulada. Por otra parte, la educación superior se transformó mediante la Ley 30 de 1992, de manera que se desplegó la autonomía universitaria y los procesos conducentes al mejoramiento de la cobertura y la calidad.

1. Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 mediante las cuales se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Figura 1. Proclamación de la Constitución de 1991. Fuente: Revista Semana.



Esta nueva realidad normativa produjo cambios institucionales tanto en el sector de la educación como en el de la salud. Ambos adquirieron el rasgo de servicios públicos que se ofrecían a través de organizaciones de carácter público, privado o mixto. Para las instituciones de cada sector se crearon requisitos de funcionamiento y exigencias para el incremento y la mejora en la calidad. Los hospitales, desde el sector salud, debieron cumplir con la habilitación, y las universidades con la obtención de registros calificados para poder ofertar programas de formación. Por otro lado, los hospitales comenzaron a acreditarse, incluso como hospitales universitarios, sin estar vinculados con una universidad y los programas e instituciones educativas iniciaron, de manera voluntaria, la obtención de la acreditación de alta calidad.

En la organización del sistema de salud se introdujeron nuevos agentes, entre ellos los aseguradores responsables de funciones asignadas como: afiliación al sistema, administración de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), garantía en la prestación de los servicios y definición de modelos de atención. A su vez, se redefinieron los hospitales mediante la asimilación a Ins-

tituciones Prestadoras de Servicios (IPS) responsables directas de la prestación de servicios a través de relaciones contractuales con los aseguradores. Así mismo, el Ministerio de Salud y las organizaciones homólogas en los respectivos entes territoriales asumieron la rectoría y dirección del sistema. Se fortaleció la Superintendencia Nacional de Salud como un organismo técnico, rector del sistema de vigilancia, inspección y control.

Los cambios en la organización del sistema de salud llevaron a la priorización de la eficiencia y la productividad de la prestación de los servicios, lo que minimizó su importancia como escenarios de práctica formativa para estudiantes de pregrado y posgrado de profesiones de la salud. Es así como un buen número de aseguradores, y sus respectivas IPS propias o adscritas, descartaron la opción de establecerse como escenarios formativos, a partir del argumento de los impactos negativos en la calidad de los servicios y el incremento en los costos de la prestación de los mismos.

El nuevo sistema de salud promovió el tratamiento y la curación de la enfermedad y desincentivó la promoción de la salud. Aunque se mantuvo la estratificación de los servicios por niveles de atención, el nuevo esquema propició la subutilización del primero y segundo nivel de atención (baja y mediana complejidad) y a su vez incentivó la atención hospitalaria del tercer y cuarto nivel (alta complejidad).² Esta nueva realidad reforzó la idea del hospital de alto nivel de complejidad como el escenario de formación por excelencia, ya que ofrecía mejores condiciones de infraestructura, tecnología, grupos de especialistas y alto número de atenciones. Esta situación disminuyó la oferta de IPS vinculadas con universidades mediante convenios de docencia-servicio, lo que llevó a concentrar varias universidades con programas de salud en un mismo hospital. Además, fomentó una relación comercial expresada en pagos específicos como contraprestación por la rotación de estudiantes en formación.

2. Un amplio análisis de este fenómeno se efectúa en el documento técnico del Ministerio de Salud y Protección Social titulado Política de atención integral en salud, publicado en enero de 2016.

Hasta el inicio de la década de los noventa del siglo pasado, en el contexto del Sistema Nacional de Salud, predominó en nuestro país un tipo de relación hospital-universidad en el que un hospital de carácter público o privado se relacionaba orgánicamente con una universidad pública o privada para educar profesionales de la salud. En ocasiones, el hospital pertenecía a la universidad y en algunos casos era el mismo hospital el que propiciaba la creación y desarrollo de los programas de formación en salud. Un ejemplo de ello fue la Escuela Colombiana de Medicina, hoy Universidad El Bosque, que surgió de la Clínica El Bosque. Un hospital universitario actuaba como tal dado el vínculo establecido con una universidad.

El desarrollo paulatino del Sistema General de Seguridad Social en Salud modificó las condiciones de los hospitales y, por otro lado, la implementación de la Ley 30 de 1992 facilitó la apertura de nuevos programas de formación de profesionales en salud. Los hospitales modificados y el incremento de la oferta académica transformaron radicalmente el concepto de hospital universitario. Cada vez más, el modelo de prestación de servicios y el modelo académico de formación caminaron en paralelo y en ocasiones en franca competencia y disociación de funciones.

EDUCACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN LAS SOCIEDADES CONTEMPORÁNEAS

Desde la segunda mitad del siglo XX, producto del desarrollo de los computadores, el internet y la globalización económica, vivimos en una era de la información. Esta nueva era supone: conectividad (interdependencia), diferenciación creciente (heterogeneidad política y cultural) y múltiples pertenencias (distintas afiliaciones a grupos, organizaciones e instituciones). Vivir en una era de la información significa pensar y actuar en red. Esta realidad plantea nuevos retos para la educación de profesionales de la salud. Exige, de la educación, el fortalecimiento de los vínculos con otras instituciones, con otros

profesionales, con los pacientes y sus familias, y con las comunidades; demanda conexión e interdependencia. Así mismo, requiere, de las instituciones que proveen el cuidado de la salud, el trabajo en equipos interprofesionales (medicina general y medicina especializada, enfermería, odontología, nutrición, instrumentación y terapias, por citar algunos) e interdisciplinarios (economía y administración, derecho, ingenierías, sociología, antropología, artes, diseño y humanidades, entre otros).

En nuestro sistema de salud, la educación de profesionales con frecuencia muestra desarticulación y fragmentación de las funciones docentes, investigativas y de prestación de servicios. Las experiencias de hospitales universitarios³ revelan relaciones mecánicas entre universidades y unidades prestadoras de servicios, o IPS de tercero y cuarto nivel, que hacen camino a hospitales universitarios sin universidades. En cualquiera de los casos, la mayoría de experiencias expresan la racionalidad fragmentada de los servicios, la competencia por la atención de los pacientes, la selección y el privilegio de la atención de los eventos de alto costo, la priorización del tratamiento de la enfermedad y no de la promoción de la salud. Han sido partes de un sistema desconectadas entre sí y desarticuladas al momento de atender las necesidades reales de quienes demandan sus servicios.

3. En la ley 1164 de 2007 se señala que el hospital universitario “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.” Por su parte, la ley 1438 de 2011 plantea que “El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Salud que proporciona entrenamiento universitario, enfocado principalmente en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometidas con las funciones de formación, investigación y extensión”.

Figura 2. Profesor y estudiante de medicina durante una clase en la Universidad El Bosque.



Figura 3. Clase grupal de medicina en la Universidad.



La educación de profesionales enmarcada en estas nuevas realidades requiere proyectos educativos críticos, flexibles, contextualizados y adaptativos que dispongan de currículos organizados en red, conformados por nodos interdependientes y flujos permanentes de información y comunicación. Estos currículos expresan: objetivos de aprendizaje claros y precisos, formación por competencias profesionales⁴, conjuntos de actividades de aprendizaje de carácter múltiple y diverso, equipos interdisciplinarios de docentes, escenarios formativos diferenciados y complementarios, y distintos mecanismos de evaluación de carácter formativo y sumativo. Todo ello se hace posible a través de una organización y gestión curricular dinámica y efectiva.

Un rasgo distintivo de los futuros profesionales de la salud, en esta era de la información, es su capacidad de liderazgo, la cual requiere un dominio de la tradición y una disposición permanente al cambio y a la innovación. Es un liderazgo que supone sólidos conocimientos propios de la profesión, demostración de habilidades y destrezas clínicas, capacidad para comunicarse, quehacer clínico que dialogue con distintos contextos sociales y culturales, pensamiento crítico que oriente preguntas y gestione proyectos, y pertenencia a una profesión, traducida en ejercicios permanentes de autonomía y autorregulación. Se trata de un liderazgo comprometido con la profesión y que reconoce en los pacientes sus múltiples afiliaciones a otras instituciones como las de ciudadanía, religiosa, educativa, familiar, gremial y política, entre otras. Alguien es líder

4. Los objetivos de aprendizaje definen posibilidades, crean rutas de acción y orientan procesos; las competencias evidencian resultados de la formación. Las competencias se deben a un proyecto educativo contextualizado, dialogante y creador de entornos formativos. El cumplimiento de objetivos y desarrollo de competencias requieren seguimiento y evaluación. Las competencias son resultados y se adquieren en procesos de enseñanza-aprendizaje desde distintos modelos pedagógicos y diferentes estrategias didácticas. Se evidencian en la definición de unos perfiles de ingreso y egreso, una organización curricular y un diseño de un plan de estudios.

cuando es un profesional que demuestra idoneidad, suficiencia, relevancia y pertinencia; condiciones que posibilitan el pensamiento crítico, la creatividad y la innovación; fuentes del cambio social y la evolución cultural. Líder es aquel que llega a ser profesional competente.

EDUCACIÓN DE PROFESIONALES EN LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Desde sus inicios, la Universidad El Bosque adoptó en su misión el enfoque Biopsicosocial y Cultural que asume una concepción multidimensional del ser humano, reconociendo la presencia de componentes biológicos, psicológicos y socioculturales. El enfoque posibilita estratégicamente el diseño de una práctica profesional integral y efectiva frente a los problemas de salud de la población colombiana. Este enfoque también contribuye con el desarrollo de la responsabilidad social y favorece la promoción de la dignidad del ser humano.

En la última década, con ocasión de la formulación y ejecución de planes de desarrollo quinquenales, la universidad adoptó su orientación estratégica institucional, que quedó definida de la siguiente manera:

La Universidad El Bosque se consolida como Universidad de formación, multidisciplinaria, con un foco que articula su desarrollo (en formación, investigación, transferencia y servicio) en la Salud y Calidad de Vida. Insertada en el entorno global, comprometida con las necesidades y oportunidades locales, regionales y nacionales (Universidad El Bosque, 2016).

En concordancia con la orientación estratégica de la universidad, el proyecto del nuevo hospital (Universidad El Bosque, 2014) en tanto expresa una red de alianzas de educación, investigación y responsabilidad social que tiene como propósito cuidar la salud y mejorar la calidad de vida, contribuirá a con-

solidar a la universidad como un Centro Académico en Calidad de Vida. Será un espacio de convergencia interprofesional, inter y transdisciplinario que se constituirá en una oportunidad de encuentro de estudiantes provenientes de distintos programas de pregrado y posgrado. Será un núcleo articulador de la comunidad académica y facilitará la creación e innovación a través de la formulación de proyectos específicos. En síntesis, será una organización que permitirá articular la educación y la investigación desde el cuidado integral de la salud.

En sintonía con la historia institucional y la definición de la orientación estratégica, la universidad explicitó el modelo pedagógico soportado en teorías educativas constructivistas. Asumió para todos sus programas el fortalecimiento de los currículos centrados en el aprendizaje de los estudiantes, mediante la aplicación de pedagogías del aprendizaje significativo y la formación profesional por competencias (Universidad El Bosque, 2011-a).

Para los profesionales de la medicina se identificaron tres competencias generales (Universidad El Bosque, 2013): aprender a pensar y actuar de manera científica, clínica y profesional. A su vez, se identificaron seis competencias específicas: conocimientos profesionales basados en la ciencia y la tecnología, habilidades clínica, habilidades comunicativas, habilidades investigativas –investigación formativa, formación para la investigación e investigación propiamente dicha– (Universidad El Bosque, 2015), práctica basada en contextos sociales y culturales, y profesionalismo⁵.

Se logra alcanzar estas competencias mediante el desarrollo de estrategias como: aprendizaje significativo, aprendizaje basado en problemas, enfoque Biopsicosocial y Cultural, pers-

5. Se entiende el profesionalismo como el pensar y el actuar con autonomía relativa, es decir, autorregulación, conciencia de límites, asunción de los efectos producidos por decisiones y acciones efectuadas. Significa pertenencia a un código ético de profesión, afiliación a instituciones relacionadas con su quehacer clínico y gestión social de su propia práctica.

pectiva bioética y atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria. Todas estas competencias garantizan profesionales dispuestos para el cuidado continuo de la salud.

Educar profesionales de esta manera requiere de diferentes escenarios formativos, uno de ellos el hospital, los otros son las unidades de servicios organizadas en red. También están otras instituciones del sector social como colegios, centros preescolares, hogares geriátricos y otras instituciones de protección social.

Escenarios concebidos así garantizan que la educación y la investigación conduzcan a mayores beneficios clínicos de los pacientes, sus familias y las comunidades. El espacio hospitalario como entorno de aprendizaje se ve fortalecido cuando este hace parte de una red de servicios; los servicios organizados en red permiten la atención efectiva de la enfermedad y la promoción de la salud con criterios de continuidad e integralidad. Y en la red, a propósito de la atención de los pacientes, se multiplican los escenarios formativos, los estudiantes siguen a los pacientes en su proceso de atención. En suma, este es el sentido de un centro académico en salud.

EL MODELO DEL CENTRO ACADÉMICO EN SALUD

Un modelo es una representación de la realidad, que en primer lugar simplifica la complejidad de la misma y en segundo la interpreta. Se construye día a día, se hace en la experiencia. Es en la experiencia donde se retroalimenta el modelo. En nuestro caso, suscita un diálogo fructífero con la realidad de la atención de la salud al producir cambios y desplazamientos en la mirada y en las acciones. Cuando el modelo se implementa se convierte en un proyecto cuyo rasgo es la construcción permanente.

Un centro académico en salud es un espacio articulador que enfrenta los retos derivados de una era de la información, de una complejidad creciente en la atención de pacientes con condiciones agudas y crónicas, de una sociedad de mercado y de un sistema de salud organizado desde el aseguramiento y la

competencia regulada. Es el lugar donde se transfieren los avances en el conocimiento de la biomedicina, bioingeniería y otras disciplinas tecno-científicas. Traslación orientada al beneficio de los pacientes y, más allá, al logro del bienestar familiar y comunitario. Es por ello que se precisa modelar un centro que dialogue con estas realidades.

El centro se modela a partir de las necesidades de los pacientes y sus familias. Sus problemáticas en salud y en calidad de vida son las que exigen la mejor atención, la cual se logra mediante la convergencia de la formación y la investigación. Es en un ambiente de preguntas y problematización donde confluyen el quehacer clínico, los estudios de laboratorio diagnóstico y terapéutico, los perfiles epidemiológicos poblacionales y los contextos culturales.

Las problemáticas identificadas en los pacientes suscitan un diálogo entre la investigación clínica, la investigación básica, la gestión clínica, la salud pública y los estudios culturales. Un nuevo campo que emerge en la investigación clínica situada y articulada es la medicina traslacional⁶. Esta sincronía en la investigación es una de las facetas que caracterizan a un centro académico y su modelo de atención.

La atención ofrecida por el centro estará caracterizada por su capacidad de resolución de problemas relacionados con la vida, la salud y la enfermedad. Las reglas que definen su funcionamiento incluyen: atención centrada en la persona y su fami-

6. La sociedad europea de medicina traslacional define la medicina traslacional como una disciplina del campo biomédico que se apoya en tres pilares: el laboratorio, el trabajo a la cabecera de los pacientes y la comunidad. Por lo tanto, es una acción interdisciplinaria, cuyo objetivo principal es articular diversos recursos provenientes de cada uno de estos pilares, con el fin de mejorar significativamente los resultados del sistema de salud. Combina disciplinas, recursos, experticia, técnicas, percepciones y vivencias de las personas y las comunidades, para promover mejoría en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades que padecen los pacientes (Randall, Cohrs y Cols, 2015, pp. 86-88).

lia, trabajo en equipo, suficiencia e idoneidad técnico-científica, definición y cumplimiento de procesos y procedimientos institucionalmente acordados, acogimiento de los pacientes y familias, y participación activa de estos en el cuidado de su salud.

Un centro con estas características evidencia un trabajo en equipo que expresa acciones en redes de servicios y académicas. Los profesionales en servicio, el personal en formación, tanto estudiantes de diferentes profesiones como residentes de especialidades clínicas, estarán organizados en los diferentes equipos diseñados para la atención. Habrá una división racional del trabajo con delegación de funciones, prácticas supervisadas, acompañamiento tutorial, monitorías y, en todos los casos, profesionales líderes de los equipos, responsables de los servicios y autoridad reconocida para la información y comunicación con los pacientes.

El centro demanda una estructura y una dinámica de funcionamiento que incorpore los conceptos modernos de la administración y la gestión y que, armonizados organicen una mejor respuesta a las problemáticas y necesidades de los pacientes. Este compromiso con el mantenimiento de la salud y la recuperación de la enfermedad es responsabilidad social que mejora la calidad de vida de individuos y poblaciones. Será un reto el logro de una coordinación afortunada del mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, la seguridad de los pacientes, su experiencia satisfactoria y las acciones de educación e investigación.

El hospital como centro académico definirá una estructura y organización que asegurará condiciones exitosas para la prestación de servicios. Será un espacio académico que exprese el proyecto educativo de la universidad, articulado con la investigación y el modelo de atención definido. En esta organización, la educación y la investigación serán parte del nivel estratégico. Los profesionales vinculados con la prestación de los servicios participarán orgánicamente en la investigación y la educación.

Una institución diseñada, concebida y organizada de esta manera seguirá trabajando, con su entrada en funcionamiento, para alcanzar los mejores estándares a nivel nacional e internacional.





CENTRO ACADÉMICO EN SALUD: ESTRATEGIAS PARA LA ACCIÓN

DE LA ANTICIPACIÓN A LA ACCIÓN

El centro académico en salud es un modelo que implica un modo de pensar la atención congruente con la definición de estrategias para la decisión y la acción. El hospital piensa de manera permanente la atención, actúa en el cuidado de la salud y produce conocimiento que modifica de nuevo el pensar y el actuar; es el círculo virtuoso al cual se refiere el Dr. Rafael Sánchez en su capítulo Concepción General del Centro Académico en Calidad de Vida. Permanentemente se preguntará: ¿cómo conciliar una atención centrada en los pacientes con una formación centrada en el estudiante?, ¿cómo transferir exitosamente las nuevas tecnologías de la información y la comunicación al cuidado integral de la salud? y ¿cómo impactar positivamente la calidad de vida de los pacientes y la formación de profesionales de la salud?

En síntesis, un centro académico en salud propicia cambio e innovación permanentes a través del conocimiento y la acción; a raíz de los servicios se hace investigación y educación. El quehacer mismo revela datos que se convierten en información útil y pertinente para el mejoramiento continuo de

la gestión de los servicios. Este mejoramiento involucra tanto los procesos administrativos como la gestión clínica de los procesos asistenciales.

Téngase en cuenta que el cuidado continuo de la vida y de la salud se logra mediante el diagnóstico oportuno y la atención efectiva de la enfermedad, mediante el control de la discapacidad, al facilitar la rehabilitación e involucrar en el cuidado a los propios pacientes, sus familias y sus comunidades. Un cuidado así solo está garantizado si el centro es un nodo más en la red de servicios. Un centro que hace parte de una red permite el flujo efectivo de pacientes y las atenciones que estos requieren. Sin lugar a dudas, el centro será un núcleo hiperconectado donde las personas enfermas lleguen, reciban la atención requerida y regresen a las unidades que continúan realizando el cuidado de su salud.

Dada esta realidad de los servicios, la formación profesional que allí se imparte responde a la educación definida por objetivos de enseñanza-aprendizaje y a la formación por competencias. Estudiantes y residentes participarán de la atención hospitalaria y podrán seguir a los pacientes en las distintas modalidades de atención que se ofrecen en la red: servicios pre-hospitalarios, consulta externa general y especializada, atención domiciliaria y cuidados paliativos, entre otros. El común denominador a todo lo antes mencionado es precisamente el trabajo en equipo.

Al trabajo colaborativo en red de servicios se sumará la atención gestionada por equipos interprofesionales e interdisciplinarios. Los equipos organizados participarán en la definición del uso de tecnología suficiente y necesaria, soportada en la evidencia, para asegurar resultados exitosos. En consecuencia, el conocimiento y la tecnología seleccionados optimizarán los servicios en red. Por otro lado, las tecnologías de la información y la comunicación facilitan la transparencia en la gestión ya que permiten registros oportunos de las atenciones, trazabilidad del proceso de atención, control, evaluación y mejora permanente del quehacer.

Asimismo, estas tecnologías propiciarán la participación de los pacientes y sus familias en el cuidado de la salud

y la atención de la enfermedad. Involucrar activamente a los pacientes en su autocuidado contribuirá con la construcción continua de la calidad. Por lo tanto, las acciones del personal profesional y en formación, y los resultados derivados de las mismas serán producto de la autorregulación y del compromiso real con el mejoramiento de la calidad de vida.

Otra modalidad mediada por tecnologías de la información será la telemedicina,⁷ la cual permitirá mejorar la capacidad resolutive tanto de la red propia de servicios como de otras redes distantes. Facilitará los procesos de educación y actualización de los profesionales en servicio. También contribuirá con el desarrollo del autocuidado en los pacientes ya que facilitará el seguimiento y control de las acciones diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras generadas por el personal de salud.

En las tecnologías educativas, la simulación clínica resulta fundamental ya que prepara a los estudiantes para el logro de mejores desempeños clínicos al ofrecer trazabilidad en el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje y el desarrollo de competencias. La simulación dispone de las nuevas tecnologías para el logro efectivo del aprendizaje, lo que incentiva los aciertos, retroalimenta las equivocaciones y fomenta la obtención de beneficios de los errores cometidos. Es un recurso que produce experiencias significativas de aprendizaje.

7. La telemedicina se entiende como la prestación de servicios médicos a distancia. En todo caso, supone el uso de tecnologías de información y comunicación que acercan a los pacientes y sus necesidades a los profesionales idóneos con capacidad resolutive; optimiza los servicios y los hace más eficientes y oportunos en cuanto al uso del tiempo y de los recursos. La telemedicina se usa tanto para la prestación de servicios como para la actualización de profesionales y la formación de talento humano en salud. En los últimos años se ha empezado a hablar más de “eSalud”, concepto integrador que recoge tanto el espectro de la atención desde la promoción de la salud, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, como la educación de profesionales y el involucramiento de los pacientes en el cuidado de la salud.

En este contexto, y no solo en él, el conocimiento ético y bioético orientarán las estrategias y acciones relacionadas con la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, en el marco de los avances de la biotecnología; en la adquisición y usos de nuevas tecnologías para el cuidado de la salud y en el tratamiento de la enfermedad respetando la autonomía de los pacientes. La bioética participará en la reflexión, discusión y decisiones relacionadas con la resolución tanto de dilemas suscitados al inicio y al final de la vida como de aquellos relacionados con la formación, la investigación y la prestación de servicios.

En esta red de estrategias y acciones, la atención primaria en salud se revela como una idea que en el modelo es entendida como la sintonía entre la oferta de servicios y las necesidades de los pacientes y sus familias. Son precisamente las necesidades y requerimientos de los pacientes los que otorgan un carácter pertinente y relevante a la atención brindada.

En virtud de lo anterior, la atención primaria no es atención básica, no es baja complejidad, no es exclusión de pacientes y sus vínculos. Es, entonces, cuidado integral de la salud a través de la provisión de servicios a la medida de las necesidades de las personas, con la mejor tecnología disponible y una asistencia humana y profesional. Son los servicios cercanos, conectados con las personas, respondiendo organizadamente a las problemáticas identificadas. Es la participación de los pacientes y sus familias en el autocuidado de la salud y la enfermedad. En suma, es el centro como institución social que cumple su función de resolver efectivamente problemas de salud y de enfermedad, y contribuye así al incremento de la calidad de vida. Es la atención en red de servicios.

Ahora bien, una estrategia que seguirá presente es el trabajo con otras instituciones de la sociedad. La sinergia suma iniciativas y logra mayores y mejores impactos sociales. El diseño, planeación e implementación del proyecto del nuevo centro ha sido una experiencia exitosa de la relación colaborativa de Estado, empresa y universidad, tal como lo señala el capítulo escrito por el Dr. Rafael Sánchez, el Dr. Néstor Rodríguez y la Dra. Martha Giraldo, Alianzas para el Hospital Universitario.

Finalmente, el nuevo hospital como centro académico en salud es un organismo vivo que piensa y actúa, de manera que revela dinámicas que traducen convergencias y divergencias entre los diferentes agentes de nuestros sistemas de salud y de educación: asegurador; prestador de servicios; universidad; profesionales, tecnólogos y técnicos vinculados con la atención; docentes, investigadores. Convergen desde sus semejanzas compartiendo un propósito que les es común: lograr una mejor atención, una óptima formación de talento humano y una investigación contextualizada para impactar positivamente en la calidad de vida de nuestra sociedad. Divergen desde sus diferencias y aportan perspectivas, convicciones, visiones e intereses que les son propios. El centro académico es un laboratorio de pensamiento, un espacio de creación y transferencia de conocimiento, un núcleo de innovación social.

EL MODELO DE ATENCIÓN EN EL CENTRO ACADÉMICO EN SALUD

El concepto de centro académico en salud y la red de estrategias y acciones que le son propias enmarcan la definición del modelo de atención. La oferta de servicios y el modo de efectuar la atención es coherente con la naturaleza y significado de un hospital conectado a una red de servicios y articulado orgánicamente con una universidad. La responsabilidad social de un centro como este se expresa en el diseño de la atención que responde a las necesidades en salud y calidad de vida de quienes demandan la prestación de servicios. En consecuencia, el modelo traduce las necesidades de los pacientes que tienen una familia y pertenecen a una comunidad.

Las condiciones que posibilitan el surgimiento y el despliegue del modelo de atención serán:

- Una organización comunicada y una comunicación organizada. El centro es en sí mismo una red de profesionales, técnicos y tecnólogos, y personal en formación, todos ellos conectados alrededor de un propósito común; los desenlaces exitosos en salud. Se dispondrá de todo el soporte tecnológico para que los flujos de información y comunicación faciliten la toma de decisiones oportuna y efectiva.
- Una organización que genera su propio entorno y que se vincula con otras instituciones ejerciendo autonomía relativa, autorregulación y gobierno transparente. El centro dispone de todos los recursos necesarios, así como de la gestión eficiente y efectiva de los mismos, para una prestación exitosa de los servicios.
- Una organización que demuestra capacidad para la atención humanizada. Es un centro que hace clínica al escuchar y poner atención a los pacientes y sus familias para generar experiencias de servicio significativas que se recuerdan y se recomiendan a otras personas.
- Una organización que aprende desde las vivencias y experiencias. Está en permanente auto-organización y evolución. Es capaz de leer y leerse de acuerdo con las necesidades cambiantes y diversas de pacientes, familias y comunidades. Tiene un pensamiento global que se articula a necesidades y problemáticas locales.
- Una organización que en el día a día y en los encuentros con los pacientes, familias y comunidades, construye reputación. Se le reconoce autoridad para la resolución efectiva de problemas de salud y enfermedad y, por lo tanto, genera confianza ciudadana.

Todo lo anterior garantiza la pertinencia y calidad en la disposición de los servicios. El modo como se ofrecen y se prestan es lo que realmente visibiliza la atención frente a los pacientes. Garantizar la disposición de servicios es fundamental y está en el camino del despliegue de una atención exitosa.

La atención, el modo de hacer clínica para resolver problemas, será vista por los pacientes como:

- Una atención que les genera vinculación con el cuidado de la salud. Se sienten informados y por ello reducen sus grados de incertidumbre, perciben disposición al diálogo y a la coordinación de acciones. Sienten inclusión desde sus diferencias culturales.
- Una atención que protege sus derechos e invita a cumplir con sus deberes como paciente. La organización ha diseñado espacios, escenarios y rutas de atención que respetan su intimidad, garantizando su seguridad y la compañía permanente de su familia.
- Una atención que revela procesos y procedimientos institucionalmente acordados. Sus vivencias identifican rutas claras y precisas para la atención. Encuentran sencillez y sencillez en los procedimientos diseñados.
- Una atención que habla de la presencia del trabajo en equipo. Sabe que contará con un médico tratante que coordinará las interconsultas y que facilitará la continuidad de la atención en la red de servicios. Percibirá un grupo de profesionales que conocen su problema y que se hablan entre sí para disponer ayuda oportuna y efectiva.

- Una atención que contará con personal en formación, estudiantes de pre y posgrado. Encontrarán que participan en los servicios y suman calidad a los mismos, son parte del equipo de atención que trabaja para contribuir con los mejores resultados en salud.
- Una atención dispuesta a la investigación. Vivirá el respeto por su autonomía y estará en capacidad de consentir o disentir acerca de su participación en procesos de investigación. En todos los casos recibirá información sobre riesgos, beneficios y alcances futuros de los estudios propuestos. Los resultados relacionados con el bien común inspirarán las conversaciones, diálogos y discusiones en torno a las investigaciones diseñadas.
- Una atención que expresa sinceridad de la organización en cada toma de decisiones y en cada acción realizada. Siente que todo lo que se hace conduce a la generación de bienestar y calidad de vida. Encuentra una institución ocupada y dispuesta a ofrecer todas las opciones posibles para beneficiar a los pacientes, y sus familias.

En conclusión, nuestro centro académico en salud se organiza para responder a las funciones asignadas por la sociedad, resolver problemas de salud y enfermedad y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida. En el modelo de atención emerge un conjunto de acciones intencionadas que revelan la capacidad y el compromiso institucional con la transformación de realidades para hacer posible la vida reconociendo que la enfermedad le resta opcionalidad y que la muerte hace parte de la vida.

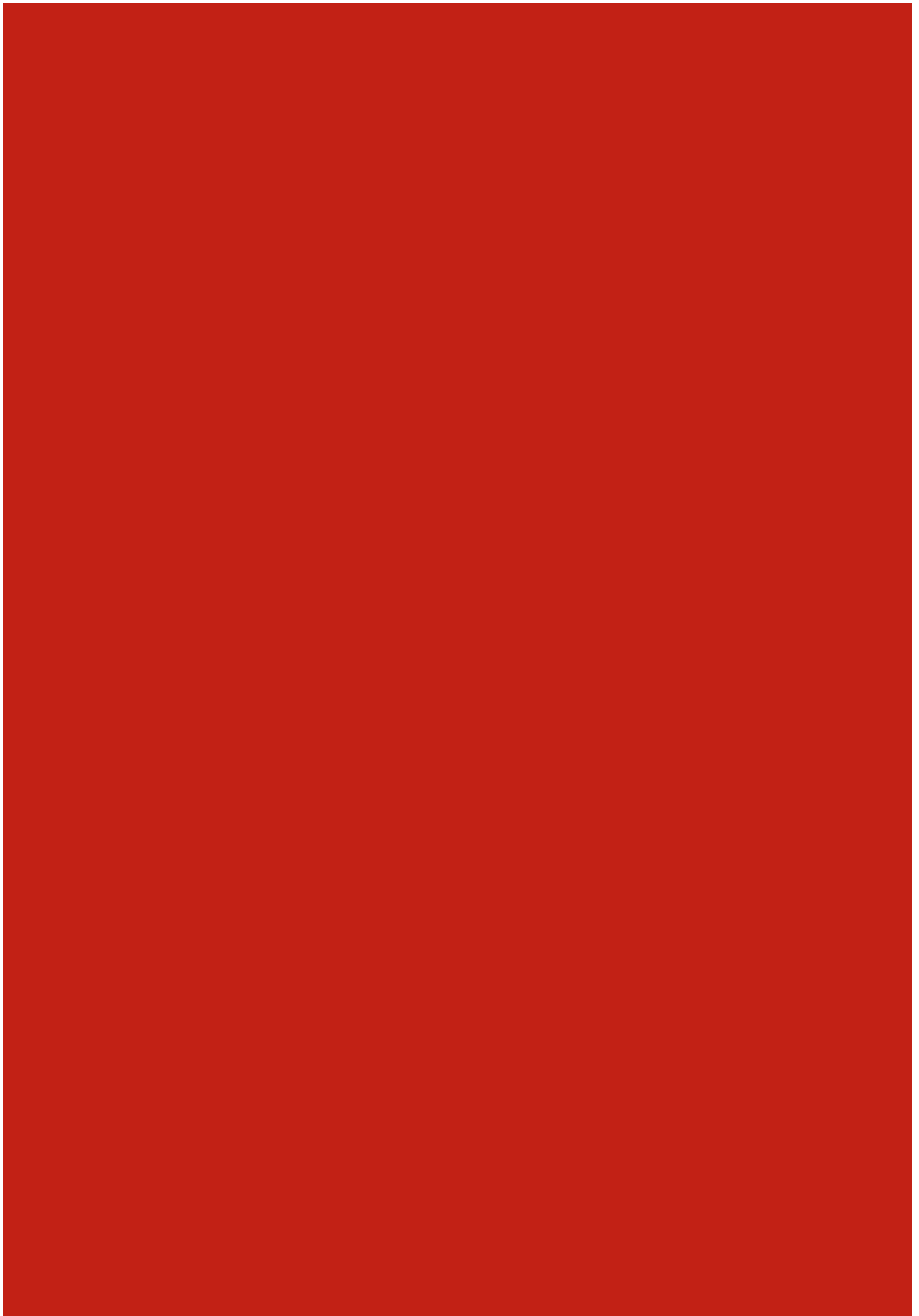
BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo, C.; Sánchez, C.; Robledo, R.; Bojacá, A.; Prieto, A. y Cifuentes, P. (2008). Modelo académico de hospital universitario, documento para socialización. Proyecto hospital universitario febrero de 2008. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública. Recuperado de: [www.bdigital.unal.edu.co/643/1/01_Modelo_Academico_HU-sede Bogotá, Colombia,](http://www.bdigital.unal.edu.co/643/1/01_Modelo_Academico_HU-sede%20Bogot%C3%A1%20Colombia)
- Cárdenas, H. (2016). Medicina comunitaria: entrelazamiento de lo biomédico y lo social. En *El Enfoque Biopsicosocial y Cultural en la formación de los profesionales de la salud en la Universidad El Bosque: procedencias, despliegues y desafíos*. Colección Médica. Vol.52. Bogotá, Colombia: Editorial Universidad El Bosque.
- Engel, G. (1978). The Biopsychosocial Model and the Education of Health Professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 310, 169-181.
- Escobar, J. (1984-a). Fundación Escuela Colombiana de Medicina. Filosofía de un programa. Colección Educación Médica. Vol. 1. Bogotá, Colombia: Editorial Kimpres.
- (1984-b). Fundación Escuela Colombiana de Medicina. Reflexiones sobre un programa. Colección Educación Médica. Vol. 2.

- Bogotá, Colombia: Editorial Kimpres.
- y Wiesner, C. (1990). Fundación Escuela Colombiana de Medicina. Proyecciones de un Programa. Colección Educación Médica. Vol. 3., 1990. Bogotá, Colombia: Editorial Kimpres.
- Fink, L.D. (2003). *Creating significant learning experiences: An Integrated Approach to Designing College Courses*. San Francisco, Estados Unidos: Jossey Bass.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona, España: Ediciones Península.
- Frenk, J.; Chen, L.; Buttha, Z.A. et al. (2015). Profesionales de la salud para el nuevo siglo. Transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Educación Médica*, 16(1), 9-16. Recuperado de: <http://www.iamp-online.org/sites/iamp-online.org/files/spanish%20translation%20lancet%20report.pdf>
- Kirch, D.; Grigsby, K.; Zolko, W., Moskowitz, J.; Hefner, D.; Souba, W.; Carubia, J. y Baron, S. (2005). Reinventing the Academic Health Center. *Academic Medicine*, 80, 980-989.
- Millán Núñez-Cortes, J. (2003). La gestión de la docencia en los hospitales universitarios. *Educación Médica*, 6(3). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132003000300019
- Miranda, N.; Escobar-Triana, J.; Escobar Uribe, C. y García, N. (2009). Universidad El Bosque. Una historia en construcción. Bogotá, Colombia: Ediciones El Bosque.
- Moran-Barrios, J. (2013). Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica: la formación basada en competencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 385-405.
- OMS-UNICEF. (1978). Declaración Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud Alma-Ata. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270
- OPS. (2004). Ministerio de la Protección Social. Modelo de evaluación de la relación docencia-servicio. Criterios básicos de calidad para centro de prácticas formativas. Bogotá, Colombia.
- Randall, J. Cohrs. y Cols. (2015). Translational Medicine definition by

the European Society for Translational Medicine, *New Horizons in Translational Medicine*. Vol. 2, Iss. 3.

- Sánchez, R. (2015). La Universidad El Bosque como un centro académico de salud [Editorial]. *Revista Salud Bosque*, 5(2), 5-6.
- Sastre-Cifuentes, R.; García-Ubaque, J. y Díaz-Correa, C. Construyendo un hospital universitario: justificación y propósito. *Revista Facultad de Medicina*, 61(1), 77-81.
- Universidad El Bosque. (2011-a). Políticas y gestión curricular institucional. Bogotá, Colombia, Colombia: Universidad El Bosque.
- (2011-b). Plan de desarrollo Institucional 2011-2016. Bogotá, Colombia, Colombia: Universidad El Bosque.
- (2012). Plan de desarrollo 2012-2016. Plan de Mejoramiento producto de autoevaluación con fines de renovación de la acreditación. Programa de Medicina. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- (2013, diciembre). Adecuación curricular para el desarrollo de un aprendizaje centrado en el estudiante. En Actas comité de currículo, Escuela Colombiana de Medicina, años 2010 a 2013. Actas Seminario Permanente de Profesores, años 2011 a 2013. Bogotá, Colombia, Colombia: Universidad El Bosque. Decanatura de Medicina.
- (2014). Acta Claustro extraordinario, 26 de mayo de 2014. Bogotá, Colombia, Colombia: Universidad El Bosque.
- (2015). Política de formación para la investigación, creación, desarrollo e innovación. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- (2016). Plan de desarrollo Institucional 2016-2021. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- (2016). Plan de desarrollo Facultad de Medicina Escuela Colombiana de Medicina 2016-2021. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- Wartman, S. (ed.). (2015). *The Transformation of academic Health Centers*. Waltham, Estados Unidos: Elsevier.











6

LA FORMACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN
EN SALUD PÚBLICA EN UN CENTRO
ACADÉMICO EN CALIDAD DE VIDA

HUGO
CÁRDENAS LÓPEZ

DIANA CAROLINA
RUBIO LEÓN

ALEJANDRO
GÓMEZ BARRERA



INTRODUCCIÓN

El presente capítulo expresa las reflexiones para la investigación y la acción en salud pública en el contexto de la Universidad El Bosque como Centro Académico en Calidad de Vida. Dichas consideraciones se sustentan en la trayectoria de la universidad en la formación de recurso humano para el ejercicio de la salud pública del más alto nivel, y en las conceptualizaciones y construcciones que se han desarrollado acerca del campo, desde una perspectiva compleja y de cara a los retos que impone el logro de la calidad de vida, tanto de grupos como de individuos.

La argumentación girará en torno a tres ejes: en primer lugar, se presentarán algunas consideraciones dirigidas a dilucidar el campo de la salud pública. En un segundo momento, el texto girará en torno a la formación e investigación que ha tenido lugar en la Universidad El Bosque y que sustenta la propuesta de formación avanzada de la institución. De cara al compromiso de la universidad con la calidad de vida, el tercer eje del texto presenta la forma en que las reflexiones señaladas previamente, acerca de la salud pública, se concretan en el proyecto del Centro Académico en Calidad de Vida.

EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA

El campo de la salud pública es actualmente un escenario amplio de confluencia de distintos saberes y disciplinas que no se restringen a los provenientes de las ciencias biomédicas y que, por el contrario, han ampliado significativa y progresivamente su diálogo con las ciencias humanas y sociales, en la búsqueda de una mejor capacidad explicativa que se traduzca en competencias para la acción.

Es indudable que la salud está en relación directa con el bienestar y la calidad de vida. Sin embargo, comprender lo que se desprende de esta relación sigue siendo un reto para personas, instituciones y estados. Las sociedades humanas han ganado tal diversidad que no es posible hoy limitarlas dentro de parámetros universalistas, ni pretender homogeneidad en sus maneras de vivir y, por tanto, de experimentar los fenómenos que llamamos “de salud” o “de enfermedad”.

Para las instituciones dedicadas a pensar en la salud de los colectivos humanos, resulta muy llamativo observar que existan desarrollos epistemológicos y metodológicos incesantes para avanzar en la forma como se entienden, por un lado, los procesos biológicos que frecuentemente se engloban en la denominación tradicional de “salud”; y por el otro, encontrar también sus enormes conexiones con los procesos sociales, culturales, polí-

ticos y económicos que impactan, en grados comparables, las resultantes en términos de indicadores de salud, que son significativos en la organización social contemporánea.

No es la salud pública un campo de investigación novedoso que esté incursionando en los sistemas de pensamiento recientemente. De hecho, es posible identificar acciones vinculadas con lo que hoy se denomina bajo ese nombre genérico, desde hace más de cuatro siglos, en diversos lugares del mundo. Eso hace que se tenga ya un acumulado de conocimientos y prácticas ligadas a la salud de los grupos humanos, con multiplicidad de aproximaciones teóricas y herramientas de diverso tipo; que también entregan resultados variables según estas y otras condiciones inherentes a los mismos procesos vitales, individuales y colectivos (Universidad El Bosque, 2017).

UNA PERSPECTIVA COMPLEJA DE LA SALUD PÚBLICA

Hablar de salud pública implica una apertura conceptual, traducida en el reconocimiento de las diversas formas de comprensión sobre la salud y la enfermedad. Implica comprender el lugar central de la salud en todas las sociedades y su trascendencia política. Se requiere una disposición al diálogo entre interlocutores de distintas disciplinas: ciencias sociales, economía, arquitectura, urbanismo, derecho, ingeniería y diseño, entre otras. La lista es inagotable, en tanto la salud y la enfermedad son fenómenos complejos. Dicho diálogo debe fundarse en la necesidad de construir mejores comprensiones acerca de la multiplicidad de fenómenos que se relacionan con la salud de las personas.

La salud pública, como campo de conocimiento y acción, no está construida en su totalidad; es un asunto inacabado y en permanente desarrollo. Este dinamismo requiere entrar en diálogo con los enfoques sociales y comunitarios que parten del reconocimiento del saber popular y de la organización social para la comprensión de las necesidades en salud y bienestar de los grupos y las poblaciones. La salud pública, entonces, se encuentra sometida a un constante proceso de afinamiento teórico, en el que “su desarrollo ha discurrido y discurrirá siempre

en medio de permanentes debates que deben reflejar los aportes derivados de los procesos de investigación sobre sus distintos componentes” (Cardona y Franco, 2006).

En el marco del pensamiento científico contemporáneo, la salud pública se caracterizaría como un nodo altamente interconectado, que se nutre de los flujos de información provenientes de diversos actores, que a la vez son nodos pertenecientes a diversas redes. En tal sentido, los sistemas de salud, con su desempeño y la calidad de sus procesos, son uno de los componentes que, en la red, se pueden distinguir como fuentes de información de alta relevancia para la salud en una sociedad. Al interior de los sistemas de salud, cada actor tiene responsabilidades que afectan de diversas formas a los demás integrantes del sistema. No hay una ruptura entre ellos, porque su acción coordinada, su co-dependencia, es la que le permitirá como conjunto lograr sus objetivos y resolver las problemáticas para las cuales ha sido diseñado.

En esta perspectiva, la salud pública es un conocimiento de síntesis de las diferentes disciplinas científicas y de las distintas profesiones. Todas ellas suman aproximaciones que buscan entender el fenómeno de la salud y la enfermedad en el ámbito individual y colectivo, y en la esfera de lo público y de lo privado. Estas son explicaciones y comprensiones que asumen lo colectivo como lo que emerge de las interacciones individuales, y lo público como la relación dada entre lo privado y lo público; eventos y situaciones de la esfera de lo privado-individual-subjetivo que encuentran traducción en la esfera de lo público, de la acción colectiva. Esta última es el constituyente esencial de lo que llamamos “público” y sucede en espacios como la calle, el parque, la plaza. Los intersticios donde se dan las interacciones entre las personas, y entre estas y las instituciones. Es en este sentido que hablamos de la salud pública como síntesis de conocimiento y acción. Solo así se supera el pensamiento analítico que divide y fragmenta la realidad. La salud pública suma, elabora, teje realidades relacionadas con la salud y la enfermedad, tanto en individuos como en colectivos.

Derivado de lo anterior, la salud pública reconoce que en las sociedades modernas la salud y la enfermedad son concebidas como fenómenos que hacen parte del mismo espectro. La enfermedad surge de la salud; se aleja de ella cuando empieza a hacer daño a la propia vida. Lo que aconteció como estrategia adaptativa se convierte en amenaza para la misma vida. Es aquí cuando las instituciones sociales –el hospital como una de ellas– actúan para diagnosticar precozmente, tratar las enfermedades o evitar complicaciones y secuelas; es de esta manera que el hospital contribuye a promover la salud.

El conocimiento y la acción en salud pública está en el cruce de las acciones institucionales, una de ellas la del hospital. Lo público de la salud pública está precisamente en ello; en la acción interinstitucional. El hospital hace lo suyo: diagnosticar y tratar bien las enfermedades. Otras organizaciones también suman acciones: las iglesias, las escuelas, las universidades, los juzgados, la recreación y el deporte, el Estado y las empresas, entre otros. Todos y cada uno construyen condiciones para que la salud se haga posible y mejore entonces la calidad de vida. En esta perspectiva, la salud pública es acción política, reconoce problemáticas como las enfermedades, y diseña acciones para transformar realidades mediante la promoción de la salud y la creación de condiciones para incrementar la calidad de vida en individuos y colectivos.

Este es el contexto en el cual la Universidad El Bosque ha gestado la formación posgraduada en salud pública. Al declarar su vocación y su interés por la salud y la calidad de vida, la universidad no habla de otra cosa que de salud pública. Eso es plausible en su oferta académica y en su vocación investigativa.

FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Estas reflexiones que han animado los debates académicos en la Universidad El Bosque pueden ser rastreadas desde los inicios de esta, hace cuarenta años. La vocación de la otrora Escuela Colombiana de Medicina ha evolucionado en este lapso, hasta convertirse en uno de sus más reconocibles atributos: la formación y la investigación en salud pública. No es extraño entonces que la universidad haya materializado sus inquietudes y conocimientos acumulados alrededor de la salud de los grupos, mediante la creación y consolidación de una propuesta académica de formación a nivel de pregrado y de formación avanzada. Esta última se concreta en la Maestrías de Epidemiología y de Salud Pública y luego en el Doctorado en Salud Pública.

LA ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA Y EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA

Desde sus inicios, la Escuela Colombiana de Medicina se perfiló como una institución que lee e interpreta su entorno para organizar acciones encaminadas a promover la salud y mejorar la calidad de vida. Se originó a partir de la Clínica El Bosque, desde el entendimiento de que era necesario abrir una opción de educación de futuros médicos que estuvieran comprometidos con la salud de los colombianos, y que fueran formados para comprender y atender las necesidades de los pacientes, sus familias y las comunidades. Para ello, diseñó un currículo organizado desde el enfoque Biopsicosocial y Cultural, que dio origen a tres áreas interdisciplinarias: bioclínica, psicosocial y comunitaria. Esta última, desde la biomedicina y los aspectos psicosociales, ofrecía un contacto temprano con los denominados “hospitales de primer nivel” y las comunidades vinculadas a ellos. A lo largo del plan de estudios, acompaña a los estudiantes mediante la configuración, y algunos casos la identificación, de contextos sociales y culturales en los que suceden los acontecimientos de la salud y la enfermedad: la escuela, el jardín infantil, el hogar comunitario, el centro comunitario y el hogar geriátrico, entre otros.

El acople curricular traducía la diacronía del sistema de salud de aquel momento. Durante los seis años de la carrera se recorrían los hospitales de primer a tercer nivel de complejidad. Al principio, se hacía énfasis en la salud y su cuidado, para luego entender la enfermedad y su abordaje. Es así como en el hospital de tercer nivel los estudiantes veían pacientes y, con algunos datos iniciales de su historia clínica, lograban desplegar su contexto de vida para adaptar sus acciones diagnósticas y terapéuticas. El enfoque Biopsicosocial y Cultural operaba como facilitador para el aprendizaje de múltiples códigos provenientes de distintas disciplinas de conocimiento y de diferentes escenarios formativos; los estudiantes aprendían diversos lenguajes que les permitían, como futuros médicos, ser más competentes y mejores estrategias al momento de leer y resolver problemas.

El plan de estudios y los escenarios formativos seleccionados revelaban el empeño por la atención primaria en salud y la articulación orgánica entre la medicina clínica y la salud pública. La calidad en las acciones clínicas suma para restituir la salud o para controlar los efectos negativos de la enfermedad, todo lo cual redundaba en unos mejores indicadores de salud en las poblaciones.

Dentro de este contexto, la formación para la investigación en el plan de estudios cobra sentido cuando justifica los abordajes de problemáticas de salud-enfermedad desde la información proveniente de la salud pública, y transfiere sus hallazgos en busca de mejorar la salud de individuos y colectivos. Esta visión ha permanecido y se ha recreado en la actualidad, a la luz de los cambios ocurridos en la educación superior y en el sistema de salud.

En conclusión, una formación organizada de esta manera evidencia un compromiso institucional con la salud pública de los ciudadanos, y sus comunidades. Revela acciones institucionales que responden a la función socialmente asignada a la universidad: formar buenos médicos; ciudadanos éticos y responsables, y profesionales competentes y con idoneidad.





MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

El recorrido iniciado por la Escuela Colombiana de Medicina siempre mantuvo abierta la intención de consolidar su propuesta académica en la formación de posgrado. El diálogo entre la Clínica El Bosque y la Escuela Colombiana de Medicina hizo evidente la necesidad de avanzar en la construcción de un abordaje más amplio de la salud, que no finalizara en la excelencia clínica, sino que se cimentara en la comprensión amplia de la salud, como proceso Biopsicosocial. Al abrir esta panorámica, la universidad logra un nivel adecuado de madurez institucional que convoca, desde la decanatura de la Facultad de Medicina, a crear la Maestría en Salud Pública, en el año 2010.

El proceso de elaboración del proyecto se gestó a partir de la iniciativa de la facultad, pero rápidamente encontró interés y compromiso de las demás facultades del área de la salud y de los grupos de investigación que ya existían en la universidad, comprometidos con la calidad de vida. El programa inició sus actividades académicas en 2011 y se entendió como un paso natural en la historia institucional. Cuenta hoy con más de 115 graduados, de sus primeras ocho cohortes. Este grupo está compuesto por profesionales con una impronta común en la reflexión profunda del significado de lo público, así como en el sentido crítico de lo que significa pensar y actuar en la salud de los colectivos humanos. El marco de referencia externo, para el inicio del programa fue, sin duda, el contexto de la salud pública en el país, que luego de la reforma de inicio de la década de 1990, exhibía una serie de dificultades en el desarrollo y la consolidación del modelo de salud, más allá de la cobertura de los planes de beneficio.

Estos debates son persistentes en el país, hoy más enfocados en los modelos de atención, en la calidad de los servicios, en la sostenibilidad del sistema y en la pertinencia de un diseño sistémico y altamente jerarquizado, como respuesta a un entorno altamente dinámico, complejo y cambiante. Semejantes condiciones son las que exigen una gran capacidad crítica y a la vez creativa, que se afianza y se sustenta en la investigación; una investigación en diálogo con la realidad, aplicada a

situaciones y contextos sociales, con elevado compromiso de la institución académica hacia la comunidad.

DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

Este doctorado surgió con el crecimiento del programa de Maestría en Salud Pública y fue ganando identidad propia gracias a la dinámica y apertura institucional que permitió vincular saberes y experiencias nuevas para fortalecer los procesos internos. Con el otorgamiento del registro calificado por siete años, mediante la resolución número 02399 del 21 de febrero de 2017 del Ministerio de Educación Nacional, el Doctorado en Salud Pública de la Universidad El Bosque es hoy una realidad. Es el cuarto programa de doctorado en salud pública en el país. Es también el segundo en la ciudad de Bogotá y, además, el segundo que se crea en una Universidad privada, condiciones que constituyen un gran reto académico e investigativo para el programa.

El compromiso de la Universidad El Bosque con la calidad de vida se concreta en la proyección del programa; en tal sentido, el Doctorado en Salud Pública tiene como objetivo principal formar con un enfoque interdisciplinario, recurso humano de alto nivel capaz de liderar procesos de investigación y aplicación de conocimiento en diferentes sectores y niveles, con el fin de responder a los principales problemas de salud pública de la población. El doctorado cuenta con la trayectoria de la Universidad El Bosque en la formación de recurso humano de alta calidad, en distintas áreas de la salud, tarea que ha sido desarrollada en el marco de un enfoque Biopsicosocial y Cultural. En la concreción del programa confluyen los grupos de investigación de la universidad y los programas de posgrado orientados al estudio y la comprensión de los fenómenos relacionados con la salud. Al ser el tercer doctorado de la universidad, el programa se suma a la formación del más alto nivel que proveen el Doctorado en Bioética y el Doctorado en Ciencias Biomédicas. La puesta en marcha de un programa doctoral en salud pública se propone como el paso natural en la apuesta institucional hacia la calidad de vida y como la consolidación del

compromiso de la universidad con la sociedad. La formación en salud pública capitalizará las experiencias y trayectorias de los dos programas de doctorado que le anteceden, así como la de los demás programas de posgrado en el área de la salud de la universidad, y aportará a la consolidación de la investigación y la acción dirigida al logro del bienestar y la calidad de vida.

El espacio de formación avanzada del doctorado permitirá analizar los asuntos de la salud pública desde una perspectiva compleja que implica plantear nuevas preguntas y considerar nuevas respuestas a aquellos asuntos que se constituyen como retos inaplazables para la garantía de la calidad de vida a individuos, grupos y poblaciones. A partir del reconocimiento de los principales retos de la salud pública, el programa está organizado alrededor de tres áreas de énfasis: educación en salud, políticas y salud, y salud ambiental, las cuales no son abordadas como campos separados y excluyentes, sino que se articulan a lo largo de las actividades de investigación.

- Educación en salud: como disciplina de la salud pública, se centra en articular la teoría, la investigación y la práctica para el desarrollo de acciones que promuevan la salud, prevengan la enfermedad y mejoren la calidad de vida de las personas y las poblaciones. En particular, la educación en salud tiene como interés entender e intervenir los factores sociales y del comportamiento que influyen la salud y calidad de vida de las personas, los grupos y la sociedad.
- Políticas y salud: la salud pública es un asunto de profundas repercusiones políticas. Uno de los aspectos más citados en los debates sobre las problemáticas de este campo son las políticas públicas que se diseñan para enfrentarlos, y sus resultados. Al estar vinculado directamente con la calidad de vida, se ha posicionado cada vez con mayor frecuencia en la agenda de decisión formal de todos los niveles de gobierno en las sociedades contemporáneas. Hay conexiones innegables entre las decisiones políticas, las instituciones sociales y los fenómenos relacionados con la salud de las comunidades humanas.

- **Salud ambiental:** está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona; engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud. Se define en relación con la protección ambiental y la reducción de los efectos nocivos del ambiente en la salud. La salud ambiental también incluye el diseño, la organización y la ejecución de acciones tendientes a impedir o a revertir los efectos nocivos del ambiente sobre la salud humana. La consideración de estas aproximaciones abre el espacio para que diversas disciplinas aporten multidisciplinariamente al campo de la salud ambiental y a la generación de investigaciones e intervenciones orientadas a paliar, mitigar, minimizar y corregir aquellas condiciones del medio ambiente que afectan la salud y la calidad de vida de las personas.

Ante la compleja interacción de fenómenos como la globalización, la urbanización y la tecnificación en casi todas las áreas, sumada a las dinámicas y crisis sociales, económicas y políticas que afectan diferencialmente a los países, el abordaje de los problemas de salud pública implica: construir escenarios y acciones de carácter interdisciplinario y transdisciplinario; articular la perspectiva global y la local; explorar y generar nuevas alternativas para entender, examinar e intervenir los problemas en cuestión; consolidar un capital humano del más alto nivel, y desarrollar acciones complejas que reconozcan la diversidad e interacción entre actores y niveles, los resultados esperados y las implicaciones que se derivan de dichas acciones.

A partir de la trayectoria institucional y del aprovechamiento de las redes y convenios con instituciones de orden nacional e internacional, se proyecta que el doctorado formará líderes en salud pública, que cuenten con las capacidades académicas e investigativas para identificar problemas relevantes en dicho campo, que propenderán por la identificación e implementación rigurosa de alternativas de solución con un enfoque interdisciplinario.

LA SALUD PÚBLICA EN EL CENTRO ACADÉMICO EN CALIDAD DE VIDA

Ha existido y permanece aún una supuesta disociación entre el quehacer clínico y el quehacer de la salud pública. Es una separación artificial, porque el impacto de la clínica es muy significativo sobre la salud colectiva. La atención a las necesidades en salud de las personas, en una institución hospitalaria primaria o complementaria¹, hace parte de la respuesta social organizada, que se construye mediante el conocimiento y las estrategias de la salud pública.

Un centro académico en salud, como expresión de un Centro Académico en Calidad de Vida, impacta la salud pública. No solo cuando resuelve una problemática, mediante una cirugía o un tratamiento, sino cuando desarrolla procesos de investigación, cuando crea conocimiento y cuando es capaz de lograr innovación para el beneficio de la comunidad. Y es precisamente mediante la investigación que se puede cambiar la realidad y mejorar las condiciones de vida de las personas. El gran reto contemporáneo de las instituciones de excelencia en investiga-

1. Esta es la clasificación que aparece en la Política de Atención Integral en Salud en Colombia (PAIS), promulgada en el año 2016.

ción en salud es trasladar sus descubrimientos y sus creaciones a lo cotidiano de las personas, mediante respuestas más acertadas a sus necesidades. La investigación que no se sustenta y que no dialoga con su contexto social, económico, cultural y político tiende a quedar aislada y a no trascender más allá de los debates de personas expertas y de las publicaciones científicas.

Tal como se señala en otros de los capítulos de este libro, un Centro Académico en Salud opera en una red de servicios. Su propósito es mejorar la salud al brindar atención integrada de alta calidad¹, que está asegurada desde un liderazgo clínico, un trabajo en equipo y una participación activa de los pacientes, y sus familias, en el cuidado de la salud. Dada esta condición, su modelo de atención incluye un enfoque poblacional. El enfoque poblacional, en términos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, supone:

1. Organización en red de servicios.
2. Conocimiento de la estructura y dinámica demográfica de los afiliados asignados.
3. El registro, sistematización y análisis de las actividades realizadas en los pacientes con ocasión de la prestación de servicios.
4. Configuración de un perfil epidemiológico de la población atendida.
5. Información clara y precisa, útil para la toma de decisiones clínicas y de salud pública que permitirán la formulación, seguimiento y evaluación de políticas institucionales.
6. Definición de alianzas estratégicas entre Estado, empresas y universidad, cuyo propósito superior sea el beneficio de los pacientes.
7. Responsabilidad institucional frente a las decisiones tomadas y las acciones adelantadas.
8. Participación activa de los pacientes, y sus familias, en el cuidado de la salud.
9. Mejora en el estado de salud y en la calidad de vida de las personas, familias y comunidades que atiende.

Desde la salud pública, el enfoque poblacional revela cualidad y cantidad. Cualidad que permite retroalimentar el modelo de atención produciendo cambios institucionales que llevan a una mejor organización de la prestación de los servicios. De la misma forma, propicia la formulación de nuevas políticas y ajuste de estrategias y acciones. Así mismo, la continuidad en la atención, rasgo distintivo de una red, genera vínculos, afectaciones y dependencias mutuas, entre los servicios dispuestos y los pacientes que acuden a ellos.

Por otra parte, el significado mismo de la noción “población” expresa cuantificación, grandes números, objetividad estadística, distribución normal; es la fuente para el desarrollo tanto de la medicina como de la salud pública basada en la evidencia. Los estudios poblacionales son fuente importante para el desarrollo de la investigación traslacional y la medicina personalizada.

La información que arroja la dimensión poblacional consolida el liderazgo en la acción y la investigación clínica; la atención integrada, la cooperación entre los componentes de la red; la reducción de los tiempos de hospitalización; la corresponsabilidad de los pacientes en el cuidado de la salud; el desarrollo de programas de atención que buscan mejores desenlaces en la salud individual y comunitaria (por ejemplo los programas de atención a enfermos crónicos); el uso racional de los recursos de acuerdo con criterios de costo-efectividad; la información, comunicación y educación en salud tanto al in-

terior de la organización como hacia pacientes y sus familias, y finalmente, el desarrollo de la investigación traslacional y de salud pública.

Un Centro Académico en Salud hace salud pública a propósito de su enfoque poblacional y, en tanto se comporta como una institución social, participa de la construcción de lo público, del bien común que es la salud de individuos y colectivos. De cara al reconocimiento de la necesidad de formar talento humano en salud pública de las más altas calidades, evidenciadas en la formación de habilidades para el reconocimiento de necesidades, el diseño de intervenciones basadas en evidencia y en el desarrollo de competencias profesionales acordes con los entornos de desempeño, la salud pública implica incluir una visión que involucre distintas instancias: los trabajadores de la salud, quienes cuentan con la orientación y experiencia para trabajar con las comunidades locales; los profesionales especializados y generalistas de alto nivel, y líderes tomadores de decisiones en todos los niveles, por mencionar algunos.

Dado lo anterior, los vasos comunicantes de la formación e investigación en salud pública, como actividades que se han desarrollado a lo largo de la historia de la universidad y que se concretan en la reciente apertura del Doctorado en Salud Pública, tendrán un lugar en el Centro Académico en Calidad de Vida, pues este será un espacio privilegiado para la realización tanto de investigaciones como de intervenciones en este campo.

REFLEXIONES PARA LA INVESTIGACIÓN Y LA ACCIÓN

Si bien en el fundamento de la promoción en salud, uno de los pilares tradicionales de la salud pública, se encuentra la constatación de que los principales problemas en salud de los grupos y las poblaciones no son resueltos de manera suficiente ni exclusiva al interior de las instituciones de salud, tal como se reportó en el Informe de Marc Lalonde en 1981, el Centro Académico en Calidad de Vida constituye una oportunidad de oro para realizar acciones que impacten de forma concreta los servicios de salud. Contar con la perspectiva de la salud pública, incluso desde el momento mismo del diseño del Centro Académico, es fundamental, pues el abordaje de la atención en salud es la mejor forma de comprender, y posteriormente intervenir, las acciones concretas que desarrolla el personal de salud y en las cuales se expresan los dispositivos de la salud pública que generalmente son planteados en un nivel superior. Todo lo anterior, en seguimiento del compromiso institucional con el desarrollo de acciones encaminadas a la calidad de vida y el bienestar, tanto de las personas que se atenderán como del personal de salud.

Es importante hacer explícito que la propuesta anteriormente presentada se construye con otros. Otros que son las co-

munidades, las instituciones sociales y que son, sin duda, y cada vez más, las personas y entidades que se encuentran más allá de las fronteras nacionales. El conocimiento se construye en redes que van ganando conexiones y van ampliando su alcance. Este es el otro gran reto de la formación en un Centro Académico en Calidad de Vida. Por ello, se dispone hoy de los recursos y del capital humano para esta conversación permanente, personal y virtual, sobre lo que a todos nos preocupa y nos motiva. La salud pública se afianza hoy en el lenguaje de la salud global, en contextos y territorios que son diferentes, por supuesto, pero que son similares también en muchos aspectos. Es muy importante reconocer la diferencia, pero es más importante aún encontrar lo que nos es común y crear desde esas coincidencias. Porque la salud pública es un gran centro de atracción de saberes, prácticas, disciplinas y estrategias que se materializan en la acción colectiva, con expresiones simultáneas e interconectadas en lo local y en lo global. Y precisamente esta característica es la que abre un escenario de posibilidades de construcción de nuevas miradas y nuevas perspectivas para la formación académica y la calidad de vida. Es lo que, en últimas, le abre paso a la innovación como proceso social que emerge de la interacción humana consciente, crítica y en permanente diálogo. Estos postulados orientan los programas de Maestría y Doctorado en Salud Pública en la Universidad El Bosque y enmarcan los acercamientos que se darán entre estos programas y las distintas actividades del nuevo hospital como centro de formación y de investigación al servicio de la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Arcaya, M.; Arcaya, A. y Subramanian, S. (2015). Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(4), 261-271.
- Bauman, Z. (2001). *En busca de la política*. México DF, México: Fondo de Cultura Económica.
- Cárdenas, H. (2016). Medicina comunitaria: entrelazamiento de lo biomédico y lo social. En H. Cárdenas (Comp.). *El enfoque Biopsicosocial y Cultural en la formación de los profesionales de la salud en la Universidad El Bosque: procedencias, despliegues y desafíos*. Colección Médica, 52 (pp. 11-188). Bogotá, Colombia: Editorial Universidad El Bosque.
- Cardona, A. y Franco, A (2006). La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(2), 107-114.
- Colmenares, C. y Eslava, J. (2013). Salud de la población desde la perspectiva de los determinantes sociales en salud. *Revista Salud Bosque*, 3(1), 75-80.
- Curtis, L.M., y Marx, J.H. (2008). Untapped Resources: Exploring the Need to Invest in Doctor of Public Health–Degree Training and Leadership Development. *American Journal of Public Health*, 98(9), 1547-1549.
- Emmons, K.M.; Viswanath, K. y Colditz, G.A. (2008). The role of trans-

- disciplinary collaboration in translating and disseminating health research: lessons learned and exemplars of success. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2), S204-S210.
- Escobar, J. (1984). *Fundación Escuela Colombiana de Medicina. Filosofía de un programa. Colección Educación Médica. Vol. 1.* Bogotá, Colombia: Editorial Kimpres.
- Fielding, J. (2013). Health education 2.0: the next generation of health education practice. *Health Education & Behavior*, 40(5), 513-519.
- Hallett, J.; Crawford, G.; Pollard, C. y Hannelly, T. (2016). Behavioural, nutritional and environmental determinants and public health. En: P. Liamputtong (Ed.). *Public Health: Local and Global Perspectives* (pp. 113-31). Melbourne, Australia: Cambridge University Press.
- Hambling, T. (2011). A review of frameworks for developing environmental health indicators for climate change and health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(1), 1-22.
- Jácome, S. (1999). Educación en salud: una utopía posible. En J. Escobar (Ed.), *Bioética y justicia sanitaria. Colección Bios y Ethos* (pp. 65-74). Bogotá, Colombia: Editorial Universidad El Bosque.
- Lalonde, M. (1981). *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document.* Ottawa, Canadá: Minister of National of Health and Welfare.
- Matiz, H. (2016). Formación y difusión del enfoque Biopsicosocial y Cultural en la Universidad El Bosque. En H. Cárdenas (Comp.). *El enfoque Biopsicosocial y Cultural en la formación de los profesionales de la salud en la Universidad El Bosque: procedencias, despliegues y desafíos. Colección Médica*, 52 (pp. 47-68). Bogotá, Colombia: Editorial Universidad El Bosque.
- Montero-Rojas, E. (2004). Marco conceptual para la evaluación de progra-

- mas de salud. *Población y Salud en Mesoamérica*, 1(2), 1-16.
- Nagel Thomas. (2006). *Igualdad y parcialidad. Bases éticas de la teoría política*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Rabbani, F.; Shipton, L.; White, F.; Nuwayhid, I.; London, L.; Ghaffar, A.; Ha, B.; Tomson, G.; Rimal, R.; Islam, A.; Takian, A.; Wong, S.; Zaidi, S.; Khan, K.; Karmaliani, R.; Abbasi, I. y Abbas, F. (2016). Schools of public health in low and middle-income countries: an imperative investment for improving the health of populations? *BMC Public Health*, 16(1), 941.
- Repullo, J. y Segura, A. (2006). Salud pública y sostenibilidad de los sistemas de salud. *Revista Española de Salud Pública*, 80, 475-482.
- Sánchez, R. (2015). La Universidad El Bosque como un centro académico de salud. *Revista Salud Bosque*, 5(2), 5-6.
- Universidad El Bosque. (2015). Doctorado en Salud Pública. Documento Maestro para la solicitud del registro calificado. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- (2016-a). Plan de Desarrollo Institucional 2016-2021. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- (2016-b). Plan de desarrollo Facultad de Medicina Escuela Colombiana de Medicina 2016-2021. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- (2017). Maestría en Salud Pública. Documento Maestro para la renovación del registro calificado. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- Valladares, L.M. y Ávila, M.H. (2015). Innovations in Graduate Public Health Education: The Instituto Nacional de Salud Pública. *American Journal of Public Health*, 105(S1), S88-S91.
- Wartman, S. (2015). *The Transformation of Academic Health Centers: Meeting the Challenges of Healthcare's Changing Landscape*. Estados Unidos: Academic Press.
- White, F. (2013). The Imperative of Public Health Education: A Global Perspective. *Medical Principles Practice*, 22, 515-529.
- World Health Organization. (2011). *WHO Public Health y Environment Global Strategy Overview*. Ginebra, Suiza: WHO.











ALIANZAS PARA EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO EL BOSQUE - COMPENSAR

NÉSTOR
RODRÍGUEZ

MARTHA
GIRALDO DE TRUJILLO

RAFAEL
SÁNCHEZ PARÍS



PREÁMBULO

La vida solamente es posible en redes. Desde sus orígenes, los organismos se han valido de una permanente y compleja interacción con otros y con las condiciones específicas de su entorno. Solo de esta manera, mediante el tejido de una tupida red de interacciones es que la vida ha podido desarrollarse sobre nuestro planeta. Y en medio de la gran diversidad biológica desplegada, algunos organismos han consolidado estrategias de supervivencia que involucra el desarrollo de comunidades en diversos grados de complejidad, útiles para adaptarse y prosperar con el respaldo de sus congéneres. Desde este punto de vista, la especie humana ha centrado su estrategia de supervivencia y consolidación natural en la conformación de agrupaciones comunales de alta complejidad a las que hemos dado el nombre de sociedades.

El ser humano es un organismo eminentemente social, toda su existencia gira en torno a conformar y sostener una red de relaciones esenciales con los demás individuos, que le permiten desarrollarse personalmente, imaginar su futuro y soportar su presente. Desde este punto de vista, la cultura, la educación, la salud, el bienestar, el desarrollo profesional, la creación, la ciencia y la tecnología, como aspectos esencialmente humanos, son actividades que por ellas mismas se constituyen en redes de

relaciones e interacciones y conforman la gran red social que soporta el desarrollo de nuestra especie. Así pues, al igual que la vida, la cultura y la sociedad también se generan en redes.

Lo que las redes aportan a la convivencia y el desarrollo de los individuos es más que un soporte o apoyo mutuo para la supervivencia. Tal vez lo más importante tiene que ver con la lógica de su conformación. Las redes no son estáticas, cerradas y definitivas, son, por el contrario, dinámicas, están permanentemente en construcción, son ricas, complejas y nos descubren constantemente nuevas y diversas posibilidades. Por esta razón, el trabajo en redes se constituye en la forma más eficiente y eficaz para lograr objetivos. Sin embargo, por su misma constitución, el trabajo en redes nos exige actualizar, modificar, reconstruir y esbozar permanentemente nuevos y mejores objetivos.



Figura 1. Inauguración de la alianza entre la Universidad El Bosque y Compensar, junio de 2015.

LA ALIANZA: MÁS ALLÁ DE UN SERVICIO

La alianza entre la Universidad El Bosque y Compensar obedece primordialmente a la construcción de una red dinámica de interacciones; una red fuerte, no solo de prestación de servicios de salud, sino de formación, investigación y creación de una comunidad académica y empresarial. Esta red pretende ampliar los límites de la labor de ambas instituciones, al aportar en su desarrollo y entregar mayores posibilidades de consolidación. Queremos generar conocimiento, confianza, investigación; una serie de elementos que nos permitan lograr un mayor impacto en la calidad de vida y la salud de nuestra comunidad.

A partir de algo básico como es el cuidado clínico de los pacientes, queremos llegar a abordar la salud y la calidad de vida de la persona en su totalidad, de manera integral, mediante un modelo de servicio centrado en los pacientes y sus familias, soportado con toda la experiencia en formación e investigación de las múltiples áreas del conocimiento que conforman la Universidad El Bosque y la experiencia en el servicio y el desarrollo de redes de apoyo de Compensar. Esto claramente va más allá de un cuidado clínico y se consolida como un abordaje integral del bienestar y la calidad de vida de las personas que integran nuestra comunidad de influencia. Desde este punto de vista, el hospital hará parte de una Red Integrada de Servicios, lo cual permitirá a pacientes y familias una orientación oportuna y ágil para una atención integral y resolutive, pero al mismo tiempo estará soportado por una red académica y de investigación que garantizará el mejor conocimiento, las más actualizadas metodologías y tratamientos para la atención integral.

FUNDAMENTOS DE LA ALIANZA

Tenemos pleno convencimiento de que fraccionar y dividir no es un ejercicio provechoso para la construcción de tejido social. Si de verdad se desea impactar positivamente en la salud, la educación y la investigación de los colombianos, lo mejor que podemos hacer es unir esfuerzos y trabajar conjuntamente desde nuestra experiencia. Mediante el aporte de lo mejor de cada quien para construir un mejor presente y proponer un futuro soñado por todos. Tenemos la convicción de que para construir sociedad y prestar un servicio, se requiere de alianzas; que sobre la confianza mutua y el respeto a la diversidad, mediante la búsqueda de objetivos comunes se erija en la posibilidad de alcanzar éticamente los objetivos sociales de nuestra instituciones. Cuando se ejerce una labor de manera aislada, cerrada y especializada, no se suelen alcanzar los mismos resultados que cuando colaboran dos actores con un mismo objetivo.

La Universidad El Bosque y Compensar tienen valores en común, entre los que debemos resaltar la formación y la atención humanista, que asume a la persona como fin en sí misma y busca los medios adecuados que salvaguarden su bienestar y su vida, junto con el de su familia. Entendemos al ser humano como un ser complejo, que tiene necesidades a nivel biológico, social, clínico, afectivo, psicológico y cultural. Justamente esta complejidad, que la Universidad ha abordado a través de su enfoque Biopsicosocial y Cultural, en todas sus áreas del conocimiento, vincula a Compensar con la misma razón de ser. Es decir, la bús-

queda de generar mejores condiciones de calidad de vida, desde un actuar ético, científico y social.

Nuestras dos instituciones, al estar constituidas como entidades sin ánimo de lucro, tienen esta vocación de servicio humanitario a la comunidad. No se trata de tener como interés añadido la formación humanista; se trata de que la formación humanista es el centro de nuestra labor, el soporte gracias al cual se definen todos nuestros objetivos, académicos, de investigación y de servicio.

Estamos convencidos de que el presente libro, más que conmemorar los cuarenta años de la Universidad El Bosque, presenta una propuesta a futuro en la que la Universidad y sus aliados constituyen un robusto Centro Académico en Calidad de Vida, que como una red de prestación de servicio, formación de alto nivel y de investigación en diversas áreas del conocimiento, no únicamente las que tiene que ver con las ciencias de la salud, se consolide en la mejor estrategia para lograr una mejor sociedad, justa, respetuosa con la diversidad, con servicios de salud de calidad, accesibles y con propuestas educativas de gran alcance internacional y de pertinencia social.

Esta alianza que hemos conformado busca constituirse en un modelo a seguir en la prestación del servicio, el desarrollo académico y la investigación. La alianza es el resultado del proyecto que la Universidad El Bosque siempre ha tenido desde su fundación hace cuatro décadas, cuando inició sus labores como Clínica El Bosque; pensando en la salud de la comunidad, pero con profundos intereses académicos y de formación para que los servicios prestados por la clínica se perfeccionaran, enriquecieran y adecuaran a las necesidades de la población, con el mantenimiento de altos estándares de calidad. Como lo expresa el lema de la Universidad El Bosque, nuestra apuesta siempre ha sido por la vida, su calidad y su sentido, y creemos que en el ámbito de la salud humana se da la mejor práctica para mejorar estos tres aspectos a través de una prestación de servicios óptima, una educación competente y una investigación de calidad.

Esta gran alianza no se dio como resultado de un arduo proceso de búsqueda, licitación o convocatoria exhaustiva. Como suelen ser las cosas en la vida, la alianza se dio a través de un

Figura 2. El rector de la Universidad El Bosque, Rafael Sánchez, y el Presidente de Compensar, Néstor Rodríguez, sellan la alianza entre las dos instituciones.



encuentro ameno, lleno de confianza y de intereses sociales compartidos. Tuvimos la oportunidad de unir dos instituciones de gran reconocimiento en la sociedad con una misma forma de ver el sector salud y la prestación del servicio. La empatía tuvo mucho que ver en la generación de este lazo, puesto que siempre es sobre la confianza sobre la que se construyen los proyectos y el tejido social que vale la pena desarrollar, pues son este tipo de proyectos los que entregan resultados positivos a nuestra comunidad.

Esta alianza se plasmó en un convenio denominado “Marco de colaboración”, que establece los principios generales de la relación entre las dos organizaciones y que tiene como componente central la construcción del Hospital Universitario. Esta construcción de confianza no es un proceso exclusivo de consensos, pues hemos pasado por diferencias y dificultades, pero la definición de criterios de construcción de tejido social ha sido más fuerte que las diferencias encontradas. La calidad de vida, el bienestar y la salud de la comunidad son el estandarte en común de nuestras dos instituciones.

EL GRAN OBJETIVO

Así pues, queremos mejorar la calidad de vida de los colombianos. Para lograr este objetivo, tanto la Universidad El Bosque como Compensar comparten el mismo enfoque de servicio al país, el interés permanente por construir tejido social de la mejor forma. Compensar es una organización con capacidad de generar gobierno compartido dentro de una red compleja de prestadores de servicio y ambientes que buscan el mejor bienestar de la población, e igualmente, entiende que hay que generar prevención, promoción y atención primaria. La Universidad El Bosque también ha asumido esta misión desde su primera época como Escuela Colombiana de Medicina, en cuanto a que se ha interesado por construir nuevo conocimiento relacionado con las ciencias de la salud y ha buscado desarrollar nuevas y mejores metodologías de enseñanza y formación en la medicina, la enfermería, la odontología y un amplio rango de especialidades. Esta oportunidad de crear una red entre dos instituciones con tanto en común no se podía dejar pasar, así que de manera responsable se han generado los convenios correspondientes con objetivos claros y concretos que respetan la identidad de cada una de las instituciones y aportan lo mejor de las dos para el desarrollo de este importante proyecto.

LOS RETOS DE NUESTRA ALIANZA

Nuestras dos instituciones comparten la necesidad de mejorar un sistema de salud que desde hace años exige cambios. La Ley 100 de 1993 marcó un hito en el sistema de salud en Colombia y, en este sentido, debemos recalcar que esto no ha sido un obstáculo para la consolidación de la alianza; al contrario, podemos decir que gracias a este hito es que se ha consolidado la alianza, pues creemos que solo con el trabajo mancomunado entre nuestras instituciones se pueden construir y consolidar soluciones de gran urgencia para nuestra comunidad. Es decir que es gracias a las dificultades, a los retos, a los obstáculos de esta ley que una alianza como la nuestra se logra materializar a través del Hospital Universitario El Bosque - Compensar. Si no tuviéramos dificultades y un sistema de salud que pide a gritos una mejora, ¿qué mérito habría en nuestra labor?

Justamente, uno de los aspectos que más ha perjudicado al sistema de salud configurado en la Ley 100 de 1993 es la relación entre los diferentes actores en el área de la salud. Hemos visto cómo cada uno trabaja en favor de sus propios intereses y no cómo colabora con los demás actores para mejorar conjuntamente el sistema en su conjunto. En esta alianza, como se dijo anteriormente, no queremos fraccionar ni trabajar por separado, sino que nos proponemos diseñar estrategias adecuadas y eficientes mediante el aprovechamiento de la experiencia, el conocimiento y los recursos disponibles de cada una de las dos instituciones, para el logro de nuestros objetivos eminentemente sociales. Si ya tenemos varios aspectos en común y una visión

humanista de la prestación de servicios en salud, dirigimos por el mismo camino no es más que una consecuencia natural del desarrollo de cada una de las instituciones.

Claramente, este proyecto tendría varios retos. Además de lo ya mencionado acerca de mejorar un sistema de salud complejo como el nuestro, el principal reto de este proyecto materializado a través de la alianza es poner en práctica un equipo humano ideal, formado a través del humanismo y la ética profesional, porque una cosa es el concepto y la intención de formar profesionales humanos y humanas que presten un servicio de calidad a las personas, y otra cosa es materializarlo.

Para ponerlo en forma de analogía, esta alianza es como la conformación de un equipo de fútbol. Pasará un buen tiempo, varios entrenamientos, conocimiento mutuo entre quienes integran el equipo, y sobre todo, coordinación y orientación hacia el mismo objetivo, para que este tenga excelentes resultados. De esa misma forma pretende actuar la alianza. Formar ese equipo humano de alta calidad y de profundas consideraciones sociales requerirá paciencia. Nuestra alianza ya tiene abonado gran parte de este terreno para hacer realidad el proyecto del Centro Académico en Calidad de Vida.

Tenemos un elemento diferenciador: la formación humanista y la mejora de la calidad de vida de las personas. La razón por la cual este enfoque no ha sido abordado por otras instituciones no creemos que se deba a falta de interés, sino a la gran complejidad de este proyecto. Es un reto enorme, pero justamente esta dificultad constituye un motor para poner en marcha el proyecto y todos los esfuerzos de la alianza.

No dudamos, sin embargo, que a pesar de las dificultades nuestro proyecto será exitoso. Visto lo construido hasta el momento, en la confianza entre nuestros dos actores, y sobre todo, en que compartimos la misma razón de ser, no tenemos ninguna duda en que los frutos de la alianza serán tan grandes como nuestras ambiciones. La calidad de vida es un compromiso compartido por La Universidad El Bosque y por Compensar. El Centro Académico en Calidad de Vida, que nace a partir de esta alianza, quiere convertirse en un referente en salud, educación e investigación para todo el país.

Figura 3. El Dr. Gerardo Aristizábal firma una de las piedras que simbolizan la creación de la alianza.



EL HOSPITAL UNIVERSITARIO, UN PROYECTO ACADÉMICO Y DE INVESTIGACIÓN

No se trata solamente de vincular a los profesionales del área de la salud, lo cual es más que obvio en la construcción de un hospital de este tipo. Trabajamos con otras disciplinas, de ahí la alianza, por ejemplo, con la Facultad de Ingeniería, la Facultad de Diseño, el Departamento de Humanidades y el Departamento de Bioética.

Las reflexiones hechas a partir de las humanidades y la bioética alrededor del trato hacia los pacientes y sus familias son necesarias para la puesta en marcha del Hospital Universitario. Igualmente, en la parte ambiental, la labor del Programa

de Ingeniería Ambiental ha sido fundamental para la planeación del manejo de residuos hospitalarios. Y en la parte del diseño hemos trabajado en la innovación y creación de escenarios que sean diferenciales en la prestación del servicio. Las posibilidades están abiertas, la oferta académica de la Universidad El Bosque está dada para que pueda vincularse el trabajo académico e investigativo de las facultades y departamentos con la labor del hospital en particular y del Centro Académico en Calidad de Vida en general.

Compensar tiene hoy una población establecida de pacientes y usuarios. La Universidad El Bosque, por su parte, tiene una oferta académica consolidada y unas líneas de investigación reconocidas nacional e internacionalmente. Si estas características se dirigen a esa población, se podrían obtener mejores resultados en la calidad de vida y el bienestar integral. Como se ha afirmado, impactar positivamente a las personas es más que brindarles atención médica, tiene que ver con pensar la salud desde un punto de vista general e integral, en el que la situación de sus familias es importante, al igual que lo son los distintos aspectos que constituyen a una persona, desde los biológicos, pasando por psicológicos, culturales, económicos y sociales. Para este propósito se necesitan profesionales en psicología, medicina, enfermería, estadística, ingeniería, filosofía, etc. Es una oportunidad única que se nos presenta a través de esta alianza.

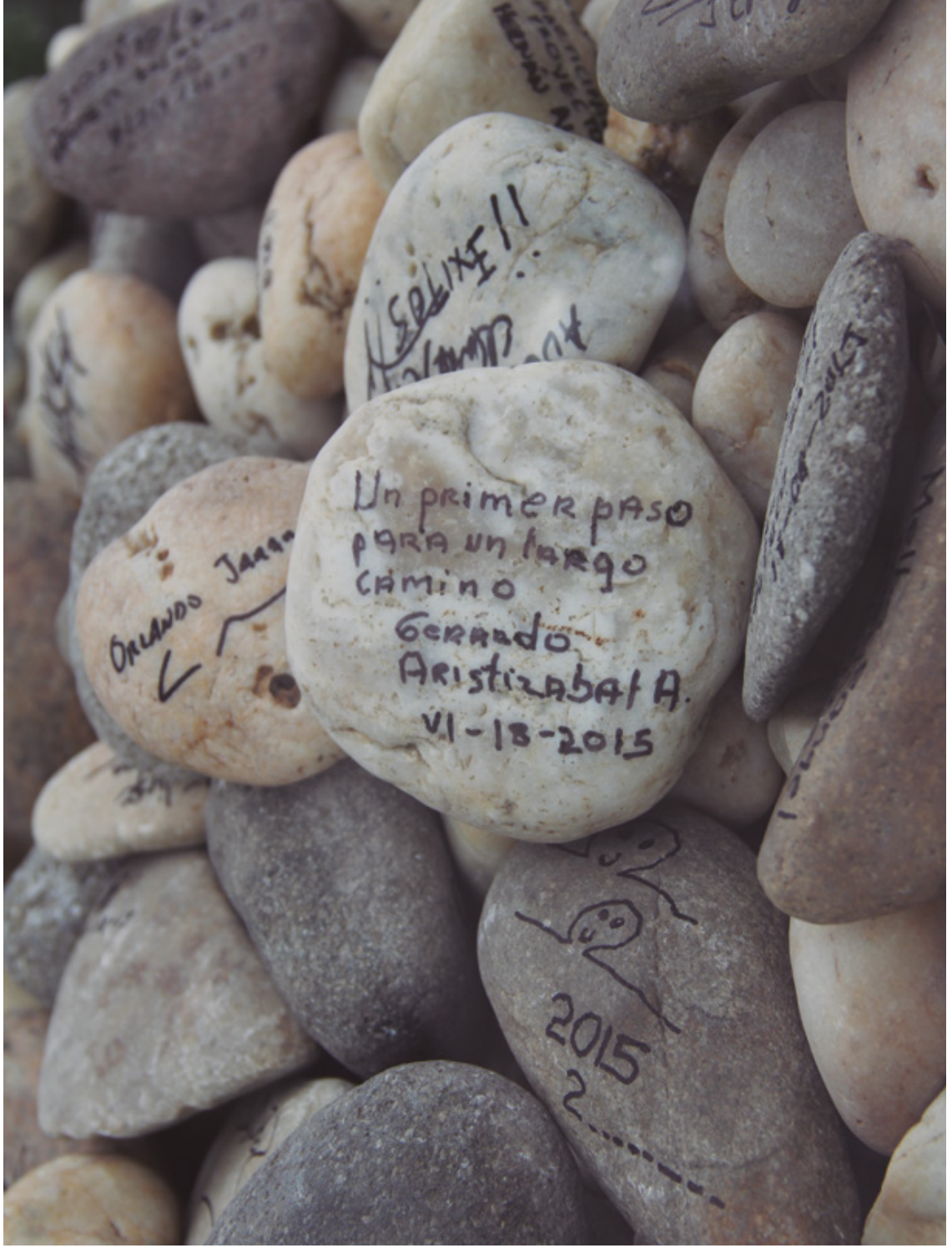
El Centro Académico en Calidad de Vida, que es la apuesta central de la Universidad El Bosque, es fruto de la labor de la Universidad y de esta alianza con Compensar. Queremos, a través de este centro, mejorar la calidad de vida de la comunidad universitaria y de las personas afiliadas a Compensar, hasta llegar a la comunidad en general. Si tenemos un impacto positivo, y además nuestro modelo se convierte en ejemplo a seguir, podríamos decir que nuestro proyecto es exitoso y su futuro le deparará a la comunidad mayores logros.

CONCLUSIÓN

Si se nos pidiera sintetizar lo que representa esta gran alianza, sin duda lo haríamos a través de las palabras “esfuerzo”, “compromiso” y “proyección”. Nos hemos esforzado en crear una red de servicio, formación e investigación guiada siempre por el compromiso compartido con la calidad de vida y el bienestar de los colombianos. Esta alianza se materializa con la construcción del Hospital Universitario El Bosque - Compensar y se proyecta hacia el futuro como un referente no solo en el tema de la salud, sino en todo aquello que es relevante para el ser humano y el medio ambiente que lo rodea.

No estamos celebrando los cuarenta años de la Universidad El Bosque a través de una mirada a nuestro pasado; estamos conmemorando lo que vendrá en el futuro: un inmenso y a la vez gratificante reto que tanto a Compensar como a la Universidad El Bosque nos llena de orgullo.

Figura 4. Piedra con el mensaje del Dr. Aristizábal dedicado a la alianza El Bosque - Compensar.







TRABAJO EN REDES INTEGRADAS
DE SERVICIOS DE SALUD. LA ESTRATEGIA PARA
LOS SIGUIENTES CUARENTA AÑOS

MAURICIO
SERRA TAMAYO

La Universidad El Bosque, en la celebración de sus cuarenta años, nos invita a asumir el reto de escribir este capítulo sobre Redes Integradas de Servicio de Salud (RISS), no desde la visión de lo que se ha hecho, sino desde la forma en la que las redes se pueden convertir en la estrategia diferencial y dinamizadora de futuro para el sistema de salud colombiano, para la Universidad El Bosque, en su quehacer dentro del área de la salud; para la aseguradora Compensar, empresa de gran importancia en el país, y en especial en Bogotá, y finalmente para el Hospital Universitario, que surge como un esfuerzo conjunto de gran magnitud entre las dos instituciones Compensar y la Universidad El Bosque.

El presente capítulo tiene como propósito recoger la experiencia que Compensar ha desarrollado en la gestión del riesgo en salud y la conformación de RISS como los dos pilares fundamentales de su modelo de atención y, a partir de esta, hacer algunos planteamientos teóricos en cuanto a la conveniencia de esta forma de trabajo para el sistema de salud colombiano y nuestras instituciones. Por último, se busca proponer esta forma de trabajo como una apuesta para el quehacer del Hospital Universitario en el entorno de una RISS y en una red de profesionales de la salud, vinculados con la investigación y la docencia, que hacen parte de redes de conocimiento que aportan decididamente en la calidad y en la pertinencia de la atención a los usuarios.

COMPENSAR Y SU EXPERIENCIA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Compensar inició su trabajo de conceptualización e implementación de la estrategia de RISS a finales de 2012. Se llega a la decisión institucional de implementar las redes luego de una reflexión profunda basada en tres aspectos fundamentales:

- La fragmentación del sistemas de salud colombiano, en el cual los ciudadanos afiliados y su salud no estaban en el centro de la gestión de aseguradores y prestadores y, por el contrario, los temas contractuales, tarifarios y administrativos relacionados con el pago y las glosas ocupaban las agendas de estos y generaban cada vez más desconfianza.
- La estructuración de un árbol de problemas y objetivos en torno a los resultados económicos y en salud que se tenían en la Entidad Promotora de Salud (EPS). En este árbol se destacaba la falta de orientación hacia el objetivo de tener una población sana y a controlar a la población enferma; la poca articulación entre los diferentes eslabones de la cadena de producción de servicios; la redundancia de servicios que no agregaban ningún valor a los afiliados; la ausencia de comunicación entre las instituciones ambulatorias y hospitalarias, y entre sus profesionales, y la poca información sobre resultados

de salud individual de los usuarios que estuviera disponible para cada profesional tratante, en tiempo real, entre otros. Estas situaciones llevaron a pensar que se deberían generar cambios en la forma de actuar y relacionarnos como aseguradores dentro de nuestra red de prestadores.

- La búsqueda sistemática de experiencias exitosas en otros países, sistemas y aseguradores que nos llevó a conocer las redes en Barcelona (España), por medio del Consorcio Sanitario de Cataluña, la aseguradora Kaiser Permanente en California (Estados Unidos) y el sistemas de salud en British Columbia (Canadá), lo que nos permitió establecer los principios básicos de lo que debería ser nuestro modelo de RISS.

Los procesos de conceptualización, definición e implementación de la RISS se dieron en el entorno de un proceso de liderazgo transformador y adaptativo en el cual participaron cerca de cuarenta instituciones prestadoras de servicios ambulatorios y hospitalarios que hacían parte de la red prestadora y la EPS. Posiblemente lo más importante de este proceso fue el haber construido un propósito superior para la red, que tiene sentido para todos los prestadores y a la aseguradora: “brindar una experiencia gratificante a los ciudadanos, lograr adecuados resultados en salud individual y colectiva, y de tal forma lograr la sostenibilidad financiera”. La importancia de este propósito superior radica en que con él se rompe la idea de que el asegurador y el prestador tienen intereses opuestos y por tanto deben estar permanentemente en disputa. Por el contrario, con este ejercicio se pone en el centro de nuestro quehacer a los ciudadanos, garantizándoles una experiencia gratificante y buenos resultados en salud, de manera que tanto aseguradores como prestadores trabajen al unísono por lograr este propósito y como consecuencia se llegue a la sostenibilidad financiera.

Otro aspecto de gran relevancia que se definió en este ejercicio fue el entender que la sostenibilidad financiera era posible solamente si se lograba que los recursos asignados por el sistema de salud en la Unidad de Pago por Capitación fueran

suficientes para hacer la gestión de los afiliados. Esto solamente se logrará con una adecuada gestión del riesgo en salud y con eficiencia y racionalidad en el uso de los recursos.

Luego de tener una concertación sobre el propósito de la red, se fueron debelando unos principios rectores que estaban detrás de todo lo que proponía y que describo a continuación:

VOLVER A LA ESENCIA, EL ARTE DE LA MEDICINA

Cada persona afiliada debe tener a su disposición un médico personal y un equipo de atención primaria que esté encargado de velar por promover hábitos saludables, gestionar sus factores de riesgo y tratar de controlar sus enfermedades. Con esto se debe volver al “Arte de la medicina” entendida esta como la forma en la que el médico establece la relación con los pacientes como seres humanos que tienen relaciones familiares, laborales y sociales únicas, que los hacen irrepetibles. El entendimiento de estas características permite comprender el entorno de los pacientes y formular un plan terapéutico acorde con el mismo.

Como complemento a lo que hemos definido como “Arte de la medicina”, se plantean al respecto, para las RISS, algunas reflexiones de los padres de la medicina:

“El arte médico surge de la interdependencia mutua entre el saber teórico y el saber práctico”.

“Nos dice que el paciente no acude a la consulta solo en busca de la curación de su enfermedad; busca también, y de manera fundamental, alivio, consuelo, comprensión y apoyo”.

“El acto médico trasciende la aplicación de información científica. Surge en él una dimensión interpersonal desde donde se forja la atmósfera terapéutica, ingrediente fundamental para el logro de una medicina efectiva”.

“La ayuda que proporciona el médico al paciente para modificar sus condiciones de vida se materializa mediante el consejo médico, esa figura dialógica que expresa la relación”.

En resumen, hemos definido lo antes planteado como la acción de volver a la esencia y a la humanización del servicio. Consideramos dicha acción de gran importancia en estos momentos de enorme desarrollo del conocimiento de la evidencia científica, fundamental para el ejercicio de la medicina, pero que no es posible, de ninguna forma, sin dar igual sentido e importancia al arte de la medicina.

LA RED ES MUCHO MÁS QUE LAS INSTITUCIONES; SON SERES HUMANOS CONECTADOS EN TORNO A UN PROPÓSITO SUPERIOR

Si bien es cierto que las RISS están conformadas por instituciones de salud y se definen como una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve, para nuestra experiencia de redes ha sido fundamental la concepción de ir más allá de las instituciones y velar por la construcción de redes de seres humanos y profesionales que se movilicen por un propósito superior, para lograr los resultados propuestos. Esto permite la sostenibilidad de la red y, al generar una comunicación asertiva, facilita la solución de los problemas de los afiliados, a la vez que facilita la innovación.

MANTENER LA SALUD Y CONTROLAR LA ENFERMEDAD

Si bien es cierto que en la normatividad de nuestro sistema de salud se habla permanentemente del mantenimiento de la salud y el control de la enfermedad, cuando se revisa en la práctica, se encuentra que aún falta mucho para volcar el esfuerzo de las aseguradoras y las instituciones prestadoras, de una forma

articulada, hacia el dicho objetivo, para ir más allá de las denominadas “actividades de promoción y prevención (PyP)”.

En Compensar, el modelo de atención tiene como objetivo mantener saludable a la población afiliada; detectar de forma temprana y atender oportunamente las patologías agudas y crónicas; evitar secuelas y complicaciones, y rehabilitar a las personas que han visto comprometida su funcionalidad. Desde el enfoque de determinantes de la salud, donde se trasciende el entorno sanitario, busca abordar al ser humano de manera holística y permear los distintos ámbitos donde se desarrollan la vida de las personas, lo que permite no solo atender enfermedades, sino también intervenir problemas de salud.

La gestión del riesgo en salud se expresa en dos estrategias: los pilares del modelo y la gestión de cohortes, las cuales buscan intervenir en los diversos riesgos a través de la promoción de hábitos saludables, la identificación de población en riesgo (marcación de cohortes) y el diseño de ciclos de atención basados en evidencia científica que permitan la interacción de equipos sanitarios comprometidos y capacitados con usuarios empoderados en el cuidado de su salud.

LOS AFILIADOS NO SON NUESTROS MENSAJEROS

Se debe asumir que la lógica del proceso salud-enfermedad no entiende de procesos administrativos. Cuando los afiliados o sus familiares enferman y acceden a los servicios del sistema de salud, se chocan con una serie de barreras administrativas que van en contra de su expectativa de una atención integral, como por ejemplo: “ese servicio no es de primer nivel no se atiende aquí”, “ese servicio no está en la cápita, vaya a que se lo autoricen”, “ese servicio es NO-POS y aquí solo atendemos POS”. En resumen, entendemos que los pacientes no se enferman en POS y NO-POS, en ambulatorio y hospitalario o en primer nivel o tercer nivel; simplemente se enferman. Por esto, hemos diseñado un modelo operativo que permite a los afiliados hacer la mayor





parte de los trámites administrativos en las unidades ambulatorias en las cuales están georreferenciados, lo que les permite hacer el menor número posible de trámites administrativos.

LA SALUD SE CONSTRUYE EN EL TERRITORIO

Conscientes de la importancia que tiene el ambiente y los comportamientos de los seres humanos en la construcción de la salud, se propuso el modelo de redes unido al territorio basados en la georreferenciación que tienen los usuarios con respecto a su unidad de atención primaria, que en una proporción muy alta coincide con el sitio de residencia de la persona afiliada. Esto con la aspiración de poder interactuar con los demás sectores que se encuentran en cada localidad y que intervienen en los diferentes determinantes de la salud, y en conjunto con estos, poder influir en las políticas públicas orientadas a la construcción de ambientes urbanos saludables y a la implementación de hábitos saludables.

Lo anterior está inspirado en muchas experiencias a nivel mundial que han generado políticas públicas encaminadas a promover hábitos saludables y han logrado mejorar la salud de los habitantes. Especialmente está inspirado en la experiencia de Karelia del Norte, con la intervención de Pekka Puska y su equipo, quienes lograron transformar esta comunidad y disminuir su riesgo cardiovascular y metabólico de una forma muy importante, al basarse en intervenciones comunitarias y políticas públicas. A modo de ejemplo, se relata cómo una familia que cambió radicalmente sus hábitos alimenticios. Durante el proceso de evaluación de la intervención, el entrevistador les pregunta a sus miembros cómo hicieron para lograr semejante cambio: ellos contestaron ‘solo ocurrió –dijo Murano–. Pero supongo que me salvo la vida’. Pensé en ese momento que ahí radicaba el milagro de Karelia del Norte. Una población entera de gente como esta pareja había cambiado su estilo de vida sin darse cuenta.

Este es posiblemente el reto más grande que tiene la estrategia de redes, debido a que el sistema de salud colombiano no se basa en el territorio, sino en el aseguramiento y la libre elección del asegurador.

EL CAMINO DE LA TRANSFORMACIÓN CONTADO DESDE LA EXPERIENCIA

En el inicio de la concepción e implementación del proceso muchos considerábamos que trabajar en RISS era el deber ser, dado que la literatura sobre sistemas de salud así lo mostraba y que las experiencias internacionales lo confirmaban, sin embargo, cuando se hablaba de hacerlo en Colombia la respuesta casi inmediata era “aquí no se puede”. Recuerdo mucho que en la visita a Kaiser Permanente en California, cuando un médico oncólogo nos hablaba de su modelo de gestión de riesgo y su trabajo articulado en redes, un presidente de una compañía importante de nuestro país dijo: “¿se imaginan ustedes eso en Colombia?, eso allá no se puede”.

Por lo anterior, fuimos entendiendo que este proceso de cambio tendría que estar basado en el liderazgo adaptativo, en el era muy importante tener las claridades técnicas requeridas para que la red operara adecuadamente. Por ejemplo: el cálculo de la demanda de servicios, la contratación de la oferta de los mismos, los procesos de referencia y contra-referencia bien establecidos, el sistema de información acorde con lo diseñado, etc. A estos los denominamos “retos técnicos”, que fueron muy importantes, pero igual de importantes, o si se quiere más importantes, fueron los “retos adaptativos”. Los retos adaptativos consistían en identificar las pérdidas que cada uno de los grupos de interés iba o creía que iba a tener, para de esa forma poder gestionarlas en el día a día. Es como el artista que con paciencia genera su obra maestra, mediante un proceso en el que da un matiz diferente con cada pincelada, con el uso de un pincel más grueso o más delgado, con un brillo o una sombra, con un detalle o un entorno; así fue este proceso de cambio.

Fueron necesarias las reuniones grupales, en plenaria o en pequeños grupos con intereses específicos, con los líderes dentro de las juntas directivas, o con las juntas directivas en pleno. En fin, censar en el día a día el cambio e identificar lo que sería correcto en cada momento fue fundamental para el logro.

Una vez se inició el proceso con los frentes técnico y adaptativo en paralelo, vimos que poco a poco lo que nos habíamos propuesto se fue dando, así por ejemplo: tener un médico personal para cada tres mil afiliados, seis médicos en un equipo de atención primaria y las auxiliares de servicio al cliente trabajando en conjunto con los médicos y especialistas básicos como apoyo a los equipos; la creación del nodo articulador; la existencia del profesional de enlace; las herramientas tecnológicas que permitían la comunicación ágil entre las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y que la información clínica ambulatoria y hospitalaria se pudiera compartir en todas las instituciones en tiempo real. Gracias a estos resultados progresivos se logró que nos sintiéramos capaces de transformar nuestra propia realidad; no requerimos de normas nuevas, ni de consultores extranjeros que nos vinieran a decir cómo hacer las cosas, ni de una gran crisis que nos hiciera reformarnos. Con voluntad, con un propósito común y con la confianza que se fue incrementando de forma exponencial, logramos transformarnos.

En resumen, el mayor aprendizaje que se ha tenido es el de evidenciar que la suma de los esfuerzos del asegurador y los prestadores, tanto directivos como profesionales, ha generado un potencial de seres humanos muy grande, unidos en torno a un propósito, con quienes enfrentamos retos nuevos y complejos, como el crecimiento y la sostenibilidad. Indiscutiblemente, el esfuerzo de la red en su conjunto es mucho más que los esfuerzos individuales, por bien intencionados que puedan ser.

Por todo lo anterior, las RISS se proyectan como una forma de trabajo que puede ser el camino para resolver muchos de los problemas que actualmente acarrea el sector salud en Colombia.

EL TRABAJO EN REDES. LA ESTRUCTURA CONCEPTUAL PARA EL QUEHACER DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO

Como lo plantea este libro, que recoge la historia de los primeros cuarenta años de la Universidad El Bosque y establece el camino para recorrer los siguiente cuarenta años, se propone el trabajo en RISS como el modelo conceptual y practico que le permitirá al Hopital Universitario El Bosque - Compensar relacionarse con el entorno, con sus grupos de interés y en especial con sus pacientes. De tal forma que este gran proyecto de las dos instituciones sea una verdadera apuesta de futuro que permita a la universidad y a Compensar caminar de la mano para aportarle a la comunidad y a nuestro sistema de salud.

Del aprendizaje que se ha tenido con la implementación de las RISS en Compensar, descrito en la parte inicial de este capítulo, se plantean los siguientes componentes como fundamentales en la orientación estratégica del Hospital Universitario.

ALINEACIÓN DE SU PROPÓSITO SUPERIOR CON EL DE LA RED

Compartir un propósito superior con los demás actores de la red, tanto aseguradores como prestadores, es un aspecto fundamental que le permitirá al Hospital Universitario El Bosque - Compensar construir en torno a la experiencia de los usuarios y a los resultados en salud de los mismos. Teniendo esto claro, se facilitará la gestión del riesgo, la eficiencia y la efectividad en la atención.

ALINEACIÓN CON LA RED AMBULATORIA BÁSICA Y ESPECIALIZADA

El modelo de gestión de riesgo definido por Compensar propone que cada afiliado y afiliada cuente con un médico personal y un equipo de atención primaria encargado de velar por su salud. Los médicos personales y los equipos de atención primaria se ubican en unidades de atención ambulatoria que se distribuyen en diferentes sitios de la ciudad, de tal forma que los afiliados puedan seleccionar una que les quede cerca a su lugar de residencia. En torno a estas unidades ambulatorias, gira el proceso de atención y la articulación y complementariedad con los servicios de mayor complejidad.

Por lo anterior, y en aras de prestar un servicio en el cual los usuarios tengan una experiencia gratificante y de que los resultados adecuados de salud sean el centro del quehacer de la red, la atención articulada integral y complementaria por parte de los diferentes actores tanto profesionales como institucionales es indispensable. En el caso concreto de la clínica, la interacción de los especialistas y subespecialistas hospitalarios con los médicos personales y especialistas de las unidades básicas será necesaria. En este sentido, es fundamental que la clínica establezca adecuados canales de comunicación con estos centros ambulatorios, de tal manera que genere una complementariedad e integralidad en la atención a pacientes.

Algunas de estas formas de comunicación pueden ser, por ejemplo, la información clínica de pacientes, la cual debe tener las siguientes características: ser pertinente y suficiente, no redundante, suceder en tiempo real y contar con información ambulatoria y hospitalaria. Otra forma es contar con guías y vías clínicas de manejo concertadas y parametrizadas en las herramientas electrónicas de gestión de riesgo que permitan conocer en tiempo real y en cualquier punto de contacto de los pacientes la información sobre la marcación de los riesgos que tengan y las alertas generadas por el no cumplimiento de las guías o vías clínicas establecidas, así como por la desviación de los resultados esperados en salud.

La adecuada articulación facilita el empoderamiento de los equipos, la toma oportuna de decisiones y la innovación. Y de otro lado, facilita la planificación de la clínica para la producción de servicios; porque es más fácil para esta establecer la demanda de los servicios que presta o de los nuevos que va a crear.

LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO EN EL HOPITAL UNIVERSITARIO EL BOSQUE - COMPENSAR Y LA RED

La producción de conocimiento deberá ser uno de los factores fundamentales del Hospital, dada su naturaleza universitaria y la importancia que dicho factor tiene para llevar al Hospital a convertirse en una institución competitiva de alta calidad. Para la producción del conocimiento sobre su diario quehacer, se debe generar, desde el inicio, una cultura que vele por implementar y mantener mecanismos sistemáticos y automatizados de monitorización y evaluación de los procesos asistenciales y administrativos, para que de esta forma se produzca conocimiento continuo que le permita a la institución conocerse a sí misma y modificar permanentemente su acción, de acuerdo con las necesidades del entorno. Otra forma de producción de conocimiento es mediante la generación de líneas de investigación específicas en las que confluyan las actuales de la Universidad

El Bosque, las de Compensar y las propias que cree el Hospital, de tal manera que se fortalezcan y así poder hacer parte de redes internacionales de investigación con centros y universidades reconocidos mundialmente. Por este medio, se podrá acceder a recursos de financiación nacional o internacional que permitan la sostenibilidad y el crecimiento de estos procesos.

La producción de conocimiento antes planteada será un factor diferenciador y el insumo fundamental para la formación del talento humano, tanto del Hospital, como de la red y de los estudiantes de las diferentes carreras de las ciencias de la salud que actualmente ofrece la universidad. Como resultado de lo anterior, el Hospital y la RISS se convertirán en organizaciones inteligentes que serán capaces de aprender de su diario quehacer, a partir de la monitorización y el entendimiento de los cambios del entorno, para adaptarse de forma continua a estos y así garantizar su sostenibilidad en el tiempo.

LA GESTIÓN DE RIESGO COMPARTIDO Y LA SOSTENIBILIDAD COMO PARTE DEL PROPÓSITO COMÚN

Para lograr la sostenibilidad financiera del Hospital Universitario, uno de los factores que se debe tener en cuenta es que quien le compra los servicios sea financieramente estable y sostenible, puesto que si a la aseguradora le va mal y pierde mucho dinero, el bienestar económico del Hospital Universitario no será sostenible ni duradero y en poco tiempo la aseguradora no podrá pagarle por los servicios que compra y, por consiguiente, se verá afectado el Hospital y sus pacientes.

Por lo anterior, es fundamental que del Hospital Universitario desde el inicio genere las capacidades para asumir formas de relacionamiento de riesgo compartido con la aseguradora. Esto, además de darle alta competitividad en el entorno, le permitirá construir un círculo virtuoso en el cual la aseguradora le compra, le garantiza el mercado y el pago oportuno de los servicios prestados, mientras que el prestador se compromete

con el uso racional de los recursos y los resultados en salud de los afiliados atendidos, asumiendo así de una forma conjunta parte del riesgo financiero y en salud.

Para lograr las capacidades que requiere el Hospital Universitario para entrar en estos esquemas de relacionamiento con el asegurador y estas formas de contratación, se debe contar con una cultura organizacional y directiva que permita tener una mente abierta al cambio, que piense de una forma sistémica y que entienda que la sostenibilidad empresarial depende de la sostenibilidad de sus grupos de interés.

Luego de tener la claridad en los cuadros directivos del Hospital Universitario, para lograr realizarlo, se debe hacer lo que está descrito en los numerales anteriores: tener un propósito común con los demás miembros de la red y con el asegurador, tener una adecuada articulación con los niveles ambulatorios en la cual se de una complementariedad en la atención, tener un sistema de información robusto que permita generar conocimiento del diario quehacer sobre los procesos clínicos y administrativos y, por último, ser absolutamente eficiente en la producción de los servicios de salud.

Como se planteó al inicio del capítulo, el propósito es retomar la experiencia de estos primeros cuarenta años y, a partir de esta, plantear el camino para recorrer los siguientes cuarenta. Con lo aquí planteado, se deja el esbozo del camino, el reto ahora es volver este sueño en una realidad, para que quienes nos sucedan, en cuarenta años puedan tener un punto de referencia y ser quienes digan si el camino era el correcto o no. Pero sea o no el camino, lo importante es iniciar la marcha y tener los sentidos atentos para entender el entorno y hacer los cambios que sean necesarios para llegar a la meta de servir; contribuir con la salud de los afiliados y pacientes; generar conocimiento, y formar profesionales altamente calificados, además de buenos seres humanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Buettner, D. (2016). El secreto de las zonas azules. México: Editorial Grijalbo.
- Ceballos, F. (2011.). Diez razones para trabajar en red. Telecentre.com, IDRC. Disponible para consulta en línea en: http://cmap.javeriana.edu.co/servlet/SBReadResourceServlet?rid=1219334049927_706529672_114315
- Gutiérrez-Fuentes, J.A. (2008). La medicina, una ciencia y un arte humanos. *Educación médica*, 11(1), 11-15.
- Rillo, A. G. (2006). El arte de la medicina: una investigación hermenéutica. *Gaceta Médica* 142(3). Disponible para consulta en línea en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132006000300013









Fotógrafo: Pablo Salgado



EL MODELO ARQUITECTÓNICO DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO COMO CENTRO
ACADÉMICO EN CALIDAD DE VIDA

DANIEL
BONILLA

IXA
BACHMAN



El proyecto Hospital Universitario El Bosque - Compensar fue adjudicado por medio de un concurso arquitectónico privado del que hicieron parte ocho participantes. Los concursos son una herramienta que además de atraer la atención de los y las mejores profesionales sobre un proyecto, permite garantizar el mejor resultado posible, ya que en la evaluación se tiene en cuenta no solo la calidad de una idea, sino también el balance entre la satisfacción del cliente y el cumplimiento de los requerimientos solicitados. En el caso específico del concurso para el Hospital Universitario los parámetros más relevantes que determinaron la selección del Taller de Arquitectura de Bogotá (TAB) fueron:

1. Brindar una percepción humanista del espacio en la que el hospital no parezca un típico hospital.
2. Realzar la buena calidad de vida de los pacientes, de sus acompañantes y de todo el personal médico, incluidos los y las estudiantes.
3. Promover un ámbito médico funcional y de alto estándar.
4. Propiciar la relación interior-exterior por medio de visuales y el uso de vegetación.



Figura 1. Fachada. Imagen ilustrativa tridimensional, etapa de proyecto.



Para dar vida a estas ideas, el proyecto se plantea como una configuración en dos elementos: una plataforma y una torre superpuesta. En la plataforma se albergan todos los usos de servicio hospitalario, mientras que en la torre se aloja el servicio de hospitalización. La plataforma se concibe como un edificio en franjas que está conformado por cuatro volúmenes o barras que se conectan entre sí, lo que permite ser más eficientes, al aumentar la cantidad de área por nivel, de tal manera que se da prelación al funcionamiento en sentido horizontal del hospital, aspecto fundamental para lograr una mejor funcionalidad, debido a que se facilitan las relaciones entre los servicios. La torre de hospitalización permite la repetición de niveles en sentido vertical, maximizando la condición excepcional de altura y visuales lejanas en el área de las habitaciones.

Figura 2. La plataforma. Diagrama explicativo

Figura 3. La torre. Diagrama explicativo

Figura 4. Las grúelas. Diagrama explicativo

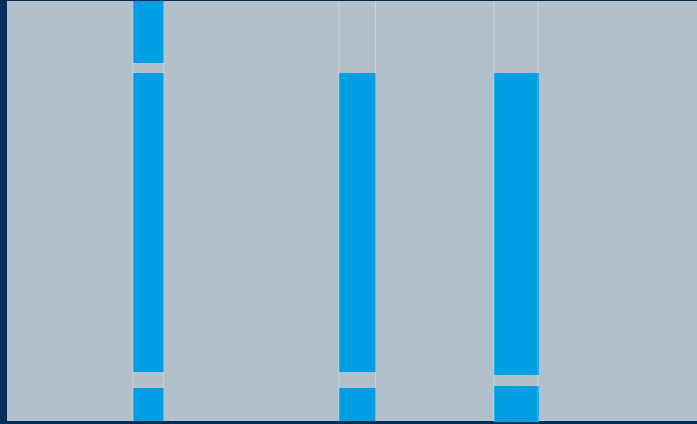
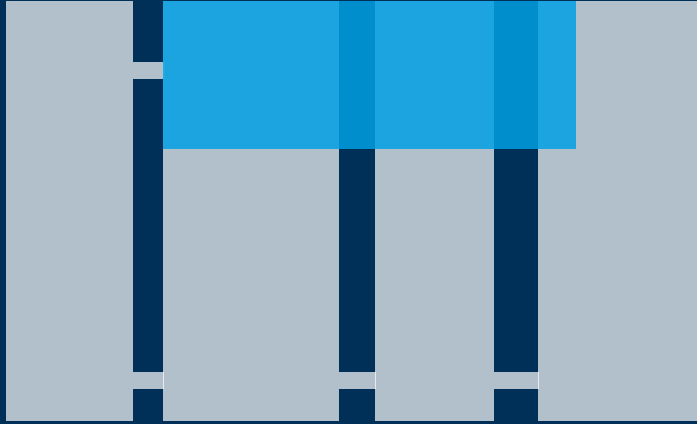




Figura 5. Lobby. Imagen ilustrativa tridimensional, etapa de proyecto.



La estrategia de concebir la plataforma en franjas genera un ritmo entre lo construido y el vacío, con franjas verdes que hacen que la apariencia del edificio luzca más liviana debido a que se fragmenta la masa. Adicionalmente, la utilización de franjas hace posible establecer una misma construcción por medio de volúmenes análogos, flexibles, longitudinales, autónomos y relacionables, lo que repercute en el funcionamiento autónomo pero conectado de los servicios hospitalarios. Las franjas también aumentan la relación con la luz natural y el exterior, lo cual posibilita que una mayor parte del programa cuente con vista, y, por lo tanto, con iluminación y ventilación natural.

El proyecto, de casi 50.000 m², cuenta con una unidad de urgencias con cuarenta y dos cubículos de observación, nueve salas de cirugía, una sala de cesáreas y partos, además de veinticuatro consultorios. Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) tienen cuarenta y seis camas repartidas así: UCI quirúrgica, doce camas; UCI médica, doce camas; UCI pediátrica, doce camas; UCI neonatal, diez camas. El área de hospitalización cuenta con cincuenta y dos habitaciones bipersonales, 133 unipersonales y diez VIP.

Figura 6. Cuantías del proyecto

 <p>Urgencias</p>	<p>42</p> <p>Cubiculos de observación</p>	<p>9</p> <p>Salas de cirugía</p>	 <p>Quirófano</p>
 <p>Quirófano</p>	<p>1</p> <p>Sala de cesáreas /partos</p>	<p>24</p> <p>Sala de cesáreas /partos</p>	 <p>Consultorios</p>
 <p>UCI</p>	<p>12</p> <p>Quirúrgica</p>	<p>12</p> <p>Médica</p>	 <p>UCI</p>
 <p>UCI</p>	<p>12</p> <p>Pediátrica</p>	<p>12</p> <p>Neonatal</p>	 <p>UCI</p>
 <p>Hospitalización</p>	<p>52</p> <p>Camas Bipersonal</p>	<p>133</p> <p>Camas Unipersonal</p>	 <p>UCI</p>
 <p>Hospitalización</p>	<p>10</p> <p>Camas VIP</p>	<p>49.600 m2 aprox.</p> <p>Hospital Universitario</p>	

MÁS QUE UN HOSPITAL, UN ESPACIO AMABLE PARA TODOS

El Hospital Universitario responde a un modelo de atención con énfasis en los pacientes, promovido a través de la humanización del servicio y sus espacios. Por medio de la arquitectura se buscó responder a la premisa de darle prioridad al ser humano y entender el hospital como una zona de vida para todas las personas (pacientes, personal médico, personal de enfermería, estudiantes, etc.). Por esta razón, el proyecto se pensó bajo la idea de hacer un hospital que no pareciera un hospital. Se buscó romper con el característico ambiente frío e impersonal de paredes y pisos asépticos para ofrecer, a cambio, un espacio amable y cálido donde pacientes y familias se puedan sentir casi como en un hotel. Para esto se planteó una arquitectura sutil que combina áreas sobrias con acentos de color, dosificadas en algunos puntos específicos. Por tanto, se utilizaron materiales cálidos, acabados en madera, acentos de color y concreto con textura en áreas públicas y de hospitalización, así como en las áreas complementarias de servicios no médicos tales como las áreas lúdicas, los bienestaros y las salas de espera, repartidas a lo largo de todo el proyecto.

Las áreas lúdicas, ubicadas en la torre de hospitalización, están destinadas a todos los pacientes que por su condi-

ción pueden levantarse de la cama y salir de su habitación; son espacios de relajación, donde gracias a los acentos de color, se puede cambiar de atmosfera, lo que promueve un acto saludable en el que los pacientes se pueden olvidar de que se encuentran en un hospital. Allí pueden disfrutar de la vista privilegiada sobre la ciudad y aislarse parcialmente de la condición médica que los lleva a estar hospitalizados. En estos espacios pueden recibir sus visitas, en un ambiente especial, lejos de la cama hospitalaria que inevitablemente evoca la enfermedad. Tanto los materiales como el mobiliario de estos espacios están diseñados para brindar confort y comodidad, y ofrecer a pacientes y visitantes una experiencia diferente a la tradicional hospitalaria; son espacios que buscan romper con la monotonía cromática y aséptica del hospital y ofrecer así una mejor vida para los y las pacientes. Por su ubicación estratégica en todos los pisos, no es necesario recorrer grandes distancias para acceder a estos espacios, con la ventaja adicional de que permite mantener el contacto con el personal de enfermería.

Los espacios de bienestar que están ubicados en la plataforma fueron diseñados para lograr el mismo efecto en el personal del hospital, son espacios a los que puede acceder el personal médico, de enfermería y estudiantil para tener un momento de descanso. Al igual que las áreas lúdicas, son espacios coloridos cuyo mobiliario invita al descanso, lo que permite momentos de relajación, para luego retomar nuevamente sus funciones y responsabilidades con la energía recargada.



Figura 7. Salas uci. Imagen ilustrativa tridimensional, etapa de proyecto.



Figura 8. Área lúdica azul. Imagen ilustrativa tridimensional, etapa de proyecto.



Figura 9. Área lúdica amarilla. Imagen ilustrativa tridimensional, etapa de proyecto.





Las salas de espera que se encuentran ubicadas en diferentes puntos de la plataforma, también tienen un énfasis cromático sutil. Se las identifica según el tipo de usuario y están agrupadas por duplas, cada una con un tono diferente del mismo color. Así por ejemplo, la sala de espera de consulta externa se plantea como una variación gris mezclada con vivaces burbujas de colores en las zonas de espera de pediatría.

Figura 10. Bienestar verde. Imagen ilustrativa tridimensional, etapa de proyecto.



Figura 11. Bienestar azul. Imagen ilustrativa tridimensional, etapa de proyecto.





Figura 12. Cafetería. Imagen ilustrativa tridimensional, etapa de proyecto.



Para complementar la sensación de bienestar de todos los habitantes y visitantes del hospital, también se diseñaron unos espacios especiales en los que se privilegió la noción de refugio sobre la de hospital. La cafetería, el solárium y el oratorio, ubicados en el quinto piso, se integran con la topografía de las terrazas exteriores, que se prolongan hacia los jardines, de manera que los límites entre el adentro y el afuera se desdibujen.

En la cafetería, los acabados interiores son marrones y grises, para evocar la tierra, y el contacto con el verde se logra a través de las terrazas. Se trata de generar un espacio amable y elegante al que todas las personas son bienvenidas. Su apariencia es una antítesis de la tradicional cafetería de mesas blancas y bandejas rojas, pues busca brindar a los usuarios una experiencia similar a la que se daría en un café al exterior del hospital.



Figura 13. Cafetería. Imagen ilustrativa tridimensional, etapa de proyecto.



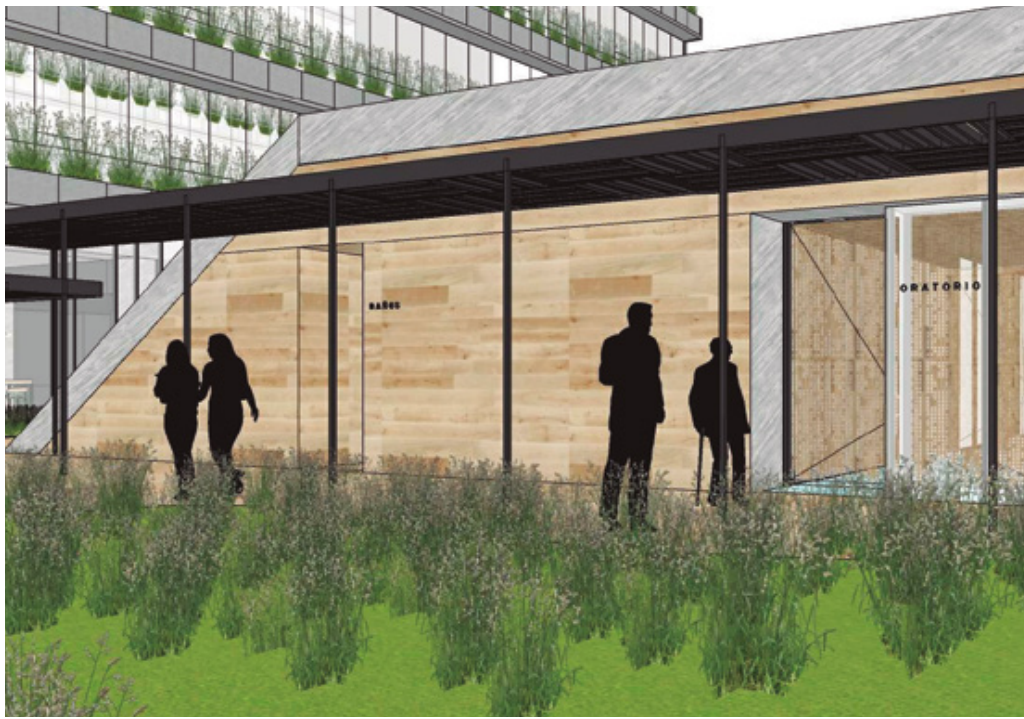
Figura 14. Solanium. Imagen ilustrativa tridimensional, etapa de proyecto.



Figura 15. Oratorio. Imagen ilustrativa tridimensional, etapa de proyecto.



Figura 16. Oratorio y pérgola. Imagen ilustrativa tridimensional, etapa de proyecto.



El solárium es un espacio de interacción social para los pacientes, donde realizan algunas terapias y sobre todo descansan, allí entran en contacto con el mundo exterior, a través de las perforaciones de la cubierta, que permiten que ingrese el sol y “bañe” sus cuerpos. El interior es de tonos verdes como una prolongación del jardín adjunto.

El oratorio es un espacio dedicado al culto espiritual, donde se promueve la serenidad, el silencio y la intimidad; un microcosmos cambiante durante el día gracias a la luz que se filtra por medio de paneles perforados, que permiten que el espacio interior se bañe de pequeños y finos chorros de luz.

Aunque el edificio es urbano, el verde es uno de los grandes protagonistas del proyecto, ya que es llevado al interior del edificio para promover la relación interior-exterior. Para llevar el alma del jardín al hospital, se utilizaron tres estrategias: en primer lugar, las grietas o franjas verdes que atraviesan la plataforma y permiten que una mayor cantidad de espacios interiores tenga contacto directo o visual con los jardines y aumenta la ventilación e iluminación natural. En segundo lugar, el sistema de cubiertas verdes o cintas topográficas, que genera una condición única de paisaje ya que cada una de estas cuatro cintas tiene un tratamiento diferente en cuanto a su topografía (las terrazas conforman espacios descubiertos en superficie que dan la posibilidad de salir al aire libre sin dejar el edificio). En tercer lugar están las fachadas verdes que abrazan la torre de hospitalización a todo lo largo de la misma, de manera que acompañan las habitaciones; una fachada verde custodia la ventanería del edificio y piso a piso lleva un pedacito del jardín a cada uno de los y las pacientes.



Figura 17. Terrazas verdes. Imagen ilustrativa tridimensional, etapa de proyecto.



Figura 18. Corredores verdes. Imagen ilustrativa tridimensional, etapa de proyecto.



UN HOSPITAL DE ESTÁNDAR INTERNACIONAL

Con la meta de alcanzar los más altos estándares de calidad y seguridad, en un lote compacto incrustado en el campus universitario y con un programa extenso que incluye servicios médicos de gran complejidad, se trabajó con la guía de estándares internacionales cruzados con la norma colombiana. El equipo del Hospital Universitario El Bosque - Compensar quiso ir más allá y puso los ojos sobre los estándares norteamericanos, mucho más exigentes que los nacionales, en cuanto a la amplitud de los espacios, comodidad e interconexión de los mismos, diseños más funcionales y sobre todo en cuanto a la seguridad de pacientes y personal médico. Por esta razón, y para lograr que el proyecto alcance la certificación otorgada por The Joint Commission, líderes en acreditación de calidad en temas de salud, se contó con The Romans Group, expertos asesores internacionales en diseño de hospitales, y con el apoyo puntual en la etapa de esquema básico del equipo de arquitectos de Odell. Una vez el proyecto esté construido y en funcionamiento, será evaluado por los miembros de The Joint Commission, quienes verificarán el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad. Esta verificación se realiza través de pares que evalúan el proceso de cuidado que experimentan los pacientes, mediante la observación, la plática con el



Figura 19. Arredos y rídes. Imagen ilustativa irrelacionada al etapa de proyecto.



personal médico y el seguimiento de cerca de la experiencia de un paciente, lo que permite completar la valoración al revisar el sistema para llevar salud segura y de calidad a los pacientes (Romans y Haynes, 2014).

Adicionalmente, durante el desarrollo del proyecto se reconoció y valoró la importancia del entorno curativo (healing environment), entendido en dos sentidos: en primer lugar, en la importancia de la salud en el mejoramiento del nivel de vida de la sociedad y, en segundo lugar, en las condiciones que permiten minimizar el sufrimiento y optimizar la capacidad de los pacientes para recuperarse, condiciones en las que se incluye la calidez, tranquilidad y comodidad, las cuales se pueden ofrecer a través de una arquitectura humanizante, debido a la importancia de la relación entre un buen diseño arquitectónico y la calidad en el cuidado brindado a los pacientes (Romans y Haynes, 2014). Por lo anterior, se planteó un proyecto fácil de entender y de recorrer, en el que se evita la idea del laberinto y en su lugar se proponen circulaciones sencillas de transitar.

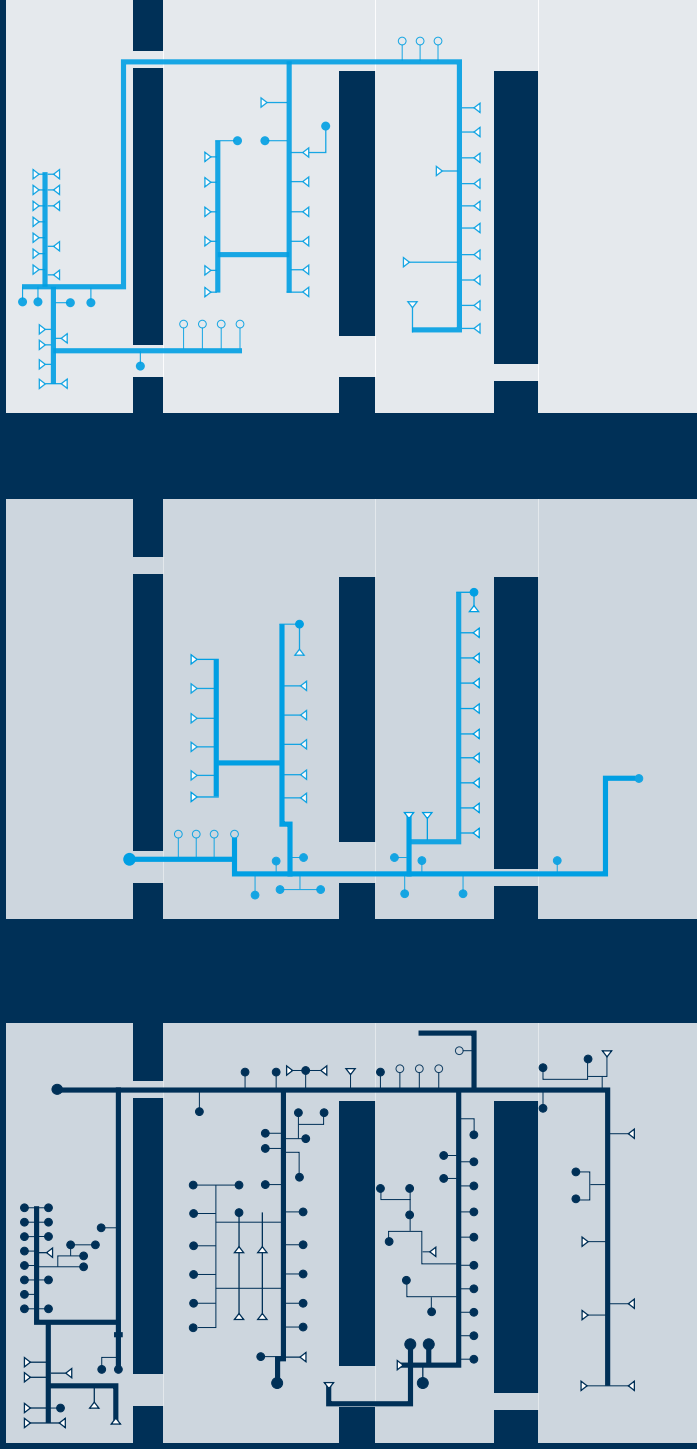
Es por esto que se estudió extensa y cuidadosamente la diferenciación de flujos intrahospitalarios; es decir que se previó cómo deben entrar y salir los usuarios e insumos al hospital. Dentro de los seis flujos se identificaron dos clasificaciones principales: los humanos y los materiales. Dentro de los primeros están los pacientes que tienen acceso al programa clínico de atención intrahospitalaria y a la torre de hospitalización; los visitantes que tienen un acceso más restringido, por lo que solo pueden acceder a las zonas más públicas de la plataforma clínica y las habitaciones de pacientes y, por último, todo el equipo médico, de enfermería y estudiantil, único con acceso a la totalidad del edificio.

En el grupo de flujos relacionados con materiales, se encuentran los flujos limpio, sucio y sanitario. Estos tres flujos cuentan con un estricto control de rutas y horarios que permiten garantizar la no interferencia de los mismos. Los flujos limpios corresponden a todos los elementos que van del exterior al interior (medicamentos, insumos médicos, linos, alimentos, equipos y papelería), antes de ser utilizados. Después de usados, son clasificados en ropa sucia y sanitarios (ordinarios, reciclables y

Figura 20. Sistema de circulaciones público/visitante. Diagrama explicativo

Figura 21. Sistema de circulaciones paciente. Diagrama explicativo

Figura 22. Sistema de circulaciones personal médico, de enfermería y estudiantil. Diagrama explicativo



biosanitarios), y así realizan el recorrido del interior al exterior del edificio, para luego ser recogidos y transportados por equipos especializados según su naturaleza y riesgo.

De manera integrada con el cumplimiento de los estándares de calidad y para garantizar la seguridad humana, el proyecto cumple con las normas y códigos de construcción colombianos y los que competen a Bogotá, tales como son las normas de sismo resistencia sísmica; manejo de salidas de emergencia y rutas de evacuación; muros de compartimentación cortafuego; accesibilidad para personas con limitaciones de movilidad, etc.

Adicionalmente y por solicitud del equipo El Bosque – Compensar, se apostó a ser amigables con el medio ambiente, mediante diversas estrategias: para garantizar una adecuada temperatura y reducir el uso de aire acondicionado al interior del hospital, se diseñó un sistema de cortasoles para las fachadas oriental y occidental de la plataforma, mientras que en la torre de hospitalización, las materas y su vegetación funcionan como aleros que mitigan el impacto directo del sol. En las áreas que lo permiten, se implementó la ventilación natural cruzada con sistemas sencillos de aperturas batientes o fijas y se tuvo en cuenta la dirección de los vientos predominantes y la temperatura ambiente. Para maximizar el aprovechamiento del recurso natural, se planteó la recuperación de las aguas lluvias para el riego de las cubiertas verdes. Finalmente, para la optimización del consumo energético, se recurrió a la estrategia simple de permitir que la mayoría de las áreas estén iluminadas con luz natural y apoyadas con sistemas de iluminación artificial de bajo consumo.

UN HOSPITAL QUE FACILITA EL APRENDIZAJE

Una fortaleza adicional del enfoque del nuevo Hospital El Bosque - Compensar es su compromiso no solo con la asistencia sino con la docencia e investigación y, por lo tanto, la posibilidad de estar en contacto permanente con los últimos avances de la ciencia y la tecnología en el campo de la medicina. Su ubicación estratégica dentro del campus universitario permite y promueve la interacción permanente entre estudiantes, docentes y pacientes, de manera que se garantiza una formación médica de calidad. Adicionalmente, el estar en el campus hace más fácil que estudiantes de otros programas tengan acceso al hospital, lo que posibilita la realización de proyectos interdisciplinarios que repercutirán en la calidad del servicio que se ofrece. Por último, pero no menos importante, se optimiza el manejo del tiempo, pues no es necesario recorrer grandes distancias entre las aulas, bibliotecas, laboratorios y la zona hospitalaria, lo cual favorece no solo a los pacientes, sino también a estudiantes y docentes, quienes además encontrarán en el hospital espacios de bienestar donde pueden descansar e interactuar en un ambiente amable y cálido.

UN PROYECTO DE Y PARA TODOS

En un momento coyuntural como el que vive el país, el nuevo Hospital El Bosque - Compensar no solo le apuesta a ser una edificación emblemática de alto estándar para la salud y la enseñanza; más allá, representa un espacio al que tendrán acceso los colombianos, en donde no solo se atiende la salud, sino que además se promueve la tolerancia y el respeto como condiciones básicas para la convivencia.

La buena arquitectura es capaz de cambiar las relaciones de la ciudad y, por supuesto, también las relaciones entre los seres humanos; influencia positivamente la convivencia y dignifica al ser humano. Por esto hay que entender que el nuevo Hospital el Bosque - Compensar es un ámbito de salud de y para todos. El hecho de buscar altos estándares significa no solo prestar una buena asistencia médica, sino también ayudar a marcar el rumbo que deben seguir los servicios de salud en un país, e influenciar a otros. Construir un entorno grato y humano para aprender de salud y enseñar sobre salud no solo constituye una oportunidad de consolidar un campus universitario, sino también la de formar profesionales con ética, criterio y capacidad para responder a las necesidades por venir.

La determinación de la Universidad El Bosque y Compensar de construir un nuevo hospital es también una clara señal del interés del sector privado por aportar al mejoramiento de la calidad de vida de nuestra sociedad, al pensar en un país con oportunidades, más equitativo y competitivo a nivel global.



Figura 23. Imagen ilustrativa del proyecto presentada en la etapa de concurso, sujeta a cambios durante el desarrollo arquitectónico y técnico.



Figura 24. Club Médico. Imagen ilustrativa tridimensional, etapa de proyecto.



BIBLIOGRAFÍA

Romans, J. y Haynes, D. (2014). El Bosque Clínica Nueva, Design Review Report. [Manuscrito inédito]. Estados Unidos: The Romans Group.







PROYECCIONES DEL
CENTRO ACADÉMICO
EN CALIDAD DE VIDA

10

MIGUEL
RUIZ RUBIANO

RAFAEL
SÁNCHEZ PARÍS

EL CONTEXTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

El informe Educación superior en Iberoamérica (Brunner y Ferrada, 2011), elaborado por el Centro Interuniversitario de Desarrollo (CINDA), establece una visión del estado de la educación en Colombia y la región. En términos generales, refiere que la educación en América Latina está en un proceso de masificación, en el que se busca ampliar la cobertura. Las causas del fenómeno radican en una mayor presión por parte de clases sociales, que ven en la educación superior una alternativa para el mejoramiento de sus condiciones de vida a través de la cualificación de sus trabajos. Sin embargo, la presión ejercida, en todos los sectores, para una mayor oferta, no ha estado siempre acompañada de criterios de calidad. Este proceso se lleva a cabo en diversos países.

El panorama de la educación en Colombia, incluida allí la superior, se resume en:

- Altas ineficiencias del sistema educativo (grandes gastos con pobres resultados).
- Alta demanda con una oferta desarticulada, desactualizada y desigual.
- Un sistema híper-regulado estatalmente con poca flexibilidad para innovar.

- Descompás entre el sistema educativo y el sistema productivo a partir de políticas y objetivos de crecimiento socioeconómico disímiles (desarrollo político, humano y social contra modelos extractivos de bajo costo).
- Esperanzas de cambio a partir de múltiples escenarios de concertación y construcción social de política que buscan resultados a mediano y largo plazo.

Una situación que se sumó al problema fue que el grado de respuesta de la oferta educativa a las necesidades de los diferentes sectores productivos fue muy lenta o poco eficiente, lo cual constituyó un factor limitante del desarrollo socioeconómico del país. Todo esto ha perpetuado las desigualdades económicas y sociales.

Por su parte, los problemas de acceso, equidad, calidad y eficiencia del sistema de educación superior colombiano se mantienen a pesar de los esfuerzos crecientes que se han hecho a través de las políticas públicas. Estas últimas han logrado aumentar cobertura y mejorar la intervención y el control del Estado en la educación superior. Quizá el reto fundamental es poder disponer de una política de Estado que evite que las normas se orienten a resolver problemas, y que en cambio la educación que necesita el país sea pensada con visión de futuro. La carencia de una fórmula concertada en materia de aplicación de los recursos sigue siendo el talón de Aquiles para la acción del Estado (Brunner, 2011, p. 89).

La educación superior en Colombia enfrenta retos importantes, los cuales están declarados en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país” (Ley 1753 de 2015) y en el Plan Nacional Decenal de Educación 2006-2016 (Asamblea Nacional por la Educación, 2007). El primero es un instrumento general de planeación que establece metas de gobierno y metas sectoriales, mientras que el segundo es un “pacto social” en el que se compromete a Estado, sociedad y familia a respetar acuerdos y trabajar para el logro de los objetivos previstos.

Se hace necesario generar conexiones de las instituciones de educación superior con el sector real, con las empresas, el Gobierno y la sociedad en general.

LA RESPONSABILIDAD SOCIAL DE UN CENTRO ACADÉMICO

Ahora bien, dentro de la razón de ser de las instituciones de educación superior se destacan las acciones encaminadas a servir a la comunidad. Su quehacer responde a la obligación moral y social de posibilitar la cualificación humana, académica, investigativa y social de los estudiantes y docentes para brindarles las herramientas para que construyan el sentido social de las distintas profesiones, de manera que impacte en la solución de los problemas reales del entorno y así se mejore la calidad de vida.

Desde esta perspectiva, las universidades han de asumir la función de proyección y responsabilidad social con un nuevo sentido y dirección que supera las actividades esporádicas de carácter técnico, educativo y cultural, por acciones sistemáticas, continuas e innovadoras que consagran un auténtico servicio a la comunidad dentro del contexto histórico y cultural para lograr un mejoramiento cualitativo de la interacción entre la universidad, su entorno y la sociedad.

Así las cosas, se concibe la proyección social como la integración de la universidad con el entorno y la sociedad, considerada como una función sustantiva del quehacer institucional, lo que supone la interacción vital de la institución con el entor-

no. La proyección social es, entonces, la expresión de la razón de ser de la institución y su participación en los procesos de desarrollo social y cultural; es el proceso que propicia la convergencia de las otras dos funciones básicas de la universidad: la docencia y la investigación.

La proyección social debe verse como una actividad planeada desde la razón de ser de la institución, articulada, controlada, que gestiona y evalúa, como parte integral de un proceso en el que la proyección social universitaria es central en el quehacer académico. En este contexto se busca que se involucre toda la universidad y articule orgánicamente las instancias académicas y administrativas.

De esta manera, la proyección social se enmarca dentro de la Misión de la universidad en lo referente a la pertinencia, la formación integral de profesionales a través de la asimilación, producción, aplicación y difusión de conocimiento científico, humanístico, tecnológico, artístico y cultural. Esto con espíritu crítico, para que se aborden eficazmente las soluciones de los problemas relevantes del desarrollo humano integral de la sociedad, con proyección nacional e internacional, dentro de un marco de libertad de pensamiento, pluralismo ideológico, y de conformidad con una ética que reivindique la solidaridad y la dignidad humana.

Las estrategias que la institución ha venido y deberá seguir implementado para desarrollar la función de proyección social han sido las siguientes: alianzas con otras organizaciones, trabajo con la comunidad, participación en redes, internacionalización, vinculación con egresados, participación en la formulación de políticas sociales (salud, protección social y educación, entre otras), consultorías, asesorías profesionales y gestión para la conservación de recursos culturales y ambientales.

Los avances en la concepción de la universidad comprenden la pertinencia y calidad del desempeño de la comunidad universitaria (estudiantes, docentes, personas dedicadas a la investigación y personal administrativo) a través de una gestión responsable del impacto educativo, investigativo, social y organizacional generado por la universidad, mediante una interacción adecuada con la sociedad, en búsqueda de la promoción de la dignidad humana y el desarrollo sostenible. A su vez, comprende el impacto generado por la universidad, en el ejercicio de sus tareas fundamentales, en sus entornos humano, social y ambiental, de manera que aporta al desarrollo humano sostenible de la nación y la humanidad.

Se asume que en estos espacios la responsabilidad es entendida no como una obligación, sino con un sentido de corresponsabilidad con la sociedad, que propicia en los universitarios el desarrollo de las competencias necesarias para asumirla como tal en su quehacer diario.

Las premisas para esto son: coherencia con la Misión; la articulación con el Plan de Desarrollo Institucional y la Orientación Estratégica Institucional; consistencia con el Proyecto Educativo Institucional; pertinencia social y académica, e interacción con la comunidad y la innovación.

LA RESPONSABILIDAD SOCIAL EN LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Para la Universidad El Bosque el servicio es una afirmación básica que se deriva en la función social. En ese marco, se han definido una política y un modelo de Proyección y Responsabilidad Social Universitaria (PRSU)¹ que integra diversos aspectos sobre los que puede abordar el conjunto de obligaciones y compromisos, legales y éticos, tanto nacionales como internacionales, que se derivan de los impactos que su actividad educativa produce en el ámbito social, laboral y medioambiental, entre otros. Al mismo tiempo, el modelo tiene en cuenta unas necesidades, intereses, motivaciones y realidades que llevan a la solución de necesidades y problemáticas específicas locales, regionales y nacionales, mediante el desarrollo de proyectos de formación e investigación.

El modelo que se presenta en la Figura 1 expresa cada uno de los campos en los cuales la institución considera que es importante generar acciones medibles y contundentes en diferentes escenarios sociales y académicos, a través de su cuerpo directivo, estudiantes y egresados a nivel local, regional y nacional.

1. Universidad El Bosque, Política de Proyección y Responsabilidad Social Universitaria, junio de 2014.

Figura 1. Modelo de Proyección y Responsabilidad Social Universitaria (PRSU). Fuente: Plan de Desarrollo Institucional 2016-2021.



La concepción de la PRSU comprende la pertinencia y calidad del desempeño de la comunidad universitaria (estudiantes, académicos, investigadores y administrativos), a través de una gestión responsable del impacto educativo, investigativo, social y organizacional generado por la universidad, mediante una interacción adecuada con la sociedad, en búsqueda de la promoción de la dignidad humana y el desarrollo sostenible. Por ello, la gestión de la PRSU comprende el impacto generado por la universidad, en el ejercicio de sus tareas fundamentales, en sus entornos humano, social y ambiental, de manera que aporta al desarrollo humano sostenible de la nación y la humanidad.

De esta manera se generan unos ámbitos de impacto:

- **Aprendizaje:** comprende el impacto generado en su atención a las necesidades de formación de recurso humano de la sociedad, para el sector productivo y la vida en comunidad. Para el sector productivo, en atención de sus necesidades laborales, en sus dimensiones disciplinares (programas) y cualitativas (perfil de los egresados) y de conocimiento (consultoría). Para la vida en comunidad, en sus dimensiones bioéticas y humanísticas. Es todo lo relacionado con los procesos de enseñanza-aprendizaje y la construcción curricular que derivan en el perfil de los egresados que se están formando (¿qué tipo de profesionales y personas formamos?, ¿cómo debemos estructurar nuestra formación para formar ciudadanos responsables del desarrollo humano sostenible en el país?). Es clara la necesidad de desarrollar las potencialidades de la persona, mediante la formación integral.
- **Investigación:** comprende el impacto generado por la Universidad en su atención a necesidades de generación, transferencia y aplicación del conocimiento en las comunidades. Los procesos de producción y difusión del saber, que derivan en el modo de gestión del conocimiento (¿qué tipo de conocimientos producimos?, ¿para qué? y ¿para quién?; ¿qué conocimientos debemos producir? y ¿cómo debemos difundirlos para atender las

carencias cognitivas que perjudican el desarrollo social en el país?).

- **Organización:** comprende el impacto generado por la Universidad en su vida y operación cotidiana como organización humana, y como ejemplo ético ante la sociedad en sus responsabilidades frente al Estado, el medio ambiente, los trabajadores. Hace referencia a los aspectos laborales, ambientales, de hábitos de vida cotidiana en el campus, que derivan en valores vividos y promovidos intencionalmente o no, que afectan a las personas y sus familias (¿cuáles son los valores que vivimos a diario?, ¿cómo debemos vivir en nuestra universidad en forma responsable, en atención a la naturaleza, la dignidad y el bienestar de los miembros de la comunidad universitaria?).
- **Interacción con la sociedad:** comprende el impacto generado por la Universidad en su interacción con las comunidades mediante el ejercicio de sus actividades de formación y servicio; es todo lo relacionado con los vínculos de la Universidad y los actores externos, su participación en el desarrollo de su comunidad y de su capital social, que derivan en el papel social que la Universidad juega como promotora de desarrollo humano sostenible (¿qué papel asumimos en el desarrollo de la sociedad?, ¿con quiénes? y ¿para qué?; ¿cómo la Universidad puede ser, desde su función y pericia específica, un actor partícipe del progreso social a través del fomento de capital social?).

El modelo tiene plena coherencia con la Orientación Estratégica de la Universidad, mediante la cual la Institución se inserta en el entorno global, y se siente comprometida con las necesidades y oportunidades locales, regionales y nacionales.

Para llevar a la práctica los diferentes campos de acción de la proyección social, se desarrollan proyectos, se administran convenios y contratos, se implementan acuerdos y resoluciones, con la participación activa de facultades, institutos, centros, departamentos y divisiones, para beneficiar a la comunidad y facilitar la participación de los estudiantes en distintos escenarios.

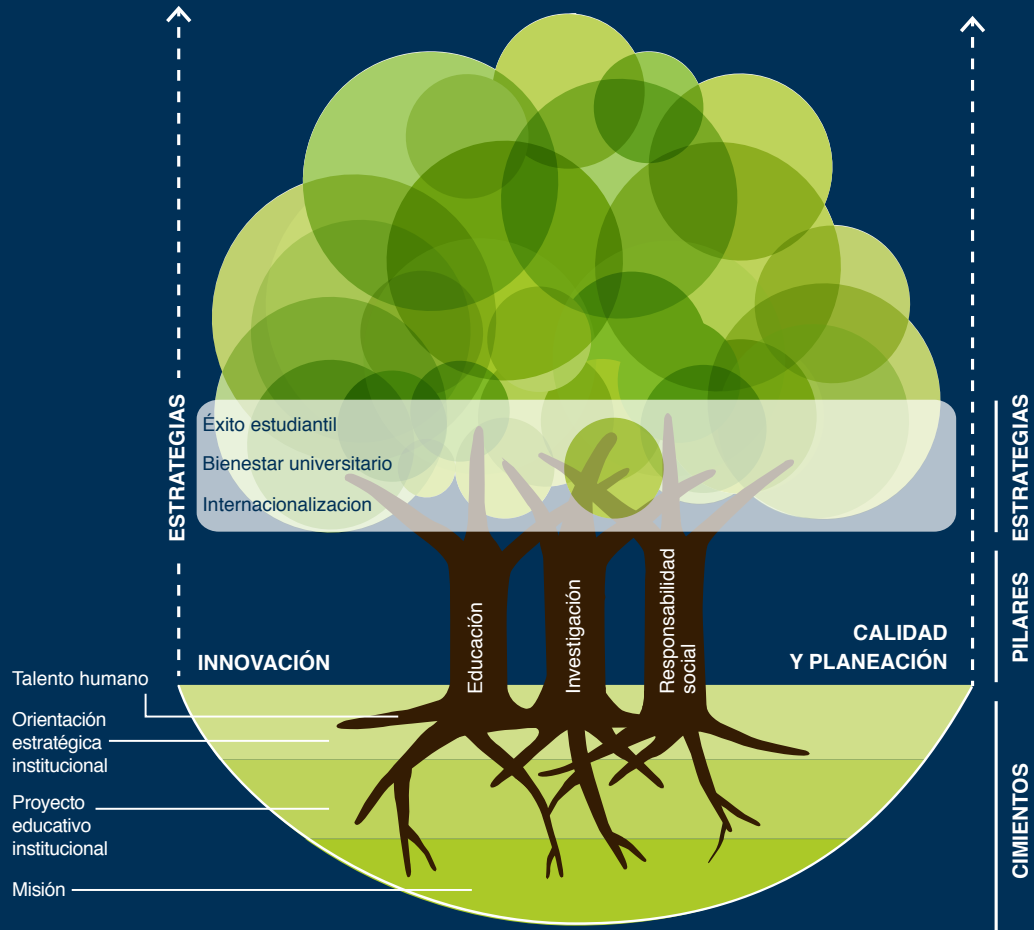
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2016-2021

La Universidad El Bosque cuenta con un Plan de Desarrollo Institucional estructurado para el período 2016-2021² (Universidad El Bosque, 2016). En su elaboración participó de manera activa toda la comunidad universitaria con el aporte de sus ideas, planteamientos, necesidades y expectativas. El Plan de Desarrollo Institucional es un documento orientador y dinamizador de los procesos institucionales, con el fin de dar cumplimiento de la Misión y al Proyecto Educativo Institucional, y responder a lo contemplado dentro de la Orientación Estratégica Institucional y el eje de salud y calidad de vida.

En él se establecen los cimientos, pilares y estrategias en las que la institución se concentrará durante los próximos cinco años, con la Misión, Visión, Proyecto Educativo Institucional y Orientación Estratégica Institucional como fundamento, tal y como se detalla en la Figura 2. Todo esto en pro de la cualificación de las funciones misionales: educación, investigación y responsabilidad social universitaria hacia la calidad de vida, con un entendimiento de la educación como pilar fundamental en la construcción de una mejor sociedad y nación.

2. Universidad El Bosque, Plan de Desarrollo Institucional 2016-2021, marzo de 2016.

Figura 2. Modelo del Plan de Desarrollo Institucional. Fuente: Plan de Desarrollo Institucional 2016-2021.



El cimiento Misión, Proyecto Educativo Institucional, Orientación Estratégica Institucional y Visión recuerda que la Universidad El Bosque centra su quehacer en torno a la promoción de la dignidad de la persona humana en su integralidad; esto es la contemplación de sus múltiples dimensiones en lo biológico, psicológico, social y cultural, para contribuir a su formación integral.

La adopción del enfoque Biopsicosocial y Cultural ha diferenciado a la Universidad El Bosque en sus distintos quehaceres, lo cual se ha evidenciado en la articulación de las diferentes dimensiones en torno a propuestas innovadoras y resolutorias frente a las condiciones económicas, sociales, culturales y académicas propias del medio y del entorno impactado. Todo esto se encuentra expresado en la Misión Institucional. El desarrollo y la praxis de estos postulados se establece claramente en el Proyecto Educativo Institucional, con el que la Universidad apuesta al ejercicio cualificado de sus funciones sustantivas, dado su carácter de Universidad. La Visión Institucional asume los retos propios del sector educativo y apuesta por el alcance de una meta retadora en torno a la cualificación de la comunidad académica; la calidad y pertinencia de sus programas; la apropiación de las culturas de la planeación; la innovación y la calidad; el aporte significativo a la sociedad, desde el desarrollo de la investigación, y la construcción de un país en paz y con un desarrollo sostenible.

Para la Universidad El Bosque, la calidad y la planeación son pilares fundamentales enmarcados en el Modelo de Gestión Institucional y en el ciclo virtuoso de la evaluación-planeación. A través de su política de calidad y planeación se promueve el fortalecimiento de la cultura de la planeación y de la calidad al involucrar a todos los estamentos de la comunidad universitaria e identificar oportunidades de consolidación y de mejoramiento que son insumo significativo para los planes de desarrollo, de mejoramiento y de acción. Resalta la importancia del desarrollo de la innovación y el emprendimiento para ser cada vez más competitivos.

El talento humano es uno de los principales cimientos para el quehacer institucional, por ello se ratifica el compromiso con el mejoramiento continuo del mismo, mediante el desa-

rrollo e implementación de las políticas que permiten la consolidación de un equipo de trabajo comprometido, cualificado y con liderazgo que responda y contribuya a las exigencias que demanda la sociedad y el país.

La Universidad busca atraer y retener un talento humano que desde su formación, competencias, habilidades e intereses, aporte a la generación y transferencia del conocimiento, a la ciencia, a la tecnología y al desarrollo creativo, con el fin de lograr en conjunto los objetivos institucionales e individuales, enfocados en un entorno de bienestar, cultura y calidad de vida.

La constante es el fortalecimiento de un equipo académico con una formación propicia que facilite, al interior de la Institución y de las unidades académicas, el crecimiento de un núcleo académico dinámico, interactivo, integral y con liderazgo, de tal manera que contribuya al logro de las metas propuestas. Por otra parte, busca continuar con la construcción de un equipo administrativo que sea interdisciplinario, competente y comprometido, que dé soporte, engranaje y facilite cada uno de los procesos administrativos.

Las nuevas tendencias en la educación universitaria están conduciendo a una revisión permanente en los procesos de gestión académica, particularmente en lo que concierne al incremento y redefinición de la nueva oferta educativa, apoyada en los componentes educativos digitales, con renovados modelos pedagógicos ajustados a las necesidades de aprendizaje de los estudiantes, y las demandas crecientes de la internacionalización de los currículos.

Deben confluir las acciones referidas a las funciones sustantivas al desarrollo de programas nuevos con especial énfasis en las maestrías y doctorados, direccionados al mejoramiento de la calidad de vida y apoyados en las diversas modalidades educativas. En este orden de ideas, se atienden además las necesidades de capacitación de grupos y comunidades particulares por medio de la oferta educativa en formación continua.

Los procesos académicos de los programas de la Institución se fortalecen con el impulso de prácticas pedagógicas ajustadas a las necesidades particulares de los estudiantes, y su contexto, conducentes a un aprendizaje de calidad, articulado además con la flexibilidad en las estructuras curriculares, para facilitar el acceso y el tránsito de los estudiantes por los diversos niveles educativos; con ello se avanza en la armonización curricular para el impulso de la internacionalización, tarea imprescindible en la educación contemporánea.

El fortalecimiento en los diferentes niveles educativos de la Universidad, desde el paradigma pedagógico centrado en el aprendizaje, permite que los estudiantes desarrollen una cultura que valora la ciencia, la tecnología y la innovación, mediante la formación en competencias investigativas a través de componentes transversales del currículo, que fomentan el desarrollo de la investigación.

Se reconoce la investigación como una tarea fundamental que se constituye en un elemento de especial importancia en los procesos de formación, generación de nuevo conocimiento y conexión con la sociedad mediante su transferencia, y que responde a las necesidades y oportunidades de nuestros entornos locales, regionales y nacionales, con una clara proyección internacional.

Se resalta la importancia de la responsabilidad social universitaria, como eje articulador de las funciones sustantivas, permeadas por la innovación, desde el genuino interés de responder de manera pertinente a las necesidades del entorno. Mediante la estructuración de un portafolio de proyectos a corto y mediano plazo, se han de atender las necesidades del contexto.

Figura 3. El ideal de la innovación en la educación superior. Fuente: Corporación Ruta N Medellín, Centro de Innovación y Negocios.



La Universidad avanza en la gestión del éxito estudiantil, lo que presupone un entorno de aprendizaje adecuado para la calidad de vida del estudiante, que incluye el bienestar integral en su proceso de formación y el diseño y desarrollo de prácticas que permitan mejorar los indicadores de permanencia y graduación estudiantil, de manera que se fortalezcan en los estudiantes las habilidades para gestionarse, hasta convertirse en ciudadanas y ciudadanos responsables y exitosos que generen valor en la sociedad. Lo anterior a través de un permanente contacto, acompañamiento, apoyo y seguimiento desde lo académico, pedagógico, financiero y psicológico, el monitoreo de los niveles de satisfacción y el rendimiento académico, además de la autoevaluación, con el objetivo de que los estudiantes logren culminar sus procesos formativos en el tiempo previsto y alcancen como egresados una óptima y adecuada inserción al mundo laboral.

Para llevar a cabo la generación, transmisión y transferencia de conocimiento y propiciar un buen entorno para la enseñanza y el aprendizaje, la Universidad El Bosque reconoce la importancia que tiene la promoción del bienestar como una condición sine qua non, mediante el “Bien ser - Bien hacer” de todas las personas que integran la comunidad universitaria desde su individualidad y la colectividad.

En concordancia con su Misión y su Visión, entiende la internacionalización como una estrategia transversal y comprensiva de inserción de toda la comunidad académica en un entorno global, lo que implica presencia, impacto, desarrollo de su comunidad y de sus procesos de educación, investigación, transferencia de conocimiento, y la responsabilidad social en ámbitos internacionales.

A través de las estrategias de internacionalización, busca formar ciudadanos y ciudadanas del mundo; es decir, profesionales que cuenten con las competencias y habilidades necesarias para analizar y proponer soluciones a los problemas globales. Así las cosas, el fin último y el quehacer institucional es impactar en la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Universidad El Bosque. (2014). Política de Proyección y Responsabilidad Social Universitaria, Bogotá, Colombia: Ediciones El Bosque.
- . (2016) Plan de desarrollo institucional 2016-2021. Bogotá, Colombia: Ediciones El Bosque.



MIEMBROS TITULARES DE EL CLAUSTRO

Dr. Hernando Matiz Camacho
Presidente
Dr. José Luis Roa Benavides
Vicepresidente
Ing. Ricardo Enrique Gutiérrez Marín
Secretario
Dr. Gerardo Aristizábal Aristizábal
Dr. Otto Bautista Gamboa
Dr. Erix Emilio Bozón Martínez
Dra. Christine Balling de Laserna
Dr. Guillermo Cadena Mantilla
Dra. Cecilia Córdoba de Vargas
Dr. Carlos Escobar Varón
Dr. Jaime Escobar Triana
Dra. Tiana Cian Leal
Dr. Luis Fernán Isaza Henao
Dr. Carlos Augusto Leal Urrea
Dr. José Armando López López
Dr. Guillermo Marín Arias
Dr. Hernando Matiz Camacho
Dr. Gustavo Maya Arango
Dr. Miguel Ernesto Otero Cadena
Dr. David Quintero Argüello
Dra. Lydda Ángela Rico Calderón
Dra. Adriana Rico Restrepo
Dra. Ximena Romero Infante
Dr. Juan Carlos Sánchez París

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO (2017-2018)

Dr. Camilo Alberto Escobar Jiménez
Presidente
Dr. Carlos Alberto Leal Contreras
Vicepresidente
Dra. María Fernanda Isaza Gómez
Secretaria

PRINCIPALES

Dr. Hernando Matiz Camacho
Dr. Camilo Alberto Escobar Jiménez
Dra. María Fernanda Isaza Gómez
Dr. Mauricio Maya Grillo
Dr. Juan Guillermo Marín Moreno
Dr. Carlos Alberto Leal Contreras
Dr. Juan Carlos López Trujillo
Ing. John Eduardo Peña Forero
Est. Andrés Mauricio Calderón Gonzalez

SUPLENTES

Dr. José Luis Roa Benavides
Dr. Otto Bautista Gamboa
Dr. Álvaro Franco Zuluaga
Dra. Ximena Romero Infante
Dr. Jorge Humberto Aristizábal Maya
Ing. Ricardo Enrique Gutiérrez Marín
Dr. Carlos Escobar Varón
Ing. Orlando Tarazona Morales
Est. Juan Sebastián Pardo Flórez

**MIEMBRO CONSEJO ACADÉMICO
(2016-2018)**

Dr. Rafael Sánchez París
Rector
Dra. María Clara Rangel Galvis
Vicerrectora Académica
Dr. Luis Arturo Rodríguez Buitrago
Secretario General

DECANOS

Dr. Hugo Ignacio Cárdenas López
Escuela Colombiana de Medicina
Dr. Jaime Alberto Ruíz Carrizosa
Facultad de Odontología
Dr. Julio Ponce de León Díaz
Facultad de Psicología
Ing. Julio Cesar Sandoval Villarreal
Facultad de Ingeniería
Dr. Gerardo Aristizábal Aristizábal
Facultad de Ciencias
Dra. Rita Cecilia Plata de Silva
Facultad de Enfermería
D.I. Juan Pablo Salcedo Obregón
Facultad de Creación y Comunicación
Dr. Rodrigo Ospina Duque
Facultad de Educación
Dr. Manuel Quiñones Vejarano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Dr. Carlos Hernando Escobar Uribe
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas

DIRECTORES DE DIVISIÓN

Dr. Miguel Ruíz Rubiano
División de Evaluación y Planeación
Dra. María del Rosario Bozón González
División de Educación Continuada
Dr. Juan Carlos Sánchez París
División de Posgrados y Formación Avanzada
Dra. Gloria C. Herrera Sánchez
División de Educación Virtual y a Distancia

REPRESENTANTES

María Fernanda Cala Mejía
Representante Docentes
Omar Patricio Hormiga Marín
Representante Estudiantes

INVITADOS PERMANENTES

Dr. Francisco José Falla Carrasco
Vicerrector Administrativo
Dr. Miguel Otero Cadena
Vicerrector de Investigaciones
Dr. Camilo Alberto Escobar Jiménez
Presidente del Consejo Directivo
Dr. Hernando Matiz Camacho
Presidente de El Claustro
Dr. Jaime Escobar Triana
Director del Departamento de Bioética
Dra. Ana Isabel Mendieta Pineda
Directora del Departamento de Humanidades
Dr. Germán Augusto Neuta Garzón
Rector Colegio Bilingüe
Dra. Martha Inés López Trujillo
Directora Curso Básico de Nivelación
Dra. Carolina Tello Gutiérrez
Director Oficina de Desarrollo
Dra. Ximena Marín Moreno
Directora Bienestar Universitario

**MIEMBROS CONSEJO ADMINISTRATIVO
(2017)**

Dr. Rafael Sánchez París
Rector
Dr. Hernando Matiz Camacho
Presidente de El Claustro
Dr. Camilo Alberto Escobar Jiménez
Presidente del Consejo Directivo
Dra. María Clara Rangel Galvis
Vicerrectora Académica
Dr. Francisco José Falla Carrasco
Vicerrector Administrativo, Secretario del Consejo
Dr. José Luis Roa Benavides
Delegado del Consejo Directivo
Ing. Jaime Alberto Romero Infante
Delegado del Consejo Directivo

INVITADO PERMANENTE

Dr. Miguel Otero Cadena
Vicerrector de Investigaciones



"Consejo Directivo (2017-2018). De izquierda a derecha. De pie: Otto Bautista, Carlos Escobar Varón, Orlando Tarazona, Ricardo Gutiérrez, Mauricio Maya, John Peña, Juan Carlos López, Juan Guillermo Marín y Álvaro Franco. Sentados: Camilo Escobar Jiménez, Hernando Matiz y María Fernanda Isaza."



AUTORES

JAIME ESCOBAR TRIANA

Director del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque. Médico de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Cirugía general y Coloproctología del Hospital San Marcos de Londres. Magister en Filosofía de la Pontificia Universidad Javeriana. Magister en Bioética de la Universidad de Chile y Doctor en Bioética de la Universidad El Bosque.

GERÁRDO ARISTIZÁBAL ARISTIZÁBAL

Decano de la Facultad de Ciencias de la Universidad El Bosque. Médico y especialista en Neurocirugía de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Filosofía de la Ciencia de la Universidad El Bosque.

RAFAEL SÁNCHEZ PARÍS

Rector de la Universidad El Bosque. Médico y especialista en Cirugía Vasculard de la Universidad El Bosque. Magister en Dirección de Empresas de la Universidad de la Sabana.

MIGUEL OTERO CADENA

Vicerrector de Investigaciones de la Universidad El Bosque. Médico y especialista en Cirugía General de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Cirugía Vasculard de Universidad El Bosque.

HUGO CÁRDENAS LÓPEZ

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque. Médico y especialista en Filosofía de la Ciencia de la Universidad El Bosque. Magister en Psicología Social Comunitaria de la Pontificia Universidad Javeriana.

DIANA CAROLINA RUBIO LEÓN

Directora del Doctorado en Salud Pública de la Universidad El Bosque. Psicóloga y Magister en psicología de la Universidad

Nacional de Colombia. Doctora en Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

ALEJANDRO GÓMEZ BARRERA

Director de la Maestría en Salud Pública de la Universidad El Bosque. Odontólogo de la Universidad Nacional de Colombia. Magister en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Doctorando en Estudios Políticos de la Universidad El Externado de Colombia.

NÉSTOR RODRÍGUEZ ARDILA

Presidente de Compensar. Filósofo de la Pontificia Universidad Javeriana. Magister en Economía de la Universidad de los Andes.

MARTHA GIRALDO DE TRUJILLO

Subdirectora de Salud de Compensar. Administradora Pública de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP).

MAURICIO SERRA TAMAYO

Subdirector de Aseguramiento en Salud de Compensar. Médico y Cirujano de la Universidad de Caldas. Magister en Salud Pública de la Universidad del Valle.

DANIEL BONILLA

Director del Taller de Arquitectura de Bogotá. Arquitecto de la Universidad de los Andes. Magister en Diseño Urbano de la Universidad de Oxford.

IXA BACHMAN

Arquitecta en Taller de Arquitectura de Bogotá. Egresada de la Universidad de los Andes.

MIGUEL RUIZ RUBIANO

Director de la División de Evaluación y Planeación de la Universidad El Bosque. Médico de la Universidad El Bosque. Magister en Dirección Universitaria de la Universidad de los Andes. Doctor en Educación de la Universidad de Murcia.



El Árbol del del conocimiento, tanto del bien como del mal, representa en la cultura occidental el permanente crecimiento del saber entregado a los hombres para que juzguen la bondad o maldad de su acciones.

Universidad El Bosque. Centro Académico en Calidad de Vida se terminó de imprimir en noviembre de 2017. Para su composición se utilizaron las familias tipográficas Meta Serif Pro y Helvética. La tapadura se fabricó en tela rústica roja, las guardas con propalcote de 150gr y las páginas interiores en papel bond blanco de 115 gr. Las dimensiones de este ejemplar son 18 cm x 26 cm. La edición conmemorativa por el décimo cuarto aniversario de la Universidad El Bosque, estuvo al cuidado de su Editorial.

POR UNA CULTURA DE LA VIDA,
SU CALIDAD Y SU SENTIDO

ISBN: 978-958-739-106-0



9 789587 391060