

<https://doi.org/10.32735/S2735-652320220006118>

237-258

**SOCIEDAD Y UNIVERSIDAD EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES
SANITARIOS**

Society and university in the training of health professionals

CARMEN GLORIA MUÑOZ MUÑOZ¹

Universidad Austral de Chile

cgmunoz@uach.cl

<https://orcid.org/0000-0001-5740-6413>

VANESSA BOUQUILLARD ESCALONA²

Universidad Austral de Chile

vanessa.bouquillard@uach.cl

<https://orcid.org/0000-0002-8503-0289>

CARMEN LUZ SALAS QUIJADA³

Universidad Austral de Chile

carmen.salas@uach.cl

<https://orcid.org/0000-0003-2362-3406>

MARÍA CRISTINA TORRES ANDRADE⁴

Universidad Austral de Chile

mtorres1@uach.cl

<https://orcid.org/0000-0001-5630-3658>

¹ Académica del Instituto de Aparato Locomotor y Rehabilitación, Universidad Austral de Chile. Doctora en Ciencias en Salud Colectiva.

² Académica del Instituto de Salud Sexual y Reproductiva. Universidad Austral de Chile. Magister en Bioética.

³ Académica del Instituto de Enfermería, Universidad Austral de Chile. Magister en Salud Pública.

⁴ Académica ad honorem de la Universidad Austral de Chile. Magister en Desarrollo Rural.

RESUMEN

Este artículo propone un análisis de la formación de profesionales de la salud adecuados para desempeñar sus funciones en contextos de alto nivel de demanda laboral, como el actual, no solo desde el punto de vista técnico, sino también desde su compromiso social. Además, este estudio presenta una reflexión desde la complejidad y los elementos identitarios, culturales y territoriales necesarios para comprender los efectos causados en esas dinámicas de entrenamiento clínico-tradicional por el virus SARS-CoV2, teniendo en cuenta el papel de la academia para y con la sociedad. Tales eventos han afectado, por un lado, la forma de ver el mundo, percepciones que se construyen por pensamientos, creencias y juicios, que se han modificado drásticamente y sorprendentemente durante la pandemia; y, por otro lado, la forma en que las personas trabajan, estudian y se divierten, que son reconocidas como elementos clave para la construcción de un espacio en el que las mujeres puedan desarrollarse mientras pavimentan su propio camino como profesionales de la salud.

Palabras claves: Enseñanza superior; enseñanza profesional; educación sanitaria; conocimiento situado; campo de la salud

ABSTRACT

This article proposes an analysis of the training of health professionals suitable to perform their functions in contexts of high level of labor demand, such as the current one, not only from the technical point of view, but also from their social commitment. In addition to that, this study presents a reflection from the complexity and the identity, culture, and territorial elements which are necessary to understand the effects caused on those dynamics of clinical-traditional training by the SARS-CoV2 virus, reckoning the role of academia for and with society. Such events have affected, on the one hand, the way of seeing the world, perceptions that are built by thoughts, beliefs and judgments, which have been drastically and surprisingly modified during the pandemic; and, on the other hand, the way in which people work, study and have fun, which are recognized

as key elements for the construction of a space on which women can develop while paving their own path as health professionals.

Key words: Higher education; vocational education; health education; situated knowledge; health field.

INTRODUCCIÓN

El presente ensayo tiene como objetivo revisar una serie de conceptos que, desde la experiencia como académicas, resultan claves para acercarnos a una comprensión del rol de la formación de profesionales del área de la salud, a partir de la praxis y de una lectura crítica de conceptos. Esta lectura de conceptos se presenta entrelazando aspectos epistemológicos con algunos políticos y prácticos, que por ejemplo se evidencian en la salud colectiva como teoría y campo de conocimiento. En términos metodológicos, nos conduce la búsqueda de un recorte de autoras y autores que en su origen, fuera del campo de la salud, constituyen insumos para una reflexión de quienes enseñamos y que esperamos permeen en quienes inician su búsqueda como profesionales del área, en la lógica que la educación que ofrece una universidad debiera ser un campo de posibilidades de aprendizaje, guiado por un motor interior y materializado en una propuesta con múltiples trayectorias, más allá de sólo certificaciones rigurosas.

La formación universitaria debe implicar la posibilidad de proveer y garantizar que exista un campo de aprendizaje para todas y todos quienes conforman una comunidad educativa. Para esto, es importante entender que el campo educacional compete no solo a la institucionalidad que la sociedad crea para tal efecto, como escuelas y universidades, sino que es la sociedad completa la que ha de intervenir en la conformación de este campo de aprendizaje para la educación, tal como nos invitara a pensar Salvador Allende en la década de los 70 en Chile sobre el rol de la sociedad para alcanzar transformaciones sociales consensuadas, pertinentes e inclusivas:

Para nosotros toda sociedad debe ser una escuela, y la escuela debe ser parte integrante de esa gran escuela que debe ser la sociedad, pero no la tradicional, introvertida, satisfecha de una enseñanza que puede ser bien

impartida, pero que no traspasa más allá de sus muros; porque pensamos en la escuela abierta, integrada a los procesos que la inquietan, preocupan e interesan a la comunidad (Allende, s.f, p. 2).

Visto así, si la sociedad ha de brindar un campo educacional para el aprendizaje a través de la educación formal, la preocupación por la institucionalidad educacional también debe ser un foco de atención a considerar y el campo de aprendizaje que estas ponen a disposición debe entenderse como escenario e influencia. En ello, las diferencias producto de las combinaciones en organización, recursos y resultados educacionales logra resultados paradójicos: no siempre la mayor infraestructura tecnología o gasto per cápita, logra modificar como se espera el rendimiento educacional de las personas. Se requiere entonces transitar de los cambios de “primer orden”, que significan incrementar o disminuir la intensidad o la cobertura de alguna acción, por ejemplo, más becas y créditos para los estudiantes, a un cambio de “segundo orden”, que significa modificar el entorno y el paradigma. El primero implica un aprendizaje en "bucle simple", "adaptativo" o “evolutivo”, mientras que la segunda entraña un aprendizaje en "bucle doble", “generativo” o “revolucionario”, es decir “saltos cuánticos” (Aramburu, 2010).

Preguntarse cómo garantizar una educación suficiente para el país desde la perspectiva del costo involucrado en ello, requiere relacionar automáticamente la educación con el sistema educacional, los profesores, los libros y la tecnología, antes de preguntarse por qué las personas quieren educarse o en qué consiste la educación. Pensando en este desafío permanente, Edgar Morin (2011) enunció aquellos que consideraba retos que debe enfrentar el sistema educativo a partir de “bucles” o redes para representar el mapa de la compleja condición humana. Señala allí que es necesaria una educación que cure la ceguera del conocimiento (metacognición), que garantice el conocimiento pertinente y que enseñe sobre la condición humana. Al mismo tiempo, una educación que enseñe sobre la identidad terrenal, capaz de enfrentar las incertidumbres y que enseñe sobre la comprensión y la ética del género humano. Estos saberes deberían ser abordados en cualquier sociedad

y en cualquier cultura, según los usos y las reglas propias de cada una de ellas, asumiendo que esto también puede abrir un área de mayor profundidad en la medida que opciones filosóficas y creencias religiosas conversan entre sí.

En esta misma lógica, Llobera y Escrigas (2022) proponen que debemos entender que la “uni-versidad” en su seno acoge “di-versidad” y con ello acuñar el término “multi-versidad”, como un proceso natural en que las universidades quedan situadas en un espacio de interacción entre lo global y nacional, desafiadas a desarrollar su rol como “multi-versidad” glocal⁵ (Carvajal, 2007), forjando nuevos vínculos entre distintas disciplinas, entre distintos tipos de conocimiento y entre realidades locales y globales, abriéndose a un público amplio, en lógica de cooperación institucional en un contexto glocal.

Muchas de estas ideas son sincrónicas con el tiempo de combinaciones paradójicas que habitamos, donde entendemos el caos como la carencia de comprensión de un fenómeno o que la dimensión “tiempo” requiere otra interpretación. Por tanto, las opciones respecto de cómo debe ser o será la vida en las próximas décadas permanecen como una opción abierta, con muy poco control desde el presente. Entre las incertidumbres, y dado que la centralización exponencial no ha provocado un desarrollo equilibrado de todo el territorio, sino mayor inequidad y exclusión, surge el convencimiento de que, por ejemplo, el desarrollo regional es una prioridad vital para la sustentabilidad del país, en los aspectos sociales y económicos, de salud y de calidad de vida, de tranquilidad y felicidad para todos. Estos constituyen algunos de los desafíos que nos llaman a pensar la educación desde perspectivas situadas, que den lugar a una reflexión profunda respecto del tipo de profesionales que queremos formar, las características de sociedad que queremos habitar y en función de ello, algunas trayectorias que pensamos que debemos recorrer e indagar para tener una visión completa y panóptica.

5 Glocal: concepto para fusionar globalización y localización. Señala un intento de entender las maneras en las que lo global y lo local interactúan para producir una "cultura global". El sociólogo Robert Robertson en los 80 fue el primero en popularizar el término.

CAMPO DE LA SALUD PARA LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES: EL VALOR DE LO SITUADO Y LA COMPLEJIDAD

La idea de *campo de salud* nos dispone un entorno para la integración de varios de estos elementos que enunciamos previamente, porque reconoce la influencia de cuatro elementos: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de salud (Lalonde, 1974). La combinación de ellas ofrece distintos resultados dependiendo de la situación coyuntural u oportunidad, en la medida que complejizan las posibilidades de determinismo epidemiológico en salud con la interacción de dimensionalidad, movimiento, apertura sistémica, dominios, jerarquías, relaciones de regularidad e incertidumbre, así como las posibilidades y límites de discontinuidad y emergencia (Breilh, 2003). En educación, este campo de posibilidades tendría influencia en la posibilidad de movilidad social, la segregación de clase, el acceso a las redes sociales, las inequidades económicas, el volumen de la herencia familiar, entre otros. También influyen la organización social más próxima, la familia con su historia, trayectoria y valores que intencionan implícita o explícitamente las capacidades adquiridas para aprender e influyen en el desempeño del estudiante en el sistema educativo. Tampoco debe desconocerse en esta interacción, las influencias biológicas o psicológicas que cada persona tiene o adquiere, en su rol de estudiante en tanto persona.

Esta aproximación presenta la salud y la enfermedad como un marco de despliegue de posibilidades y distintas combinaciones de dichos elementos, de tal suerte que, dependiendo de las combinaciones se avance en el sentido trascendente que el conjunto de personas defina como deseable. Breilh sitúa esta reflexión desde la posmodernidad, proponiendo distinciones y semejanzas entre objeto, concepto y campo salud, de tal modo que “conforman un sistema de relaciones que, para ser trabajado desde una perspectiva emancipadora, requiere situarse desde una praxis de transformación concreta y apoyarse en una teoría general crítica” (2010, p. 55).

Así también, Chapela (2005) propone que una forma emancipadora de entender la promoción de la salud parte de una manera contra hegemónica de

242 | INTEREDU N°6 VOL. I (JULIO 2022) PÁGS. 237-258. ISSN: 2735-6523

comprender a los seres humanos, reconociendo la existencia de una dimensión psicobiológica, al considerar la expresión del cuerpo como la posibilidad de satisfacción del deseo a través de la comunicación, la creatividad y otras habilidades; como una dimensión política, para elegir, actuar, construir alternativas y tomar decisiones; como una dimensión económica y administrativa, que implica la utilización de recursos y organización de acciones; y finalmente, como una dimensión técnico-práctica, que es el despliegue de lo que las personas hacen. En esa misma línea entonces, así como los excesos y carencias postmodernas se reflejan en la expresión de problemas de salud actuales, por ejemplo, las enfermedades crónicas no transmisibles que reflejan demasiado sedentarismo, demasiado trabajo, demasiada comida. Por el lado de las carencias, los vínculos afectivos tenues, la reducción de la familia y de las redes culturales, se reflejan en apatía y hedonismo, trastornos del ánimo y psicopatías.

La combinación de la triada de trabajo, ocio y consumo determina también la salud y calidad de vida de las personas, las familias y grupos sociales, en la medida que media el tipo y cantidad de trabajo, nivel y tipo de salario y con ello, las posibilidades de consumir, aunque este es influido por los satisfactores que el mercado priorice. El ocio, entendido como tiempo disponible para la vida personal, tendrá las mismas influencias que el consumo. En esta misma lógica, el avance conceptual respecto de las determinantes sociales de la salud se ratifica en el espacio político, lo que constituía un acervo de conocimiento previo, de pensamiento crítico y de acción sanitaria, porque evidenció de qué manera en las condiciones de vida influyen la distribución desigual de poder, bienes, servicios e ingresos; estos combinados con insuficientes resultados de la gestión política y programas sociales deficientes, afectan las condiciones de vida y específicamente, determinan las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, evidenciando notorias diferencias en la incidencia (frecuencia con que ocurre una enfermedad) y letalidad (probabilidad de morir de un enfermo) de la población que vive en determinados contextos sociales (World Health Organization, 2010).

Pero la formación necesaria para desarrollar cuidados comunitarios requiere trabajar en la estructura y también con elementos contextuales.

Implica el manejo de elementos que influyen en las conductas de la familia y en las relaciones de vecindad, en un espacio territorial y para ello, requiere que tomemos conciencia de las relaciones interseccionales, los vínculos entre aspectos socioculturales, biológicos y políticos, por ejemplo. Desde otro espacio, Araiza (2020), analiza la obra de Donna Haraway desde su complejidad y perspectivas, desde donde con su teoría cyborg, propone una manera de concretar esta interseccionalidad, aludiendo a la simbiosis entre entorno, tecnología y seres humanos, que sería la base de materialización de cuidados situados realizados por profesionales situados.

La teoría cyborg de Haraway (1995) rechaza las nociones del esencialismo, proponiendo a la vez un mundo quimérico, monstruoso de fusiones entre animales y máquinas. En términos generales, la teoría *cyborg* se sustenta en escritos como *la tecnología de cyborgs* y afirma que "La política de los *cyborgs* es la lucha por el lenguaje y contra la comunicación perfecta, contra el código que traduce a la perfección todos los significados, el dogma central del falogocentrismo.". En vez, el *cyborg* de Haraway llama a una metáfora no esencializada, semiótica, capaz de unir todas las coaliciones políticas en planos de afinidades más que identidades. Siguiendo a feministas Lacanianas como Luce Irigaray, el trabajo de Haraway refiere a la brecha entre el discurso feminista y el lenguaje dominante del patriarcado occidental. Como lo explica Haraway, "la gramática es la política por otros medios" y las políticas efectivas solo se hablan en el lenguaje de la dominación.

Traer estos conceptos e ideas a los aprendizajes concretos en el área de la salud requieren tomar distancia de procesos individuales y un claro involucramiento con los grupos comunitarios. Implica que un o una profesional se sumerja en la complejidad social, independiente del nivel de tecnologización de la atención sanitaria. En el ámbito puramente educativo, el aprendizaje situado alude a un proceso multidimensional, de apropiación cultural que involucra pensamiento, efectividad y acción, donde los actores son parte y producto de la actividad, el contexto y la cultura de quien lo desarrolla y aplica. El conocimiento situado, implica dar relevancia a la mediación, a la construcción conjunta de significados y a mecanismos de

ayuda ajustada (Díaz, 2003). En lenguaje de Haraway (1995), y llevando a la práctica una aproximación inicial para la investigación y el desarrollo de la ciencia, requiere del quiebre de la “objetividad” de las y los sujetos, demanda el posicionamiento de un punto no neutral de partida para la acción.

Aunque esta proposición del conocimiento situado puede resultar una referencia lógica para el quehacer de profesionales de la salud, constituye un desafío permanente que se aprecia en diversos contextos de desempeño profesional. Suelen ser más evidentes en los contextos rurales, pero también son necesarias en lo urbano y en ambientes hospitalarios. Por ejemplo, las enfermeras/os rurales son parcialmente visualizadas/os por personas usuarias por su amabilidad, conocimiento, habilidad técnica y consejería como factores identitarios del rol, lo que es coincidente con la construcción social del rol de enfermería, porque reconoce un hacer dialógico con las personas usuarias, en un contexto de continuidad de la atención (Marilaf, et al., 2011).

No obstante lo anterior, en un terreno próximo, un escenario que nos sirve para afianzar este análisis, es el escaso desarrollo teórico y la valoración del significado de la vida en la ruralidad. Esto genera una concepción arcaica que la vincula como una forma de atender a la pobreza, al retraso, se la sitúa en la dicotomía del desarrollo y la desvaloriza (Pérez, 2001; Carvajal et al., 2007). Sumado este aspecto con la naturalización de las políticas sociales y de salud, que centralizan y estandarizan acciones sanitarias, suelen atender los procesos de salud-enfermedad centrados en el saber profesional, más que en las necesidades de las personas o el conocimiento de las comunidades de las que forman parte. Transformar estas lógicas, requiere mirar el cuidado de la salud y los procesos de asistencia y acompañamiento en la enfermedad de una manera compleja, poniendo atención a las particularidades de colectivos en diversidad de territorios y en consonancia con sus valores espirituales y culturales.

Para la comprensión del entorno como inmersión territorial, la epidemiología propone la tríada persona, lugar y tiempo, de manera de explicar y comprender los procesos salud-enfermedad, individuales y colectivos, entrecruzamientos que provocan mayor o menor salud. Sin embargo, esta tríada origina aristas y ampliaciones que la complejizan y que son relevantes para un ejercicio profesional situado. Por ejemplo, debe operativizar que la persona es poseedora de identidad, cultura, género, etnia,

pasado, presente y futuro; vivencia una determinada integración social e inserción global y experimenta eventos coyunturales. También el lugar comprende cultura, características demográficas, tiene historia, futuro y al igual que la persona, una determinada integración social e inserción global que influye en quienes lo habitan. Respecto del tiempo, la manera de medirlo y percibirlo ha evolucionado y comprendido que la historia es una interpretación de hechos pasados, que se relaciona con la mistificación de ellos en función de lo establecido.

Como la epidemiología estudia la distribución y determinantes de los procesos salud enfermedad colectivos, al mismo tiempo que la respuesta social a estos procesos (López, et al., 2000), persona, tiempo y lugar, serían espacios de la cultura (sociedad), las historias (evolución) y el territorio (límites identitarios). La combinación organizaría una respuesta social relacionada con la concepción de salud y de enfermedad que la sociedad tenga y del valor que ésta le otorgue a la vida, lo que a su vez, se tiñe con la interpretación histórica del devenir de los acontecimientos pasados y de los consensos internos que dicha interpretación genere. Así vista, la epidemiología pone en valor los componentes socio históricos de la salud- enfermedad y reconoce que es posible acercarse a estos desde dimensiones cognitivas diversas pero interdependientes: ontológicas (la de su ser), epistemológica (la de su conceptualización) y de la práctica o praxis; todas y cada una de ellas en movimiento, en relaciones dinámicas y en un modo histórico social que le determina (Breilh, 2010).

Reconocer esta complejidad, imprime el desafío de identificar el valor de un marco identitario, algunas veces imperceptible, pero que cada uno vive y que se modela en el trabajo, la alimentación, la recreación, el descanso, las relaciones entre familiares, los vínculos afectivos y los no afectivos, las decisiones colectivas y los valores implícitos en ellas; en lo que (Breilh, 2010) denomina modos de vida, individuales y colectivos (dependiente de condiciones y espacios estructurados y estructurales), que van desde la construcción individual, familiar y grupal, para dar forma a estilos de vida (aquellos que se atribuyen al libre albedrío personal).

Un determinado campo de salud, en que la buena vida tiene mayores o menores posibilidades de florecer, puede variar en función de la fuerza y dirección de la relación entre componentes, en su contexto social e histórico particular. La influencia para hacer variar el campo de salud de una persona, de una familia o de un territorio, requiere de un tipo particular de profesional de la salud: uno que integre el poder de lo “situado” en su ejercicio profesional, es decir, que procure una lectura crítica y pertinente de los componentes personales y colectivos que constituyen la realidad subjetiva de las/los sujetos de atención, procurando transformación social.

LO PRÁCTICO Y LO POLÍTICO EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD

¿Y cómo anda la salud? “Bien, contento, la familia bien, los cerditos gorditos. Ha llovido y la cosecha viene buena...” Es la respuesta de un longko mapuche, autoridad tradicional de uno de los pueblos originarios de Chile, una cosmovisión que amplía fractalmente el espacio interior de la salud hacia el entorno, como una continuidad indivisible. Esta respuesta es la ejemplificación del concepto de Ecosalud (Lebel, 2005), otra arista de una atención de salud situada. Alchao (2010), muestra cómo desde la perspectiva de un pueblo originario, se conjugan para lograr una buena vida, la razón más profunda de la economía y de la salud. Esta filosofía se relaciona e integra a partir de un lenguaje, el ser-persona, con una espiritualidad y con el sentido profundo de la vida, el espacio en que se habita, y acciones de reciprocidad para lograr armonía comunitaria y territorial.

En la complejidad de la cosmovisión mapuche, convergen sistemáticamente aspectos espirituales –el *Dasein* de Heidegger– el lenguaje sacralizado, el comportamiento ético, la relación respetuosa con la naturaleza, la historia y proyección familiar, el trabajo individual y colectivo, los mecanismos de relación solidaria y redistributiva de los excedentes, en un todo armónico difícil de visualizar para personas inmersas en la cultura económica occidental.

Esto nos permite entender que una porción territorial es el espacio social de producción y reproducción cultural que impacta la relación con el entorno, más o menos armoniosa o más o menos inclusiva. Una población que consume sin control ético y sin vincularse con las regulaciones naturales sin

duda tendrá formas de ocio también vinculadas al consumo y el trabajo deberá ser arduo, para poder sustentar el consumo y el ocio. Desde esta perspectiva, el ocio debería estar relacionado con el momento de retracción, no de expansión, de reciprocidad con el entorno y no con un consumo distinto.

Una atención de salud situada tendrá más capacidad para influir en las expresiones del trabajo, del ocio y del consumo, puesto que se “sitúa” en contextos y prácticas distribuidas entre actores involucrados multicéntricamente, apelando a la red de influencias que conforman un campo de salud, más que, enfocarse solo en el sistema de salud y en el conocimiento que un individuo posea. En este sentido, el aprendizaje se entiende como una continua y creciente participación en determinados escenarios, prácticas y comunidades culturales (Hernández, 2006).

Esta idea, respecto de lo situado permite tejer experiencias de campo en la relación salud-enfermedad en territorios concretos, y hacen pertinente una reflexión sobre la “praxis”, la cultura y la identidad territorial; conceptos que nos sirven para definir un proceso de construcción de saberes a partir de la teorización respecto de la experiencia, contrastando ésta con referentes teóricos y empíricos. Esta comprensión, presupone que la praxis se desarrolla en un determinado contexto cultural, el que se modifica por ella (Ortiz & Borjas, 2008) y por tanto, es el elemento central a de-construir para la práctica profesional situada.

La cultura, entendida como pautas de significados consensuados por un grupo humano y la dimensión simbólico-expresiva de sus prácticas sociales, implica matrices subjetivas, el “habitus” y sus instituciones o artefactos (Lizardo, 2004). La cultura implica la capacidad creadora e innovadora del grupo humano que posibilita permeabilidad y adaptación al entorno y las coyunturas; la voluntad para intervenir en sí misma y en su entorno. Ella vitaliza a un colectivo humano cuando constituye su memoria, cohesiona actores y da legitimidad a sus acciones. Por ello, el significado de la salud para dicho colectivo, las formas subjetivadas de este significado y las respuestas sociales objetivadas en tecnología e instituciones, en patrimonio acumulado y prácticas rituales, son elementos que interpretan, modelan y

reinventan el significado de salud para dicho colectivo. Por eso, una atención situada apela al significado profundo que el concepto salud adquiere para esa persona, su familia o su entorno y conocerlo demanda aproximarse a lenguajes, subjetividades y saberes habitualmente desconocidos. La aproximación requiere por tanto, despojarse de la incertidumbre que da el saber occidental, tradicional y hegemónico (Linares, 2015).

Sobre la identidad territorial es importante consignar que las distinciones sociales, culturales, históricas, económicas, de inserción social y de vocación de un determinado territorio, ayudan a explicar por qué poblaciones, comunidades y familias, tienen perfiles patológicos diferentes. Asimismo, entregan las características del campo de posibilidades para que la salud de sus habitantes se despliegue. El paradigma contra hegemónico incorpora la complejidad y las relaciones producción-propiedad-poder, como condiciones de la materialidad social que determina el campo de salud de un grupo humano (Breilh, 2010; Feo, et. al, 2012).

Un campo de salud para un grupo humano se transforma en un campo de posibilidades, de combinaciones del potencial genético (biología humana), de condiciones físicas y culturales de su entorno (medio ambiente), de cómo satisface sus necesidades humanas (estilo de vida) y de la respuesta social frente a la enfermedad (organización de la atención de salud). Modificar el estilo de vida, significa entonces, modificar las condiciones físicas y culturales de su entorno, tanto como debería modificarse la organización de la atención de salud. De esto entonces, dependerá la expresión del potencial biológico. Visto de este modo, una modificación de una de estas determinantes debiera provocar modificaciones también en las otras, para amplificar o reducir el campo de salud para un grupo humano. Una amplificación del campo de salud requeriría a su vez, que la sociedad en su conjunto comparta un campo valórico que modele, respete y valore una ética distinta.

La identidad es una “necesidad tan vital e imperativa, que el ser humano no podría estar sano si no encontrara algún modo de satisfacerla” (Fromm, 2007), por tanto, es una necesidad afectiva (sentimiento) y una demanda cognitiva (conciencia de sí mismo y del vecino como personas diferentes). La identidad y conciencia de sí conlleva tomar decisiones, haciendo uso de su libertad y voluntad. Así, las personas transitan por

repertorios culturales distintivos, que señalan lo propio de lo ajeno y que dan fuerza a constelación no sólo de rasgos distintivos individuales, sino también al diálogo entre culturas, espacio de despliegue de intersubjetividades.

Sin embargo, la historicidad por la que transitamos complejiza la construcción de identidad, porque la resistencia ontológica al racionalismo positivista da paso a un sano eclecticismo, que provoca resquebrajamiento en los grandes relatos generadores de cultura y de legitimidad y hace que se normalicen formas de aceptación o de no conciliación y de convivencia armónica de grupos no iguales en un mismo espacio territorial, pero que compartan aspectos identitarios comunes. Una atención de salud situada, desde esta lógica, requiere un proceso consciente y la capacidad de un aprendiz, para descubrirse en el espejo, como persona y como profesional, igual y distinto.

En este marco de referencia, las ideas de George Canguilhem sobre la concepción de la salud como equilibrio (Caponi, 1997), nos permiten ver la necesidad de integración de los conceptos revisados previamente, toda vez que la salud es concebida como una capacidad de instaurar nuevas formas en situaciones adversas (como puede ser entendida la enfermedad).

LA SALUD COLECTIVA Y SU COMPRENSIÓN DE LO SOCIAL A PARTIR DE LA CULTURA Y LOS TERRITORIOS

En salud, las instituciones sanitarias tienen una responsabilidad limitada respecto del nivel y estado de salud de las personas. Desde algunas perspectivas hegemónicas, el marco de los determinantes sociales de la salud (World Health Organization, 2010) son los que tienen un mayor peso en los resultados sanitarios. Esto nos desafía para que la formación de profesionales del área adquiera una mirada próxima a la problematización que planteamos. En el pensamiento de la salud colectiva, como corriente política de pensamiento, estos adquieren mayor importancia, en la medida que ponen en cuestión el discurso del “riesgo de enfermar”, propio del clásico paradigma de la salud pública. El pensamiento de la salud colectiva pone énfasis en la capacidad de resistencia y adaptación de modos de vida, socialmente

determinados, por sobre los riesgos de enfermar y las decisiones individuales de exposición a agentes patógenos.

En el terreno académico, esta corriente empieza a nutrir lentamente los currículum de formación académica de las disciplinas del área de la salud, en el pre y postgrado, de manera de integrar el pensamiento y las categorías de “lo social” a la lógica biomédica tradicional ya sea de la mano de la salud pública tradicional o desde puntos distantes, dada algunas de sus coordenadas epistémicas, que se centran en la asociatividad en torno a intereses, preocupaciones y necesidades, sobrepasando lo temporal-territorial-físico.

Conceptualizar la salud colectiva como un nuevo paradigma o como una corriente científica rebasa el objetivo de este análisis y responde a la profundización en la filosofía de la ciencia o del uso del concepto de paradigma. Para el objeto de este ensayo es importante descifrar sus coordenadas para que la orientación epistemológica, que permite entender mejor su incorporación como un referente teórico para las ciencias de la salud y para la formación de profesionales del área, en la línea de lo que consideramos socialmente necesario o aportativo al campo de formación profesional.

Sin duda que los modelos de pensamiento predominante han permeado la manera como se explica el proceso salud enfermedad, sus límites, significados, consecuencias y convivencias. Por ejemplo, no es extraño leer y/o escuchar en trabajos críticos sobre temas de salud, un análisis simplista y a veces hasta despectivo al paradigma positivista, desconociendo que, si bien éste aún se encuentra presente en el ejercicio de la medicina, no cubre sino el reducto de la práctica clínica individual. Tender a ver al ser humano como mecanismo y como articulación de piezas que, en el esquema cartesiano clásico procura el restablecimiento funcional como resultado de la síntesis de elementos y el re-montaje, ha terminado de encontrar los límites como modelo explicativo para su abordaje en dificultades institucionales, políticas, históricas y principalmente epistemológicas (Iriart et. al, 2002, Almeida & Silva, 1988).

El conocimiento ha encontrado formas cada vez más eficaces y complejas de construir y explicar objetos de estudio que superan enfoques reduccionistas. Esa es la evolución del pensamiento científico, señala Bruno Latour (1992), este no se produce ni en abstracto, ni en el reducido mundo de los científicos, sino que responde a una organización, que inmersa en la cultura

y en lenguaje, deviene de una evolución socio histórica. El paradigma positivista y los modelos que a partir de él se han desarrollado han encontrado sus límites propios, no es necesario satanizarlo, mucho menos desconocer el valor de su aporte a las ciencias básicas de la salud. La tabla 1 muestra una aproximación a este devenir y la evolución conceptual que se puede asociar.

Tabla 1. Evolución conceptual asociado a la idea de “salud”.

Modelo de pensamiento	Idea de cuerpo	Concepto de enfermedad	Tipología de enfermedades	Intervención terapéutica
Religioso-mágico	Objeto de pecado	Transgresión a leyes divinas	Males	Protección divina
Alquímico	Solve et coagula	Transgresiones sociales	Peste	Sangrías
Mecanicista	Máquina con vida	Epidemias	Viruela	Vacunas Antibióticos
Sistémico	Múltiples sistemas relacionados	Desequilibrio interno	Crónicas no transmisibles	Tecnología Cambio conductas
Naturalismo	Objeto sagrado	Desequilibrio ecológico	Deterioro de la salud mental. Estrés	Socio pisco biológico
Cuántico	Flujos energéticos	Cambio personal Cambio universal	Desarmonía accidentes	Activación puntos energéticos Cambio vital

* Elaboración propia de las autoras, 2022.

En este contexto, uno de los principales problemas en el campo de la formación es intentar explicar la salud como objeto de la acción médica, no logra dar cuenta de la salud como un fenómeno de la vida y definir salud se ha transformado en un punto ciego, rodeado de metáforas y analogías,

transformándolo a veces en una construcción poética más que científica o política. La salud colectiva se abre a la interpretación de la salud en el marco de la vida y más específicamente aún, a los modos de andar por la vida.

La salud requiere ser entendida desde la complejidad. Cuando esto ocurre, ésta nos provee de los lineamientos para comprender los procesos de la naturaleza, pero también de la sociedad y la historia; entender que los fenómenos no responden a la linealidad ni se pueden enmarcar en la lógica del causalismo, que se deben considerar las paradojas e incluso pensar que la realidad concreta tiene caminos discontinuos en su estructuración (Almeida, et. al, 2009).

Así, con esta lógica, la salud colectiva se constituyó en un campo interdisciplinario de saberes y prácticas desarrolladas en América Latina desde los años 70' que se preocupa de la salud como objeto de estudio, comprendiendo su dimensión histórico-social y asumiendo que los procesos de salud/enfermedad guardan una vinculación estrecha con las condiciones de vida de las personas y las características de las sociedades en que estas viven. Entiende que la intervención sobrepasa la acción médica y debe involucrar cambios sociales, procesos en que se involucra a los Estados y a la sociedad, más que al exclusivo ámbito de la salud (Iriart, et.al. 2002, Almeida & Paim, 1988).

A MODO DE CONCLUSIONES

Un amplio, profundo y permanente “campo de salud” es un espacio de posibilidades para que la buena vida se despliegue. La convergencia de seres humanos considerados en sus dimensiones sociales, emocionales y culturales en una porción territorial de cualquier tamaño, pero develado como espacio histórico evolutivo, es terreno propicio para un ejercicio profesional situado, en cualquier tipo de atención o sistema sanitario. Cuando la vida diaria se desarrolla bajo ciertas condiciones seleccionadas valórica y consensuadamente, la salud individual colectiva y planetaria, podrían considerarse como el motivo trascendente de la sobrevivencia planetaria, acción a la que todo profesional debería contribuir, como una forma de generar transformaciones en la vida de personas y las estructuras que nos sujetan.

El siglo 21 marca hitos que se gestan hace décadas y que son visibles en nuevas epistemias para la ciencia, nuevos referentes valóricos para las personas, nuevas tecnologías disponibles para la enseñanza y nuevos modelos de organización para la sociedad. Sin duda, que estas modificaciones se reflejan en la enseñanza universitaria y en los currículos, por ello, es fácil encontrar en los diseños curriculares, conceptos como, portabilidad de los conocimientos que se traduce en créditos transferibles desde lo macro, o en los objetos de aprendizaje, desde lo micro.

Otros conceptos transversalmente aceptados son los de centralidad en los estudiantes y en su aprendizaje, lo que se materializa en la formación por competencias, que supone una capacidad docente y del currículo para articular saberes de modo diverso, pero que son evidenciados en hechos objetivables. Con ello, se asume que hay distintas formas de aprender y distintos tipos de inteligencia. Como señala Derrida, se han deconstruido conceptos, entregando un nuevo ángulo de comprensión de ellos, puesto que más de alguna de las nuevas cuestiones señaladas, son parecidas a las antiguas, aunque ahora miradas con un prisma diferente y de allí que otorgan una distinta luz.

Sin duda, la reflexión respecto de lo ético actitudinal en las personas adquiere relevancia cuando se la vincula a la sobrevivencia planetaria. La conducta autorregulada de cada persona tendrá un resultado planetario, necesario para la sobrevivencia de las especies en general y del género humano en particular. Por ello, son múltiples las demandas que desde este ámbito se hacen para los sistemas educacionales. Por otro lado, los profesionales de la salud que se vinculan operativamente con la vida y la muerte de las personas y en general con su buen-vivir, tienen responsabilidades adicionales en este sentido y en particular, los profesionales cuya vertiente epistémica los sitúan en el concepto del cuidado, que ha sido parte de la reflexión filosófica desde la ecología y el desarrollo sostenible y sustentable y la sociología.

El aprendizaje de lo actitudinal tiene sus complejidades porque no se refiere a contenidos cognitivos sino a modelos de conducta que deben estar presentes en la relación entre profesionales en formación y docentes, a través

de quienes ejercen alguna función en ella sea en forma directa o indirecta, intencionada o incidentalmente, porque los aprendizajes en el ámbito actitudinal suelen ser inesperados y muchas veces, erráticos o contradictorios. Ahora bien, si la inclusión de lo actitudinal en la enseñanza es complejo, la evaluación de ellas es más compleja aún, porque este proceso evaluativo tiene más un carácter formativo que dé resultados y porque la única vez que ella adquiere este carácter, es cuando lo actitudinal falla gravemente.

En consecuencia, lo actitudinal como parte del proceso formativo, debiera tender a crear condiciones que posibiliten el despliegue de los modelos formativos deseados tanto como, proporcionar espacios reflexivos que orienten el valor de los aprendizajes y la efectividad del proceso de enseñanza. Para que la evaluación actitudinal adquiera el carácter formativo, es relevante considerar que se trata de actitudes, a las que no es posible acceder directamente, por tanto requiere de instrumentos que medien para inferir o interpretar dichas actitudes, para ello, es necesario aceptar ciertos supuestos que son consonantes a un cierto campo formativo, pero que podrían no ser válidos en otro, por tanto urge establecer ajustes para lograr correspondencia entre comportamientos y actitudes en los estudiantes, independiente de la disciplina, profesión u oficio en que se están formando, hay ciertos aspectos claves que por su condición de profesional universitario debe demostrar.

Evaluar lo actitudinal implica una doble modelación entre estudiantes y docentes, que se reflejan unos y otros y que ofrecen mutuamente posibilidades de enmienda, dentro de un modelo valórico explícito, al que tanto estudiantes como docentes adhirieran con entusiasmo. Por otro lado, la explicitación de este modelo valórico proporciona más transparencia en la restringida posibilidad de elección que tienen estudiantes y familias respecto de lo que quieren proyectar para el futuro, tanto como profesional individual, como colectivo universitario y finalmente, las transformaciones sociales que subyacen en las opciones valóricas.

Las posibilidades que la situación pandémica ha dejado en evidencia dan cuenta de la relevancia de las cuestiones éticas y valóricas profundamente implicadas en nuestra forma de vivir y de morir, como se señalaba en principio, en que la sociedad completa es una comunidad que educa e interviene en el campo de aprendizaje de la educación. La apertura hacia

formas de producción y reproducción cultural debieran requerir de un profundo sentido ético y valórico para que se integre a los procesos que la inquietan, esta vez como estrategia de sobrevivencia planetaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alchao, J. (2010). El modelo económico mapuche. Tesis. Magister Desarrollo Regional. Facultad Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad Austral de Chile.
- Almeida Filho, N., Silva Paim, J. (1988). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales, 75, 5-30.
- Almeida Filho, N., Castiel L., Ayres, J. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. Salud Colectiva, 5(3), 323-344. <http://www.redalyc.org/pdf/731/73111844003.pdf>
- Allende, S. (s.f) (4 de enero de 2021). El niño, único privilegiado. Discurso de apertura del año escolar 1971 [Archivo Salvador Allende]. <https://www.marxists.org/espanol/allende/1971/marzo25.htm>
- Aramburu, N. (2010). Estudio del Aprendizaje Organizativo desde la perspectiva del cambio: Implicaciones Estratégicas y Organizativas. LAP Lambert Academic Publishing
- Araiza Díaz, V. (2020). El pensamiento crítico de Donna Haraway: complejidad, ecofeminismo y cosmopolítica. Península, 15(2), 147-164. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-57662020000200147&lng=es&tlng=es.
- Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud colectiva; 6(1), 83-101. <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n1/v6n1a07.pdf>
- Breilh, J. (2003). Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar editorial
- Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. História, Ciências, Saúde. Vol. (2), 287-307.
- 256 | INTEREDU N°6 VOL. I (JULIO 2022) PÁGS. 237-258. ISSN: 2735-6523

- Carvajal, A. (2007). Desarrollo y Cultura. Elementos para la reflexión y la acción. Universidad del Valle.
- Carvajal, Y., Carvajal, J., Figueroa, E., Ibacache, J., Jaramillo, F., Winkler, M. (2007). Propuesta para el desarrollo de la salud en el ámbito rural. *Cuad Méd Soc*, (73), 139-154.
- Chapela Mendoza, M.C. (2005). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria en Jarillo E. y Guinsberg E. (Eds), *Temas y desafíos en salud colectiva*. (pp. 347-376). Lugar Editorial
- Díaz Barriga, F. (2003). Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*; 5 (2). <http://redie.ens.uabc.mx/vol5no2/contenido-arceo.html>
- Feo Istúriz, O., Feo Acevedo, C., Jiménez P. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. *Rev Cubana Salud Pública*, 38(4), 602-614. http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/feo_isturiz__oscar__feo_acevedo__carlos__jimenez__patricia_.pdf
- Fromm, E. (2007). El arte de amar. Ed. Paidós. Barcelona
- Haraway, D. (1995). Ciencia, Cyborgs y Mujeres: La reinención de la Naturaleza. Editorial Cátedra.
- Hernández Rojas, G. (2006). Enseñanza situada: Crear contextos de aprendizaje de alto nivel de situatividad. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle*, 7(25), 109-114. <http://revistasinvestigacion.lasalle.mx/index.php/recein/article/view/247>
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*, 12 (2), 128-36. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v12n2/128-136/es>
- Latour, B. (1992). Ciencia en Acción. Cómo seguir a los científicos e ingenieros a través de la sociedad. Editorial Labor.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ministry of National Health and Welfare. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Lebel, J. (2005). Salud: Un enfoque ecosistémico. [Archivo PDF]. <https://cutt.ly/7UZolm2>

- Linares Pérez, N. (2015). Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*; 41(1), 94-114. http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100009&lng=es
- Lizardo, O. (2004). The Cognitive Origins of Bourdieu's Habitus. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 4(34), 375-401. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.2004.00255.x>
- Llobera, J. y Escrigas C. (4 de enero de 2022). The glocal multiversity: new roles and emerging challenges for human and social development. <https://www.guninetwork.org/articles/glocal-multiversity-new-roles-and-emerging-challenges-human-and-social-development>
- López Moreno, S., Garrido Latorre, F., Hernández Ávila, M. (2000). Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Rev. Salud Pública de México*, 42(2), 133-143. <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n2/2382.pdf>
- Marilaf, M., Alarcón, A., Illesca, M. (2011). Rol del enfermero/a rural en la Región de la Araucanía Chile: percepción de usuarios y enfermeros. *Ciencia y enfermería*, 17(2), 111-118. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000200012>
- Morin, E. (2011). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Ediciones Paidós Ibérica.
- Ortiz, M., Borjas, B. (2008). La Investigación Acción Participativa: aporte de Fals Borda a la educación popular. *Espacio Abierto* 17(4), 615-627. <http://www.redalyc.org/pdf/122/12217404.pdf>
- Pérez, E. (2001). Hacia una nueva visión de lo rural en: Giarracca, N. (Ed.). *¿Una nueva ruralidad en América Latina?* (17-29). CLACSO.
- World Health Organization. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. World Health Organization [Archivo PDF]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>