

CULTURA DE SALUD HUMANIZADA

Alejandro Oses Gil

Yamal Elías Leal Esper



Obra de: Roger Mauricio Araque Castellanos

978-628-95228-5-3



Cultura de salud humanizada

Cultura de salud humanizada

**Alejandro Oses Gil, Ph.D.
Yamal Elías Leal Esper, Mg.**

ISBN: 978-628-95228-5-3

Editorial Universidad de Pamplona.
Norte de Santander, Colombia.
Año 2022



Formando **líderes** para la construcción de un nuevo **país en paz**

Rector
Ivaldo Torres Chávez

Vicerrector de Investigaciones
Aldo Pardo García

Universidad de Pamplona
Primera Edición

PRÓLOGO

La pandemia por el COVID-19 vivida en el año 2020, fue escenario crítico para pensar, sentir reorganizar y priorizar la vida y las representaciones de la salud humana. En esta escena, se viralizó en medios digitales una anécdota de la Antropóloga Margaret Mead, para responder a uno de sus estudiantes a la pregunta ¿cuál consideraba, el primer signo de civilización en la humanidad?, de forma inesperada para el auditorio no señaló un artefacto en particular, sino indicó que el fémur fracturado y sanado era el primer signo de civilización humana, dado que, en los animales una herida de tal magnitud los hace presa fácil y dificulta la supervivencia, de tal manera que, el acto de dedicar tiempo, cuidado y atención a un individuo de su especie para que lograra recuperarse es un punto de inflexión en la especie en su proceso de humanización. La amplia difusión que se le dio a esta reflexión durante la pandemia, denota la imperante necesidad de encontrar en el sistema de salud mundial signos de un “Cultura de la Salud Humanizada”. Esta experiencia, conecta particularmente con el propósito central de este libro, que es comprender la salud como un fenómeno social, interdependiente de la cultura y la educación en salud.

Para esto, la trayectoria del profesor Alejandro Oses Gil en la formación de profesionales del campo de la salud es valiosa y significativa, trascendiendo las aulas de clases y comunicando los resultados de la investigación en la formación socio humanista en los programas de Ciencias de la Salud en Colombia. Esta mirada amplia, holística e integral le permite su larga experiencia como docente universitario de Programas de Medicina, Enfermería, Fisioterapia y Psi-

cología; y su formación como biólogo e historiador, experto en historia y filosofía de la ciencia y Doctor en Humanidades; ofrece elementos reflexivos, críticos e innovadores para el mejoramiento de los planes de estudios en salud desde el componente socio humanístico. En este mismo horizonte de pensamiento, se proyecta el profesor Yamal Elías Leal Esper, abogado estudioso de las ciencias jurídicas, quien desde su amplia trayectoria como investigador, ha estado motivado por el tema de la interacción entre el modelo de salud y los conflictos que surgen de su implementación en Colombia.

En este sentido, el primer paso es ampliar la concepción de la salud que impera en los profesionales, profesores y ciudadanos, y transitar hacia una construcción biocéntrica, sostenible, integral y centrada en los derechos humanos, la convivencia y la inclusión social. De esta manera, la invitación del libro es a tomar el camino de la transformación a través de la educación; y a superar la fragmentación del conocimiento en salud, la medicalización de la vida y la mercantilización de los sistemas de salud con un currículo renovador, contextual e integral.

La propuesta pedagógica y curricular, es una apuesta por descolonizar los saberes hegemónicos en la Educación en salud, sanar la fragmentación y fracturas del conocimiento científico en la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado y vincular acciones sentipensantes a las prácticas pedagógicas de la formación profesional y complementaria del Talento Humano en Salud.

Franlet Rocío Araque Castellanos
Doctora (c) Salud Colectiva

ÍNDICE GENERAL

Resumen	10
	12
Introducción	
CAPÍTULO I	17
1. Salud para el desarrollo humano	18
1.1 La idea del desarrollo	18
1.2 Pensar la salud	21
1.3 Tecnología y salud	27
CAPÍTULO II	29
2. La salud integral en el ser humano holístico	30
2.1 El ser humano integral	30
2.2 La salud integral	35
2.2.1 Salud experiencial	37
2.2.2 Salud transformadora y liberadora	37
2.2.3 Salud centrada en el ser humano	38
2.2.4 Salud crítica y reflexiva	38
2.2.5 Salud interrelacionada	39
2.2.6 Salud colectiva	39
2.2.7 Salud participativa	40
2.2.8 Salud como lenguaje	40
2.2.9 Salud como caricia	41
CAPÍTULO III	43
3. Humanización de la conciencia y el amor por la vida	44

3.1 En homenaje a la vida, la vida misma	44
3.2 Humanización y convivencia plural	47
3.3 Humanización, ética y practica de la libertad	50

CAPITULO IV **54**

4. Las Humanidades y la Educación en Salud	55
4.1 Transformación Social y Educación en Salud	55
4.2 Naturaleza humana y salud	59
4.3 Dimensiones del ser humano	62
4.3.1 El humano es trascendente	63
4.3.2 El humano es impredecible	63
4.3.3 El humano es autónomo	63
4.3.4 El humano es transformador	64
4.3.5 El humano es socio	64
4.3.6 El humano es fenomenológico	64
4.3.7 El humano es heurístico	65
4.3.8 El humano es hermenéutico	66
4.3.9 El humano es axiológico	66
4.4 Las ciencias humanas en la formación integral	67
4.5 La formación en ciencias humanas para la humanización de la salud	76

CAPITULO V **83**

5. Currículo y Ciencias Humanas	84
5.1 El Aprendizaje De Las Humanidades	84
5.2 Antropología de la salud	85
5.2.1 La antropología cultural	86
5.2.1.1 El pluralismo en salud	86
5.2.1.2 La democratización de la salud	87
5.2.1.3 La salud y los derechos humanos	88
5.2.1.4 Medicalización y patologización	88
5.2.1.5 Ecología Humana y salud	89

5.2.2 Antropología física (biológica)	90
5.2.2.1 La antropología forense	90
5.2.2.2 La paleopatología	91
5.3 Sociología de la salud	91
5.4 Filosofía de la salud	95
5.4.1 La Axiología y los Derechos Humanos	95
5.4.2 La Filosofía de la Ciencia o Epistemología	98
5.4.3 La bioética	101
5.5 Historia y salud	104
5.6 Comunicación y salud	106

CAPITULO VI **109**

6. Programa Integral para el Aprendizaje de una Cultura Humanizada de La Salud	110
6.1 Programa Integral para el Aprendizaje de una Cultura Humanizada e La Salud	111
6.1.1 Introducción	111
6.1.2 Objetivo	111
6.1.3 Competencias genéricas	112
6.1.4 Características generales	112
6.1.5 Presentación	112
6.1.6 Justificación	115
6.1.7 Contenidos	116
6.1.8 Resultados de aprendizaje	125
6.1.9 Evaluación	125
Referencias	128

RESUMEN

Tener salud de calidad es considerada un factor fundamental para el desarrollo humano. Es posible lograr calidad en la salud, si se implementa en todos los servicios y niveles una atención y cuidado humanizado.

Humanizar la salud es ubicar a la persona como el centro de la salud y la vida, es consolidar una cultura del cuidado humanizado. Este propósito es posible a través del proceso educativo, con énfasis particular en los estudiantes de salud, pero extensivo a toda la sociedad.

En este orden de ideas, el objetivo central del estudio es la propuesta de la constitución teórico conceptual, así como la ruta del curso general de estudios, donde se explicitan los elementos de construcción de una cultura humanizada en salud. Para el logro de este propósito, el diseño metodológico de la investigación es una revisión documental, donde se describen, se interpretan y analizan los planes de estudio de ocho programas de salud: Medicina, Enfermería, Fonoaudiología, Fisioterapia, Bacteriología, Odontología, Optometría y Nutrición. Para el estudio se exploró el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES), identificando los programas en estado activo para el año 2021 de las carreras descritas.

Los resultados sugieren que los programas en ciencias de la salud en Colombia integran a sus planes de estudio la formación socio humanística en una proporción reducida y aún se requiere trabajar en un currículo integrador entre lo disciplinar y lo socio humanístico.

Esta tarea pedagógica, requiere de cambios estructurales en los currículos de las profesiones de la salud que implican el análisis de los paradigmas del pensamiento y los componentes de los campos y áreas del conocimiento en salud.

La apuesta educativa es consolidar una formación integral en salud, que contribuya a superar las deficiencias que generan las inequidades sociales de la salud. Así como, el fortalecimiento de la práctica de una mejor atención y cuidado de la salud, pero, sobre todo, enfocada a “entender y respetar” la dignidad del sujeto humano.

Para humanizar la salud desde el currículo, es imprescindible el aprendizaje de las ciencias humanas y sociales. A través de ellas, los profesionales de esta área adquieren las competencias científicas, éticas, históricas, antropológicas, filosóficas, psicológicas, sociológicas y comunicativas, pertinentes para sembrar en el intelecto y la conciencia una cultura del cuidado humanizado de la salud de la población.

En consecuencia, se posibilita el mejoramiento de la calidad y calidez del acto en salud, y se avanza hacia el bienestar integral del ser humano. El libro concluye con una propuesta de un curso de formación en cultura humanizada en salud. Contiene saberes de naturaleza integral, transversales y genéricos a todas las profesiones del campo del conocimiento.

INTRODUCCIÓN

La educación es el templo donde nacen las ideas y las palabras que humanizan al hombre. En la cultura, el bien máspreciado, al igual que la vida es la salud, pero esa en sí misma, no es un fin. Se puede vivir dignamente, con alegría y tranquilidad, aún en estado de enfermedad. Salud no es ausencia de enfermedad. Con razón decía Murphy, (citado por Entralgo, 1985) que un sano es un paciente no suficientemente examinado, no solo para identificar una patología, sino para vincularse entre seres humanos.

Todas las personas, en cualquier tiempo y lugar, anhelan vivir con una buena salud, este es un valor humano muy vital, en la cultura contemporánea es motivo de interés profundo, no solo por la búsqueda del bienestar, sino, porque a través del logro de una salud integral de calidad y calidez, se le rinde un homenaje a la vida y se rememora la necesidad de la sostenible planetaria.

El objetivo consiste en presentar a la comunidad académica y a los escenarios educativos una propuesta, un ejercicio no terminado de pensamiento integral, unas letras, que posibiliten continuidad. En este orden de ideas, el objetivo central del estudio es la propuesta de la formulación teórico conceptual, así como la ruta de acción del curso general de estudios, donde se presentan los elementos de construcción de una cultura humanizada en salud.

Se realizó un análisis documental en ocho programas académicos de salud: Medicina, Enfermería, Fonoaudiología, Fisioterapia, Bacteriología, Odontología, Optometría y Nutrición en Ciencias de la Salud en Colombia. Se evaluó el número de cursos, porcentaje de créditos y denominaciones de cursos del área de socio humanidades,

examinando las bases de datos estatales y páginas web de Universidades públicas y privadas para analizar 199 planes de estudio vigentes de programas de salud.

Los resultados sugieren que los programas en ciencias de la salud en Colombia integran a sus planes de estudio la formación socio humanística en una proporción reducida y aún se requiere trabajar en un currículo integrador entre lo disciplinar y lo socio humanístico.

Las categorías de análisis que se utilizaron para el desarrollo de las unidades son: La salud y el desarrollo humano, La salud integral en el ser integral, Humanización de la salud, Las humanidades y la educación, currículo, ciencias humanas y sociales y propuesta de plan de estudios transversal de humanidades.

Más que un proyecto terminado, es un pretexto, una libreta de apuntes, resultado de una amplia y sistemática experiencia pedagógica y la búsqueda de significados en algunas narrativas seleccionadas y orientadas con el especial sentido de construir una cultura de la salud humanizada. Este propósito involucra la participación de la academia, específicamente en el fortalecimiento de las ciencias humanas y sociales en los currículos de formación de los estudiantes del campo de la salud humana.

El texto configura una triada fecunda donde se articula: La humanización de la salud y la vida en la sociedad, la educación como el instrumento efectivo para la humanización, con el aprendizaje de las ciencias humanas en la formación de los profesionales de la salud. El libro está estructurado en siete capítulos.

El primer capítulo se refiere a la salud como una institución y factor esencial del desarrollo humano. Se analiza la problemática y sus implicaciones, surgida de la relación entre la salud y el modelo de desarrollo economicista-consumista dominante, que convierte el fenómeno de la salud-enfermedad de las personas en una mercancía y lucro, sujeta al ritmo de la oferta y demanda del servicio.

Alternativamente, se presenta la visión del desarrollo a escala y con rostro humano, basado en indicadores de calidad en el bienestar material de la sociedad, la sostenibilidad ambiental, en los valo-

res y principios de la ética psico-humanista, en el paradigma biocéntrico, donde la salud pasa a formar parte del conjunto de los derechos humanos fundamentales.

Así mismo, se reflexiona en la necesidad de humanizar la atención y el cuidado de la salud. En relación con la conformación de las ideas, los saberes y la cultura que la sociedad posee sobre el proceso salud-enfermedad y la ruta vital humana. También con el modelo o sistema de salud operante y su impacto en la sociedad, al igual que el cambio y los conflictos en los estilos de vida, determinados por la creciente tecnologización y el cientificismo, de amplia influencia.

En el segundo capítulo se explica el concepto de la salud integral, aplicado a un ser humano integral. El mundo, la naturaleza y las sociedades, son sistemas reales interrelacionados, pensados holísticamente. La fragmentación de la vida, es un artificio, escindida arbitrariamente, en consecuencia, a la necesidad de subespecialización de los conocimientos científicos-tecnológicos.

La salud y la vida son realidades tan complejas, que los modelos de salud, por muy elaborados son aproximaciones de la realidad, y entrañan el riesgo de ideologizarse. Los esquemas teóricos, no resisten su ejecución en la cotidianidad, esto se traduce como una causal de carencia y degradación del cuidado humanizado. El modelo de salud, requiere de una implementación integral, que se corresponda con las necesidades y expectativas de la situación social, en conexión con las dimensiones de la ruta vital humana.

En el tercer capítulo se ofrece una reflexión que se constituye en un homenaje de amor a la vida. La sostenibilidad de la vida planetaria depende de gran medida del éxito en el cambio de paradigma. Estamos transitando de una cosmovisión antro-po-egocéntrica, hacia una concepción biocéntrica, fundamentada en la convivencia democrática, en la inclusión de la diversidad biológica y cultural, capaz de superar los determinantes de las iniquidades sociales y posibilite la construcción de un mundo de hombres libres.

El reconocimiento de la sociedad plural, es un factor necesario para instalar en la mente de la comunidad, la importancia de humanizar el cuidado de la salud. La supervivencia es posible, si formamos

una sociedad de humanos con conciencia biófila, cuyo rasgo común sea la capacidad de cooperación para la resolución de los conflictos y el logro de los retos de la existencia.

El cuarto capítulo articula la transformación social con la humanización de los profesionales de la salud. Se acepta que la educación fundamenta y direcciona el proyecto de sociedad. Con esta premisa, la formación académica de los profesionales de la salud, debe ser coherente con el propósito de la humanización del cuidado de la salud.

Los currículos descontextualizados de educación en salud, fortalecen la reproducción de modelos de salud poco efectivos para lograr la calidad de la salud. Así mismo, contribuyen a la replicación social del modelo de salud operante.

El mayor propósito de la educación en salud, es su capacidad transformadora, porque actúa como el cerebro capaz de interconectar las dimensiones de la naturaleza humana, con los elementos que conforman la sociedad y la naturaleza.

Una buena educación en ciencias humanas garantiza mejorar la relacionalidad de los participantes del acto en salud, cuya esencia es un acto humano. La calidad del acto en salud, permite enraizar la identidad de las personas en el contexto de la cultura.

El aprendizaje de la salud, debe ser evaluado continuamente, sus logros o desaciertos, se miden en la capacidad que tiene la sociedad, de satisfacer con calidad sus demandas.

El capítulo quinto es una reflexión sobre el aprendizaje de la humanización en salud, a partir de la fundamentación en ciencias socio-humanísticas, como: la antropología, la historia, la filosofía, la sociología y la comunicación en salud. Estos campos del conocimiento deben estar incorporados en los planes curriculares de todas las profesiones en esta área, como constituyentes imprescindibles de la formación integral.

La humanización del cuidado de la salud, es un acto de aprendizaje continuo a lo largo de la vida, es una pedagogía de la salud. No son catálogos técnicos de buen trato, o protocolos de un funcionamiento correcto ni de buenas intenciones espontáneas. Se trata de

transformar la conciencia y crear una cultura de humanización permanente. Esto se logra con la democratización del aprendizaje científico de los conceptos, valores y prácticas de las ciencias humanas y sociales.

Las ciencias humanas proveen al profesional de las competencias genéricas, específicas y transversales insustituibles para brindar una atención y un cuidado humanizado de la salud. La carencia de estos saberes implica un alto riesgo de prácticas inhumanas e indolentes.

El sexto capítulo es la propuesta de un programa o plan de cuidado humanizado en salud que se presenta como un curso fundamental de contenidos integrales, genéricos y transversales. Este proyecto es apto para incluirlo en los planes de estudio de todas las profesiones de la salud. Es complementario con los otros cursos en ciencias sociales y humanas de los diversos currículos del área.

CAPÍTULO I

Salud para el desarrollo humano

1.1 La idea del desarrollo	18
1.2 Pensar la salud	21
1.3 Tecnología y salud	27

01

CAPÍTULO I

1. Salud para el desarrollo humano

*“Veo humanos, pero no veo humanidad”
Antoine de Saint-Exupéry (1900-1944)
El principito.*

1.1 La idea del desarrollo

Es usual relacionar la salud con el desarrollo humano, entendido como un referente base, desde el cual se diseñan las políticas, los sistemas y los programas de salud, que se proyectan a la comunidad en el contexto local y nacional.

En su significación, el concepto de desarrollo humano posee una gran complejidad, interesa abordarlo a manera de escenario problemático, para visualizar el papel que en él desempeña la salud.

Desde el posicionamiento del moderno paradigma antropocéntrico, la historia del desarrollo ha estado estrechamente ligada con una concepción dualista, racionalista y productivista, que ha servido de soporte para constituir el sentido de lo humano:

Solo desde la perspectiva de la razón y su despliegue recibe fundamentación el espacio de lo práctico, espacio en el que se inscribe el interés por lo humanístico y su valor formativo. A su vez, solo desde la razón se hace pensable lo intuitivo, la imaginación, lo psicoafectivo y la dimensión religiosa del hombre. (Orozco, 1999, p. 9).

En la modernidad el hombre ha adquirido la capacidad de cuestionarse, de pensar intencionalidades y de formular proyectos. Desde finales del siglo XVIII, la perspectiva racionalista articuló la idea del desarrollo con el pragmatismo positivista, que asocia el ser humano con su facultad ilimitada para transformar la realidad del mundo, guiado por la necesidad de poder, y la acumulación de riqueza, en aras del progreso.

El hombre condicionado por la dinámica producción-consumo, privilegia el objeto sobre el sujeto, humaniza las cosas y cosifica lo humano. En este sentido la finalidad que orienta el progreso, la vida y el desarrollo humano, depende de las potencialidades de la razón, puesta al servicio de la productividad. Se impone la visión del avance al igual que un proceso evolutivo en progresión lineal, simple, creciente, seguro y ordenado. Toda la conducta humana debe adecuarse a estos ideales con los cuales se alcanzará el crecimiento, quedando dependiente al incremento económico, a la adquisición de bienes y servicios y al logro de una disociada y disipada calidad de vida, definidos tenue y ambiguamente según la UNESCO, como indicadores de satisfacción de necesidades.

Con el advenimiento de los derechos humanos, políticos, sociales y ambientales, se generaron contradicciones y ambivalencias entre el desarrollo humano y la productividad industrial, financiera, comercial y de servicios. Se cuestionó la tesis del desarrollo social determinado por el modelo de crecimiento economicista y el ideal del progreso, impuesto como un proceso de incremento irreversible y seguro.

A pesar de la profunda influencia del modelo mercantil-invercionista en el moldeamiento de los estilos de vida contemporáneos, la sociedad reconoce que este no es el único camino. Se piensa en la posibilidad de un nuevo ideal de vida, de otras utopías liberadoras, donde lo humano debe ser reconocido, como el eje, el motivo central y la esencia transformadora del mundo.

Surge la visión psico-humanista, donde el desarrollo se articula centrado en la capacidad del sujeto para pensar-se, para sentir-se, amar-se, crear-se y transformar-se a lo largo de la vida. Desde los ámbitos cognitivo, emocional, ético, moral, estético, comunicacional, simbólico, trascendente, físico, cultural y ambiental:

Tal desarrollo se concentra y sustenta en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, en la generación de niveles crecientes de autodependencia y en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social,

de la planificación con la autonomía y de la sociedad civil con el Estado. Necesidades humanas, autodependencia y articulaciones orgánicas, son los pilares fundamentales que sustentan el Desarrollo a Escala Humana. (Max-Neef, 1998), p. 30).

La propuesta de la modernidad acerca del progreso ilimitado en todos los sentidos, puede resultar ambigua y poco realista debido su complejidad, sin embargo, abriga un espíritu profundamente revolucionario al potenciar el uso de la razón como la medida de todas las posibilidades “¡Sapere aude! ¡Ten el valor de servirte de tu propia razón!: He aquí el lema de la ilustración” (Kant, 2015, p. 25).

No se puede desconocer que el nivel de calidad de vida alcanzado en la contemporaneidad ha sido el mejor de la historia, se logra seguir avanzando en la medida en el que maduremos la conciencia racional, emocional, ambiental y relacional, para evitar hombres inhumanos con cerebro y corazón de máquinas, como lo profetizó Chaplin (1940) “Nuestro conocimiento nos ha hecho cínicos, nuestra inteligencia duros y crueles, pensamos demasiado y sentimos muy poco”. La ciencia y la tecnología en sí mismas, no generan desarrollo, depende del uso y la finalidad que se les dé. La tecnología no tiene vida propia independiente del humano que la genera, cada sociedad produce los conocimientos y técnicas apropiadas y pertinentes a su contexto histórico-cultural.

Una sociedad que fomente la investigación científica y tecnológica excluyendo los saberes de la alteridad cultural, difícilmente tendrá progreso, pues se realiza sin contexto, sin pertenencia y apropiación. La producción de conocimientos se cumple como un proceso social, desde y para la comunidad. Cuando se limita a elites de científicos e intelectuales y se mercantiliza, es antidemocrática y no desempeña su función a la manera de institución transformadora de la población.

No es adecuado negar la idea del progreso, no existe persona, ni comunidad que no haya pensado en realizar, lo que es improbable, es sostener que sea ilimitado, lineal y seguro. El mejoramiento implica transformación permanente y lleva implícita la contradicción, el caos, la crisis, la imprevisibilidad, la incertidumbre, las

caídas, las rupturas y el miedo. La idea de mejorar es dialéctica, se sumerge en el juego de las contradicciones y confrontaciones. Por ejemplo: simultáneamente a la búsqueda histórica del derecho a la vida con dignidad y en paz, estallan guerras que siembran desolación, destrucción y muerte.

Debido al sentido mítico de su origen y a la falacia contenida en su despliegue, hoy se emplea más la concepción de sostenibilidad que la idea de progreso. El desarrollo sostenible implica una búsqueda de mejores medios para lograr unos fines deseables, en un proceso de transformación con alto grado de conciencia humana. Esta percepción se centra en la pregunta por el sentido de lo humano, sobre el hombre nos dice Buber (1981, p. 11) “se sabe este, desde los primeros tiempos que él es el objeto más digno de estudio, pero parece como si no se atreviera a tratar este objeto como un todo, a investigar su ser y sentido auténticos”. Propender por el desarrollo humano sostenible, es condición necesaria para alcanzar una buena comprensión de la función social de la salud.

En su sentido originario el desarrollo humano sostenible, se entiende como el despliegue y la realización del hombre, desde las diversas posibilidades de su conciencia, esta construcción de lo humano se concreta y visualiza en la cultura que “nos convierte en homo sapiens sapiens, que literalmente significa: el hombre que sabe que sabe” (Martínez, 2019, p. 10). El ser humano instaura su mundo en el universo, nada se nos es dado, todo es búsqueda, el primer encuentro es de valoración de la vida, cultivada en sí misma y en su entorno. Sentir amor por la vida, ser biófilos no necrófilos permite conquistar la propia conciencia.

1.2 Pensar la salud

La razón de ser de la salud es el bien-estar, el bien-sentir- el bien hacer, el bien-pensar y el bien-decir de las personas, no en soledad, sino, en profunda interacción con la diversidad del contexto cultural, con la naturaleza y el universo. De ahí la necesidad de reflexionar sobre las magnitudes esenciales que constituyen la

concepción contemporánea del proceso vital humano y su articulación con los elementos fundamentales del desarrollo sostenible.

Las ideas sobre la vida y la muerte; la salud y la enfermedad; el dolor y el placer, son complejos entramados y producto histórico de las sociedades. No son constructos lineales, ni predeterminados por los gestores del conocimiento, tampoco son acumulables. Cada época va pariendo filosofías, epistemologías y prácticas permeables en el tiempo. Los saberes se fecundan, se expanden, se procesan, se transforman y se proyectan como puntos de apoyo y lanzaderas de diversos y nuevos conocimientos.

En la historia de la salud, el logro de una mentalidad racional y científica sobre la salud, se produjo después de que relativamente y parcialmente se decantara el pensamiento empírico, pretécnico y sobrenatural sobre la enfermedad, como lo sintetiza Castillo (2010)

Durante siglos, todas las culturas en general, aportaron argumentos de naturaleza mítica o racional sobre el origen de la especie humana. De igual manera, ante la indagación de los orígenes de la enfermedad se han suministrado explicaciones que oscilan entre estos dos polos. (p. 41).

Del renacimiento surge la modernidad, como una cosmovisión centrada en las potencialidades del hombre, que originó el pensamiento científico y su hija natural: la tecnología. En la medicina “el conocimiento ya no será entendido como actitud contemplativa, sino como capacidad transformadora” (Quevedo, 1990, p. 12)

A pesar del monumental esfuerzo epistemológico por desacralizar y desmitificar el proceso salud-enfermedad, aún lo empírico, lo religioso, lo mitológico y lo mágico, hacen tránsito en los imaginarios y permean las prácticas terapéuticas en las personas y los colectivos humanos. Los poderes sobrenaturales permanecen como una recapitulación de la conciencia histórica, tal vez, porque: “La civilización es muy joven” (Sigerist, 1946, p. 15).

El peso de la tradición, el miedo hacia lo desconocido, la diversidad en las percepciones, la dificultad de incorporar nuevos lenguajes, el ejercicio del poder y las fuerzas psíquicas profundas, interfieren en contraposición a la rigurosidad del método científico.

También, la inconveniente para superar las concepciones y prácticas en salud arraigadas en el biologicismo y el funcionalismo, han impedido el desarrollo de una teoría integral, compleja y sistémica del ciclo vital humano.

La conciencia de humanizar el proceso salud-enfermedad, la vida y la muerte, es relativamente nueva. Tradicionalmente el problema de la enfermedad y la necesidad de la salud, han sido acontecimientos despersonalizados y ahistóricos, incorporados a los dictámenes ideológicos y a los ciclos de utilidad economicista que se alimentan con la falacia de la derrota de la enfermedad, y la inmortalidad de la existencia. Sin embargo algunos valores del proceso de humanización se pueden representar en actitudes de la praxis médica como unión, responsabilidad, solidaridad, gratitud, respeto y aceptación de las personas, que son fundamentales en todos los profesionales de salud (Sánchez González, 2017).

En el terreno del pragmatismo que campea en el ámbito de la salud, la propuesta de reflexionar referente a la importancia de la humanización para la calidad y calidez en el cuidado y la atención a la enfermedad, en muchas situaciones se presenta como vacua y sin evidencia científica. Las carencias de las concepciones filosóficas, sociales, económicas, históricas, lingüísticas, éticas y ambientales en este aspecto, no permiten ampliar el horizonte del pensamiento, ni fortalecer los fundamentos políticos de las reformas que el sistema de salud requiere.

Humanizar la complejidad del fenómeno salud-enfermedad, no es una simple teorización, tiene una profunda implicación sobre el quehacer práctico de la realidad social. Es marcada la tendencia a evitar la reflexión acerca del tema de la humanización de la vida y la salud, esta se sustituye por la lógica positivista racional y la argumentación estrictamente instrumental, de gran importancia en la era de la tecnocibersalud; pero insuficiente, frente a los enormes retos de resolución sostenible e integral, y los requerimientos crecientes, que genera la compleja crisis.

Un problema central limitante, es que las discusiones sobre los conflictos en la salud no se centran en las finalidades, sino en los

medios, por ejemplo: en los problemas relacionados con la organización y administración, en la financiación y el análisis costo-beneficio, en el mercado de servicios, en la privatización y los incentivos empresariales, en la modernización biotecnológica, en las cuotas y salarios, en la centralización y descentralización burocrática, en la reglamentación y en los manejos publicitarios del sistema de salud. Los propósitos y fines esenciales de la salud pasan a un segundo plano.

Se tiene la creencia casi dogmática que los fundamentos epistemológicos, filosóficos, psíquicos, históricos y socio-culturales sobre la salud, ya están dados, que todos los entienden y no deben ponerse en tela de juicio, tan solo se convienen aplicar. Esta consideración origina una enorme amenaza, pero a la vez, constituye un gran reto. Las respuestas a los nuevos desafíos del desarrollo humano, requieren de reformas al modelo de salud, su implementación y del replanteamiento de las finalidades que logren afianzar el derecho y su democratización.

El proceso vital humano, es una construcción social que cada cultura elabora, a partir de las experiencias personales y colectivas de vida. Es en esta dirección, donde la temática de la salud se articula con la inclusión de la pluralidad cultural, como fundamento del desarrollo humano:

Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global. (Ley 1751, 2015, art.6).

La pluralidad en la salud, amplía la diversidad de cosmovisiones sobre el fenómeno de la salud-enfermedad, a la vez, profundiza las contradicciones al interior del pensamiento clásico mioclónico.

Desde la concepción positivista de las ciencias, la respuesta es el desarrollo de una transversalidad cultural, cuyo propósito es el de

universalizar y estandarizar patrones alrededor de las teorías y los métodos del fenómeno nosológico, una especie de suprapoder del conocimiento científico.

A la luz de la reflexión crítica, este hecho se puede traducir como una forma de coraza y escape protector de la mentalidad médica clásica, frente a la reemergencia de otros paradigmas explicativos del proceso vital humano a partir de la concepción de la teoría social de la salud.

Si los marcos científicos, la jurisprudencia, el soporte tecnológico y las prácticas en que se apoya el sistema de salud de una comunidad, están desfasados y no se corresponden con las necesidades concretas de la realidad social, los esfuerzos por muy loables y altruistas que sean, no tendrán impacto positivo, ni logros fecundos en el mejoramiento de la calidad de vida de los colectivos humanos.

Carencia que provoca en los imaginarios sociales, sobre todo en los más vulnerables y deprimidos socio-económicamente, la sensación de fracaso, exclusión y desconfianza en las instituciones, las personas y los sistemas encargados de prestar los cuidados y la atención a la salud de la población. Esta impotente paradoja, se repite y perpetúa en la cotidianidad como una amenaza similar a la espada de Democles, que pende referente a la calidad de la salud y la integralidad de vida de la gente.

Se hace necesario resignificar desde la academia, en las instituciones de salud y en cada escenario comunitario, la relación existente entre: filosofía y política de la salud; biotecnología y sociedad, para tomar decisiones pertinentes y adecuadas, que consoliden una cultura de la salud sostenible, como lo plantea Martino (2008):

Todo proyecto sanitario que pretenda asumir y desarrollar una atención sanitaria simple, aunque no menos esencial, universalista pero no menos objetiva y primordialmente comunitaria como cima protagónica de una decorosa calidad de vida, quizás deba resignar una metodología operativa de elevado perfil académico y biotecnológico por un genuino propósito societario, pues su destinatario principal se halla casi invariablemente representado por la clase social más carenciada. (p. 33)

Es prioritario realizar una profunda revisión y evaluación del modelo de salud asistencialista y su implementación en la sociedad. Urge un redireccionamiento hacia un enfoque centrado en la persona y menos economicista, que posibilite una mayor inclusión no solo en la cobertura, sino fundamentalmente del respeto a la dignidad y a los derechos humanos.

Este direccionamiento requiere comprender el fenómeno salud-enfermedad, como proceso social, “esto significa que la salud y la enfermedad son elementos constitutivos de un proceso que ocurre siempre en sociedad y en cultura y son, por tanto, históricos” (Quevedo, 1990, p. 58). Para que el modelo de salud sea funcional socialmente, debe pensarse a partir de los componentes tanto de estructuración endógena, como desde los escenarios y ritmos de transformación exógena, coyunturales o revolucionarios, nacidos del contexto y de la dinámica cultural, social, económica, ecológica y de la política multipolar y pluricultural, que articulen mundos locales.

Los avances de los sistemas de salud, radican en su capacidad para la flexibilidad, la adecuación y la adaptabilidad a las nuevas realidades siempre cambiantes de la sociedad. Un modelo de salud estático y paquidérmico corre el riesgo de anacronismo, independientemente de la tecnología de punta que se incorpore y de la sostenibilidad financiera que pueda lograr.

El atraso radica en la carencia involuntaria o perversa, para mirar, interpretar, compadecerse y corregir la verdad que se vive en la cotidianidad. En este sentido, “Colombia tiene el mejor modelo de sistemas de salud de América Latina, pero carece de una buena implementación. Otros países tienen modelos no tan buenos, pero tuvieron una mejor implementación” (Chernichovski, 2010, p. 16). Es posible que nos hayamos excedido en un onanismo jurisprudencial y en un plagio internacional, como consecuencia invisibilizamos el país real.

Como la salud no es solo responsabilidad de los profesionales, ni de los legisladores, tampoco de los que gobiernan, sino de toda la nación, las decisiones sobre su porvenir se deben tomar en conjunto

a través de creativos y efectivos mecanismos de participación. Ser activistas por la calidad y calidez de vida, es necesario incluirlos no desde el sufrimiento de la enfermedad, sino a partir del derecho a la salud, que no se otorga, se vive.

1.3 Tecnología y salud

Hoy, la salud y la vida se encuentran prisioneras de la galopante tecnologización, soporte incondicional de la mentalidad racional-mecanicista, al servicio de los capitales nacionales y transnacionales que comercializan con el malestar de las personas. La dependencia de las máquinas y de las baterías de exámenes para la toma de decisiones sobre la salud y la enfermedad, la vida y la muerte de los seres humanos, desplazan con su pretencioso absoluto, la complejidad en las dimensiones de la conciencia histórica, social, psíquica, cultural, simbólica, lógica y biológica.

El prospecto de vida construido desde la intimidad y los sueños de cada persona se ve amenazado y destruido por el frío y cibernético “diagnóstico tecnológico”, enarbolado como la palabra final. El juez sacro-supremo, que se pronuncia sobre las posibilidades de la existencia del otro. Una refinada e implacable, comprensible pero no aceptable, sistematización del ejercicio del biopoder, fundamentado en la despersonalización, y muy efectivo en el chantaje y la manipulación del miedo y el sufrimiento humano.

A pesar de ser monumentales los avances científico-tecnológicos aplicados a la salud, aún se está lejos de alcanzar el tan anhelado y escurridizo bienestar integral humano para todos. La erradicación de la enfermedad y el logro de la salud permanente, encajan dentro de la falacia del mejoramiento continuo, orientado por el mito del progreso y soportado por la tecnologización de la vida.

Sin duda, la modernización de la técnica ha sido revolucionaria y transformadora del mundo. Pero la preponderancia de la objetivación del positivismo mecanicista, ha desplazado la subjetivación del desarrollo humano, razón de ser, motivo de existencia y finalidad de la salud. La formación de los profesionales de las ciencias de la

salud ha privilegiado la formación técnico científica desde un enfoque predominante biomédico (Benedetto & Gallian, 2018) sin tener en cuenta las dimensiones emocionales y vivenciales que constituyen el proceso de evolución cultural y humanización (Marco et al., 2013), generando una separación entre tecnología y humanismo (Fernández Pérez, 2021; Moreto et al., 2014)

La objetivación de la ciencia debe incluir asertivamente a la persona, para que desde su yo interior, se articule hacia la perfección de un estado óptimo de salud. ¿Qué sentido tiene perpetuar un sistema de salud que no satisfaga, ni transforme fecundamente a profundidad las múltiples dimensiones del bienestar, a partir de las necesidades básicas del ciclo vital humano?

La tecnología biomédica debe estar al servicio de la sociedad sin ningún tipo de exclusión, especialmente las de carácter económico, al respecto Barahona (1996) plantea:

Las posibilidades tecnológicas que tenemos hoy para hacer diagnósticos más precoces, para intervenir menos traumáticamente en las enfermedades, o incluso para manipular genéticamente los seres humanos, más que traducirse en efectivos logros sanitarios y en beneficios disponibles para el conjunto de comunidades, han abierto una enorme brecha entre los que pueden y los que no pueden tener acceso a tales servicios y utilizarlos. (p. 19).

Incorporar los avances tecnológicos para mejorar la calidad de vida, es indispensable y benevolente para el desarrollo social, pero solo es una dimensión de la compleja e intrincada red de la vida, no puede ser la esencia que determine la existencia. Einstein (s.f., citado en Apperti, 2014) lo pronostica: “Temo el día en que la tecnología sobrepase a la humanidad, el mundo solo tendrá una generación de idiotas” (párr. 1)

CAPÍTULO II

La salud integral en el ser humano holístico

2.1 El ser humano integral	30
2.2 La salud integral	35
2.2.1 Salud experiencial	37
2.2.2 Salud transformadora y liberadora	37
2.2.3 Salud centrada en el ser humano	38
2.2.4 Salud crítica y reflexiva	38
2.2.5 Salud interrelacionada	39
2.2.6 Salud colectiva	39
2.2.7 Salud participativa	40
2.2.8 Salud como lenguaje	40
2.2.9 Salud como caricia	41



CAPÍTULO II

2. La salud integral en el ser humano holístico

“El hombre es una totalidad, no una colección [...] Se expresa completamente en la más insignificante y más superficial de sus conductas”.
J. P. Sartre

2.1 El ser humano integral

Con el desarrollo de la filogenia se ha hecho manifiesto el potencial infinito del cerebro humano, quien como naturaleza pertenece a la dinámica de la transducción energética del universo y como pensamiento trasciende a través de la cultura.

El sorprendente éxito del hombre como especie se debe al desarrollo evolutivo de su cerebro, órgano en permanente cambio y muy sensible a su entorno, que ha llevado al hombre a la utilización de herramientas, a la construcción de utensilios, a su habilidad para resolver problemas mediante el razonamiento y la imaginación, a la cooperación entre los miembros de su grupo y al desarrollo del lenguaje. (Martinez, A. Castillo, J. 2002).

Constituyentes con los cuales el hombre en su historia busca su dimensión identitaria; ser el mismo.

En la cultura nada de lo humano nos es dado, nadie nos da, ni nos presta, simplemente somos. Como prospecto social todo lo construimos para llegar a ser.

El hombre es un ser de posibles: un creador modelado por la cultura, pero con capacidad de crear valores, de producir sentido, de modificar las practicas por arraigadas que sean; de proyectar sus intenciones y su pensamiento, para quitarle al mundo su ajenidad. (Botero, 2000, p. 28).

Desde el nacimiento vamos conquistando nuestra identidad, que debe ser claramente establecida tanto en la physis, como en la psiquis y en el ethos relacional.

Pensar lo humano como fenómeno holístico, consiste en considerar al hombre entero, semejantemente a un complejo sistema dinámico que implica, no solo, la concreción de su existencia, es decir la relación con su propio ser, sino la síntesis ética del sujeto, en su profunda interacción con la biodiversidad, lo abiótico y con el cosmos. El ser holístico no puede ser entendido directamente desde las íntimas expresiones de la persona humana en cuanto tal, sino en la totalidad de las relaciones esenciales con la historia de la vida.

Cada persona posee una individualidad, constituida por las características biológicas, psicológicas, sociales, culturales, intelectuales y simbólicas, que en conjunto forman las dimensiones de la naturaleza integral del hombre. Y que determinan su singularidad, su unicidad, su autonomía e irrepetibilidad como ser. Elementos que conforman la identidad ontogenética humana, que puede ser interpretada como la esencia de su complejidad sintética y exhaustiva.

Como totalidad el ser humano está dotado de inteligencia racional, emocional, social, relacional y ecológica, que lo facultan para crear, pensar, sentir y desenvolverse en un mundo cultural, “por cultura entendemos aquí la competencia para transmitir conocimientos de una generación a otra, con independencia del parentesco biológico” (Noël, 2012, p. 81), y con plena conciencia espacio-temporal.

En la realidad, como sistema el hombre es una totalidad imposible de separar, cada vez que se intenta fragmentar, cercenando una de sus dimensiones, acarrea graves riesgos y consecuencias para su salud y bienestar, ya que los múltiples elementos que lo constituyen se interrelacionan e influyen los unos sobre los otros.

Para alcanzar la conciencia sobre la importancia de una vida saludable, el humano holístico requiere de la autognosis, del acceso a su propia ser, así como, el dominio de sus pensamientos, emociones y actos. En la persona integral, la acción directriz establece que

la mentalidad analítica, se equilibre con el pensamiento sintético, para posibilitar que la inteligencia se manifieste en todo su ser, tanto en la trascendencia espiritual, las ilusiones, el amor, el metabolismo y la actividad de las moléculas en las células.

En cada instante, la acción neurológica del cerebro interacciona con la totalidad del ser, dando como resultado el fenómeno de la salud o del malestar, entendidos como la sinergia o el producto de todos los pensamientos positivos o negativos que se alimentan en la conciencia y, que se movilizan hacia la actividad molecular de las células.

La preponderancia de una idea sobre las otras determina un estado de la mente y conduce a una situación específica del metabolismo:

La psiconeuroinmunología (o PNI), actualmente en la vanguardia de la medicina. El mismo nombre de esta nueva ciencia da cuenta del vínculo existente entre la «mente» (psico), el sistema neuroendocrino (neuro) —que subsume el sistema nervioso y el sistema hormonal— y el término inmunología, que se refiere, obviamente, al sistema inmunológico. (Goleman, 1996, p. 108).

Para algunos métodos del conocimiento, cuando se trata de estudiar el proceso salud-enfermedad, precisan de fragmentar al ser humano. De manera que se pueda navegar cognitivamente desde las partes que lo conforman, para luego intentar la comprensión de su complejidad. Y así, aplicar los saberes a la atención en salud, en procura de elevar la calidad de vida. Esta concepción tiene su fundamento en una mentalidad etiológica unicausal, pata céntrica, biologicista y ahistórica del proceso salud-enfermedad. “el modelo biomédico adolece de los problemas que le define una visión modernizante --unidimensional-- del mundo” (U. de Antioquia, 2000, p. 19)

Para otros, mantener una vida saludable requiere de una mirada holística e integradora de ser humano, que incorpore la multifactorialidad que conforma la ruta vital, interpretada desde el enfoque sistémico de la vida. Se conjuga pluridireccionalmente, la conec-

xión neurofisiológica con el contexto sociocultural y natural. En el enfoque sistémico integral abierta, la persona es un ser que posee un eje y esencia triádica, como centro directriz de: lo social, lo psíquico y lo orgánico, en permanente transformación.

Lo social o sutil, expresa las potencialidades para lo relacional-trascendente, determina el pensamiento representacional-simbólico:

La razón es un término verdaderamente inadecuado para abarcar las formas de la vida cultural humana en toda su riqueza y diversidad, pero todas estas formas son formas simbólicas. Por lo tanto, en lugar de definir al hombre como un animal racional lo definiremos como un animal simbólico. (Cassirer, 1993, p. 49).

El humano simbólico, es un ser neotérico: con conexiones amorosas por toda la vida, condición esencial para cumplir su misión fundante existencial.

Lo psíquico, refiere a la complejidad de la mente, que sustenta la sabiduría y las potencialidades de expresión de las múltiples inteligencias, que se manifiestan en la intimidad de las moléculas, “de alguna forma las células humanas han evolucionado para alcanzar un estado formidable de inteligencia. El número de actividades que se coordinan en nuestros cuerpos, en cualquier momento dado, es, literalmente infinito” (Chopra, 1989, p. 53). Incluye la comprensión de sí mismo y la construcción del proceso psicológico, según Amorós (1996, p. 38) “La experiencia subjetiva ocupa el centro de nuestra reflexión; nos hace recordar la máxima socrática: conócete a ti mismo”.

Lo orgánico o denso, la physis que expresa la naturaleza transmutacional de la dualidad materia-energía, está constituido por las moléculas, células, órganos y conjuga la misión filogenética de la especie con la misión ontogenética de la persona.

Lo social, caracteriza al ser humano como socio en el proceso de interacción con sus semejantes, con el entorno que contiene el prójimo biótico y la naturaleza abiótica; constituyentes fundamenta-

les para satisfacer los anhelos y necesidades culturales. La carencia de una cosmovisión integrada de sociedad y de mundo, impide simultáneamente tener una mirada del sujeto integral o total.

El encuentro entre culturas sensibiliza al hombre, porque lo articula, lo unifica con su entorno social. La interculturalidad recoge la voluntad de aceptación de la alteridad y reconoce los lazos que atan a una conciencia cósmica, “que sirve para reconciliar ámbitos que la modernidad separa. Naturaleza y cultura; Materia y espíritu; Hombre y mundo, serían oposiciones que desaparecerían en esa síntesis superior” (Moya, 1998, p. 213).

Buscar la salud integral implica una intencionalidad social, ecológica, política, ética e histórica, requiere ir construyendo una compleja red, que se va tejiendo, centrados en la idea de lo esencial, de lo fundamental para la existencia humana, de la priorización y de los mejores pensamientos y acciones que pueda ofrecer la voluntad del hombre.

El ser humano es universo, la unidad en la diversidad y requiere de entornos socio-ambientales propicios para su desarrollo integral, la salud es un elemento esencial de apoyo para este propósito:

Las condiciones del medio ambiente contribuyen a determinar si las personas gozan o no de buena salud y cuán larga será su vida. Dichas condiciones pueden afectar la salud reproductiva y las opciones reproductivas y pueden contribuir a determinar las perspectivas de cohesión social y crecimiento económico, las cuales tendrán otros efectos sobre la salud. Los cambios en el medio ambiente contaminación, degradación, cambio climático, condiciones meteorológicas extremas también cambian las perspectivas en cuanto a la salud y el desarrollo. (Ahmed, 2001, p. 42).

La unidad indivisible del ser humano, se expresa en la especificidad de la persona llamada individuo, que contiene todas las potencialidades de existencia, que cada momento específico de su historia, va concretando:

2.2 La salud integral

Salud integral es el perfeccionamiento de la calidad y calidez de vida del individuo, sin delimitar ningún aspecto biológico, psicológico, afectivo, social, simbólico y espiritual. La salud integral atiende, cuida y entiende a la persona como una unidad orgánica u holística.

La salud integral se presenta como un propósito de vasto alcance dentro del campo del conocimiento científico. Así, como de los saberes de la alteridad en salud. No se trata solo de elegir los mejores métodos, procedimientos, tecnologías y recursos para la salud, sino del problema sustancial de hacer compatible la política pública en salud, con los requerimientos reales de la comunidad.

Se trata de hacer congruente el modelo teórico propuesto en salud con su implementación efectiva en la sociedad, cambiando el paradigma, al situar en el centro de la atención el cuidado del individuo y el cambio del ánimo de lucro mercantil por el respeto al derecho humano a la salud, sin ningún tipo de discriminación.

La salud integral propende por el desarrollo armónico de todas las dimensiones del individuo, según Campo y Restrepo (1999, p. 13) “La totalidad se constituye, precisamente, en la combinación que no puede reducirse a ser un mero agregado de elementos separados”. Contrariamente, la tendencia de la salud en la contemporaneidad, es hacia la hegemonización de un pensamiento científicista, biotecnicista y de una atomización (subespecialización) del conocimiento, fundamentado en la concepción biomédica y pato céntrica, con vacíos del orden social, espiritual, emocional, contextual y axiológico. El hombre ni es pasivo frente a la influencia de los fenómenos naturales, sociales, psíquicos, culturales y espirituales, ni es un instrumento o depósito de insumos. El individuo es un sujeto en perpetuo cambio que responde a todos los estímulos propios de la materia y la energía, así, como la actividad social.

La salud integral tiene como una de sus premisas al introducir a las personas a la vida. Un ideal que la sociedad ambiciona, por posibilitar el mejoramiento continuo de los individuos. En este sentido, se requiere de un enfoque sociocrítico y transformador de las dificultades existentes frente al proceso salud-enfermedad.

La salud integral promueve el aprendizaje completo, entendido como un proceso de mejoramiento del ser, donde la salud es un aspecto de este. Según Acosta (2010, p.p. 133-134) “este nuevo concepto de educación será el único instrumento que capacita al hombre para obtener un buen desarrollo de su inteligencia y una mejor cultura como el mejor medio para que cada ser humano se haga responsable de su salud”. El aprendizaje integral continuo, le permite a las personas y a la sociedad en su conjunto, el conocimiento de los siguientes aspectos relacionados con la salud humana:

- a. El cuerpo humano y sus cuidados, entendido como un sistema dinámico abierto
- b. La rehabilitación, la conservación y el mejoramiento de la salud.
- c. La información sobre las enfermedades más frecuentes y la vulnerabilidad epidemiológica, el contagio, la transmisión, el control, la prevención.
- d. Las consecuencias del alcoholismo, el tabaquismo y las diversas adicciones.
- e. Las terapéuticas y acciones de promoción de la salud y la vida.
- f. El consumo inteligente.
- g. La salud mental, la salud pública y colectiva.
- h. La personalidad, la relación vital del individuo con su entorno ambiental, laboral, familiar y comunitario y la influencia de los factores emocionales, intelectuales, simbólicos y físicos.
- i. La autoimagen y la autovaloración personal.
- j. Los hábitos y la alimentación saludable, la relación del aspecto psicológico con el metabolismo.
- k. El descanso, el ejercicio, la recreación, la cultura y el ocio.
- l. La vida familiar
- n. La inteligencia emocional.
- m. La calidad en la comunicación, los lenguajes simbólicos, pertinentes y apropiados al buen vivir.
- ñ. La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

La salud es integral porque se conecta a los diversos aspectos de la vida humana, no es un fin, ni un objetivo final, es una condición de buena vida, es una decisión personal, es una percepción de bienestar, de comunicabilidad, de movimiento y libertad. La salud como proceso de vida, no empieza, ni termina, es un estado que involucra la totalidad del ser.

Como consecuencia, la salud integral es:

2.2.1 Salud experiencial

La mejor forma de considerar integralmente la salud de la persona, es tener en cuenta su experiencia como elemento central y origen de la conciencia sobre su proceso vital. Se trata de reconocer, profundizar y transformar las experiencias personales a fin de lograr en la práctica una mayor calidad y calidez en la salud y la vida.

Considerar la experiencia personal posibilita una revisión profunda del modo de vida, unos criterios de juicio, las apreciaciones consientes y el conocimiento que se posee. Esto se expresa no solo en la forma de pensar, sino que se traduce en conductas y valoraciones afectivas. Por eso la salud integral no es solo cuestión de conocimientos intelectuales. En su manera de vivir, cada persona esta emocional, espiritual e intelectualmente involucrada en relación con sus experiencias y a los determinantes sociales y naturales aprendidos de su contexto.

2.2.2 Salud transformadora y liberadora

Lograr una salud integral provoca una profunda transformación y satisfacción personal. Así, como reconocimiento social. Si se transforma se libera, la libertad abarca toda la persona y por lo tanto todas las dimensiones de su naturaleza. La autonomía fortalece la conciencia de irse haciendo ser humano, es decir, autodeterminarse, en el sentido de ir, de buscar desarrollar una vida integral inteligente, un buen vivir.

Un individuo autónomo, trabaja en su propia realización, como persona y como humanidad, “el cerebro, en cierta forma,

puede modificar el comportamiento –utilizar y resignificar el pasado para lo que actuemos en el presente y vislumbremos para el futuro-” (Golombek, D., 2008, p.184).

Es en el ejercicio de la libertad, donde se descubre la esencia y el significado de sí mismo, como en relación con los demás. Es el escenario propicio en la toma de decisiones y la realización de acciones, con claro compromiso y en correspondencia con la salud y la vida.

2.2.3 Salud centrada en el ser humano

La persona es el sujeto principal de la atención en salud, el centro no son las terapéuticas, ni la enfermedad, ni la tecnología, ni los profesionales de esta área, ni el costo benefició, ni la categorización socioeconómica, ni los indicadores epidemiológicos, ni las instituciones. A partir del ser humano, se define el porqué, el para qué y el cómo, de las acciones y el modo particular de plantear unas formas adecuadas y pertinentes de pensar en la salud.

La salud integral no puede ser el sumativo de elementos aislados, sino una manera singular de encontrar el sentido fecundo del buen vivir. Donde entran en juego toda la persona y el universo que le sustenta. Como lo plantea Morin y Kern (2004, p.4) “De todos modos necesitamos un pensamiento ecologizado que, basándose en la concepción auto eco-organizadora, considere el vínculo vital de cualquier sistema vivo, humano o social, con su entorno”.

2.2.4 Salud crítica y reflexiva

Una condición esencial de la salud integral, es la identificación de sí mismo. Tener conciencia de los elementos que conforman la totalidad del ser y sobre la dinámica endógena y exógena del estado de salud, nos hace responsables con la vida. Esto se logra con autognosis reflexiva, donde los individuos van a encontrar la auto- valoración y el auto- reconocimiento crítico de su existencia y del mundo que le rodea.

Para la construcción de la conciencia crítica, se plantea incorporar al estilo de vida la auto reflexión y hábitos de vida inteligentes. La inclusión de cursos con un enfoque narrativo en la enseñanza de la medicina, favorece el pensamiento crítico ante las repercusiones del currículo oculto, apoya la reflexión ética, fomenta la práctica basada en el paciente, la empatía y la inteligencia emocional (Benedetto & Gallian, 2018) Implica un proceso de estimación de sí mismo, que se puede extender a la familia y a la comunidad.

2.2.5 Salud interrelacionada

La interacción entre el paciente y los profesionales de la salud deben ser de cooperación y solidaridad, cuyo énfasis ha de colocarse en la acción relacional humanizaste, sin discriminaciones ni exclusiones de ningún tipo y acordes con el derecho fundamental a la salud. Estas interacciones deben ser propiciadoras de una salud integral y requieren fundamentalmente de acompañamiento continuo, en el sentido de orientar en común, hacia la búsqueda de calidad de vida para todos, y que se constituyan en un laboratorio, donde se vayan transformando los enfoques y modelos de salud pertinentes y apropiados a cada cultura.

2.2.6 Salud colectiva

La transformación personal y social requiere la experiencia en salud comunitaria, que actúe como refuerzo solidario, para avanzar en prácticas de salud colectiva que impacten y cambie sustancialmente el paradigma del pensamiento clásico sobre la salud-enfermedad y permita a la persona aprender de la interacción social, trabajar en equipo, fomentar liderazgos y emprender proyectos para mejorar las condiciones de salud de la población.

También posibilita comprometerse con innovadoras opciones políticos-sociales, importantes para la transformación social. Los fines de la salud integral son de carácter socio-culturales, en tanto que los medios para lograrla pertenecen a los resortes propios del campo de la salud:

El concepto de nueva sociedad tiene de fondo la afirmación de que el hombre es capaz de oponer a las situaciones decepcionantes e injustas una fuerza contradictoria; la esperanza. Esperanza de que aquello que no es, puede ser, puede hacerse realidad. Por eso tenemos de base la convicción de que la nueva sociedad es un acontecimiento utópico que nos mueve a tener una imaginación creadora para tener en cuenta un futuro real. (Servicios de Capacitación y Acompañamiento a Asesores de Juventud [Seraj], 1990, p. 15)

2.2.7 Salud participativa

La salud cuando es integral no distancia al médico o al equipo de profesionales de la salud de las personas que los requieren, tampoco distancia la salud de la enfermedad, la vida de la muerte, como si fuesen opuestos. La salud integral es participativa, porque es propiciadora de encuentros fraternos, que posibilitan aliviar el dolor y el sufrimiento de las personas, “Concebimos en efecto al humano como un ser social, cognitivo, afectivo, un ser para el encuentro: deseamos verlo cohabitar en armonía con sus conciudadanos; creemos que se encuentra aquí y ahora para la armonía, el goce, la convivencia” (Rodríguez, 1991, p. 55).

2.2.8 Salud como lenguaje

La salud se comprende a través de las expresiones del lenguaje oral, visual, la corporal, simbólico, escrito, auditivo. La comunicación tiene una importancia fundamental en la construcción de una salud integral. La integralidad se manifiesta en el lenguaje. Este permite comprender al sujeto humano en la singularidad de su deber ser, en su intimidad y en todo lo que el individuo es en realidad.

El sujeto humano en todo lo que comunica, integra las diferentes facetas de su ser. “El lenguaje reproduce la síntesis de materialidad y espiritualidad que caracteriza al ser humano” (Choza, 1988, p. 159). La condición social mediada por el lenguaje, es la condición necesaria para el logro de una salud integral. El ser humano

interactúa con la realidad a través de la comunicación.

Cada célula del cuerpo habla, expresa su condición a través de manifestaciones biopsicosociales. El lenguaje no solo comunica, sino que hace, realiza al hombre en el pensamiento, en la corporalidad, en sus funciones, en lo simbólico, en la estética, la ética, en las emociones y en su conducta. En el lenguaje él se constituye como sujeto integral.

2.2.9 Salud como caricia

El cuidado, la atención, el entender la salud de la persona, debe ser por esencia, además de un acto científico, un encuentro amoroso con la vida. La salud es como una caricia para la existencia.

La salud integral implica que los profesionales de la salud acaricien al que sufre por el malestar. La caricia no es únicamente el contacto piel a piel, es una sonrisa, un gesto amable, una palabra bella, un saludo fraterno, el acompañamiento sincero, un abrazo solidario, el reconocimiento que despierta confianza, el compromiso y el respeto por la existencia del otro, la inclusión sin condicionamientos, el compadecerse por el dolor del prójimo.

Para Maturana (2000):

Los seres humanos somos animales amorosos, nos matamos en Bosnia, torturamos en una guerra, pero somos seres amorosos. Fíjense que es interesante, somos seres amorosos porque nos enfermamos cada vez que se interfiere con el amor, y ¿qué es el amor? El amor es una cosa muy simple, cotidiana, no es una virtud, es una condición relacional en la cual vivimos, que funda lo social y que es central en la vida humana. El conducirnos unos con otros en términos tales que el otro surge como legítimo otro en convivencia con uno, eso es el amor. (p. 130)

El logro de la salud integral, expresa el nivel de realización máxima del ser humano, en cuanto que, significa el momento en el cual está consciente de su origen, de sus constituyentes y de su destino. Así mismo, asume las responsabilidades, responde por los

compromisos, es respetuoso de la alteridad e incluyente de lo diverso, es motivado por los retos, dispone de su talento intelectual y afectivo para afrontar los desafíos, también está consciente de la realidad histórica y es sensible con las posibilidades de su trascendencia.

CAPÍTULO III

Humanización de la conciencia y el amor por la vida

3.1 En homenaje a la vida, la vida misma	44
3.2 Humanización y convivencia plural	47
3.3 Humanización, ética y práctica de la libertad	50

03

CAPÍTULO III

3. Humanización de la conciencia y el amor por la vida

*Primero fue necesario civilizar al hombre en relación con el hombre. Ahora es necesario civilizar al hombre en relación con la naturaleza”
Víctor Hugo (1802- 1885)*

3.1 En homenaje a la vida, la vida misma

La sociedad del siglo XXI, debe encaminarse hacia la concepción del paradigma ecocéntrico. Esto incluye constituir una conciencia de la sostenibilidad planetaria con profundo sentido ético. El reto será la transformación del anacrónico sistema de producción basado en la depredación de los bienes naturales, para avanzar y establecer el anhelo de una comunidad integral e integrada, respetuosa, responsable y sostenible con el mundo. Se hace imprescindible aprender a valorar el significado de la vida, en sí misma y desde el reconocimiento de la interacción fecunda y amorosa con la diversidad natural y cultural universal.

La acelerada auto innovación de la tecnología, generan permanentes cambios, no siempre bien reflexionados en las concepciones y valoraciones sobre la vida. La apuesta de la cibercultura, representa la sumisión del mundo al fenómeno de la ciencia, en una especie de asimilacionismo y deglución de la biodiversidad por la máquina, cuya consecuencia son los profundos conflictos de naturaleza bioética. Parte de la crisis, es la percepción de la creciente pérdida de la armonía evolutiva de los ritmos sincrónicos y diacrónicos en la dinámica de interacción hombre-naturaleza.

La ciencia y la tecnología han originado una amplitud de la conciencia racional y simbólica, gracias a esto, el cerebro ha podido percibir procesos de la naturaleza nunca antes imaginados. En los diferentes momentos de la existencia, se crea la realidad, está habita

dentro de cada uno tal cómo es. Es improbable que se puedan cambiar los fenómenos del entorno, independientemente de la razón. La tecnología no es solamente un producto en sí mismo, son estilos de vida, mediatizados por la cultura. El objeto creado por la ciencia, moldea la percepción del entorno de las cosas que constituyen el mundo de los sujetos.

Los colectivos humanos originan patrones de conducta, en concordancia con las explicaciones que la conciencia ha realizado sobre los fenómenos de la vida. Surge la pregunta: ¿Cómo cambiar los esquemas? Una forma es, reconociendo la mecánica del biopoder con que esta manipula la razón. Desde el biopoder, se producen los determinismos y condicionamientos ideológicos en los procesos vitales humanos.

La conciencia de este proceso, es la que conduce a elegir los principios y valores con que se constituye la realidad, si se quiere cambiar se debe realizar una profunda reflexión sobre la dinámica del biopoder, para reformar las convicciones de la conciencia.

La dinámica de transducción cósmica, contiene en su naturaleza a la conciencia humana, esta es tan solo una fracción en el infinito entre tramado universal. El hombre debe interesarse para aclarar el horizonte de su pensamiento. El cerebro en su caótico proceso de humanización, en tanto es cultura, debe inquietarse por su actitud relacional con el planeta.

Sobre la forma como hemos concebido la naturaleza biótica y abiótica, así mismo, la hemos tratado. El concepto de naturaleza planetaria depende de la cosmovisión que se tenga del yo y del mundo que nos rodea, a esto lo llamamos cultura. Esta construcción cultural va más allá de la racionalidad, para Cassirer (1993):

La razón es un término verdaderamente inadecuado para abarcar las formas de la vida cultural humana en toda su riqueza y diversidad, pero todas estas formas son formas simbólicas. Por lo tanto, en lugar de definir al hombre como un animal racional lo definiremos como un animal simbólico. (p. 49)

Ha sido desde los valores y principios del paradigma antropocéntrico u homo dominante, a partir donde se ha establecido la relación humana - naturaleza. El concepto de ser humano debe incluir al universo, allí se constituye el todo, convergiendo hacia la unidad. El hombre está y es, en función de la totalidad, en esta encuentra su plenitud.

El sentido de la interrelación humano-naturaleza, surge del encuentro con el otro, cada movimiento singular que acontece en el universo, repercute en el todo, similar al entretejido de una inmensa telaraña cósmica. Los vínculos con la naturaleza son algo muy profundo, y desborda la reducida y abusiva mirada utilitarista. El hombre no solo ocupa un lugar en el mundo, ambos se influyen mutuamente, “Yo soy yo y mis circunstancias” (Ortega, 1914, p. 43). La estrecha relación entre el hombre y su entorno, es de inmensa importancia para el logro de la supervivencia. La gran mayoría de conflictos surgen de su desequilibrio e inequidad.

El homenaje que debemos rendirle al silencio amoroso y fecundo de la vida, está retribuyéndole al planeta en la misma dimensión en la que se nos concede. No repoblándolo artificialmente, ni intentando “purificar” el aire o las aguas impurificables, sino con algo muy poderoso, una idea a la cual le ha llegado su tiempo: El cambio de cosmovisión, movilizad hacia el pensamiento ecocéntrico o biocéntrico.

Es urgente abandonar el egocentrismo y las vanidades, para aceptarnos en la realidad que somos: Un hilo de la compleja, pero mágica red de la vida. El sentido de la evolución ha consistido en transitar por la esencial naturaleza, hacia los artificios de la conciencia cultural, caracterizada por la ambivalencia entre la fuerza de la sobrevivencia y la ternura del animal amoroso.

Lo que ha pasado con nuestra historia, es que es una historia en la conservación de la neotenia y la neotenia comienza por aquí; no es un fenómeno peculiar para nosotros, no es un fenómeno muy corriente en la historia de los seres vivos, la diversificación de especies surge de procesos neotéricos con

gran frecuencia. Pero nosotros pertenecemos a una historia neotérica de expansión de la infancia y es una historia que en cuanto tal, implica una expansión de las relaciones amorosas a toda la vida. (Maturana, 2000, p. 147)

Somos seres capaces de matar, pero también de amar. Desde el primer aliento de vida, prolongamos las raíces con nuestros padres fundantes de la existencia. La interrelación basada en la confianza recíproca y la mutua aceptación del uno con el otro, es condición esencial para constituirnos como individuos amorosos entre la especie.

De igual forma, debemos comportarnos con el mundo, como lo que somos, en un acto de aceptación, de legitimidad y reconocimiento de la compleja diversidad que el mismo contiene. El propósito será el de alimentar una red holística de coexistencia y la cooperación, que se extiende por el universo, sin lo cual se hace improbable la permanencia de todos. Si continúa el ritmo de depredación, tendremos la tierra desértica, colmatada de cacharros sin vida.

Para sacar la cuestión de lo irremediable y colocarla como un compromiso con la existencia, se requiere viabilizar una agenda por la vida. Su objetivo es sensibilizar la conciencia y canalizar el pensamiento hacía otras modalidades alternativas sostenibles de la acción humana. Donde la prioridad está centrada en la coexistencia respetuosa y responsable con la biodiversidad.

Para este propósito, la clave esencial es la educación humanizaste. En el imprescindible viaje a pie, por las escarpadas e inhóspitas regiones del aprendizaje, debemos prepararnos para aprehender la pasión, el silencio, la levedad, la belleza, la gratitud, la amistad y la cooperación, como elementos esenciales de la convivencia sostenible planetaria.

3.2 Humanización y convivencia plural.

Saber convivir en sociedades plurales, en culturas híbridas y diversas, implica el logro pleno del desarrollo de todas las dimensio-

nes de lo humano posible. Significa el principal avance de la cultura y de la vida en democracia. Es también para millones de personas la posibilidad para subsistir colectivamente. Y como individuo la posibilidad de humanizar su vida:

La democracia no consiste solamente en respetar los derechos iguales de los ciudadanos, porque los ciudadanos no son fruto natural de la tierra que brota espontáneamente sin más ni más. La democracia tiene que ocuparse de crear los ciudadanos en cuya voluntad política apoya su legitimidad, es decir tiene que enseñar a cada ciudadano potencial lo imprescindible para llegar a serlo de hecho. (Savater, 2009, p. 174)

Teóricamente, lo que se conoce como convivencia, se percibe como un lugar de encuentro de la pluralidad, un escenario para el disenso y el consenso, una posibilidad para ejercer la libertad. Las humanidades, controvierten, reafirman y dinamizan el pensamiento de la sociedad. No en la condición de subalternidad, sino, en una fecunda interrelación dialógica entre iguales: de potencia a potencia, “en la democracia auténtica hay una idea subyacente de evolución para mejorar al individuo; ella trata de conseguir un ideal de ser humano” (Mendialdua, 2010, p. 62).

La convivencia debe ser el resultado de la aceptación del que existen y pueden expresarse maneras diferentes de actuar y comprender el mundo. Convivir en sociedad, significa aceptar la participación de la alteridad. Comprender que el pluralismo no está solamente la visualización de la diversidad, sino la inclusión respetuosa de la existencia y la verdad del otro. “Es justamente aceptando a los otros, como mejor podemos lograr que cambien determinadas actitudes por unas más adecuadas” (Escobar, 2008, p. 144).

La finalidad de construir convivencia plural, desde los encuentros y desencuentros son el mejoramiento de la vida, la humanización del hombre y, significa la transformación para la sostenibilidad. Hacer convivencia en la realidad social, es una labor que debe transmutar la simple enunciación de la norma y la exaltación del mundo de los deseos, cuya función, en muchos casos, es encubrir ideologías de dominación. Y así, poder superar las talanqueras de la exclusión.

Lo “propio del pluralismo es negarse a todas las mutilaciones sobre las que se edifica el totalitarismo” (Burdeau, 1970, p. 93)

En el orden sistémico, la individualidad de cada persona, es el origen de la diversidad que marcha en discusión dialógico-creativa permanentemente. La humanización de la convivencia permite, “que la existencia de diferentes puntos de vista, partidos o convicciones, debe llevar a la aceptación del pluralismo con alegría, con la esperanza de que la confrontación de opiniones mejorara nuestros puntos de vista” (Zuleta, 1990, p. 127).

En la formación del profesional de la salud, las ciencias humanas posibilitan la autorrealización del pensamiento, acontecimiento primordial para la vida en democracia. Con una sólida educación integral humanista, no cristalizaran los dogmas, ni podrá instalarse ninguna forma de explotación ni discriminación. El resultado de la autovaloración, que brota del ejercicio intenso del aprender y del comprender, es el convivir. Éste es el garante de la libertad y la equidad democrática:

Que una persona tenga conocimientos sobre cómo deben ser, en el mundo de hoy, las cosas que le interesan y a las cuales tiene derecho en cuanto miembro que es de la comunidad, es la mejor forma posible de ir constituyendo un cuerpo social deliberante que reclama el cumplimiento del estado en cuanto a la garantía de los derechos fundamentales. (Escobar, 1997, p. 5)

La educación humanística supone que el conocimiento en sus diversas formas, debe proyectarse y residir en toda la sociedad, es decir constituir una civilización del entendimiento, una democratización del saber. Es preciso generar una comunidad más equitativa y sabia. Para hacer frente, a la compleja transformación social que genera la veloz información- formación que se distribuye virulentamente por el ciberespacio.

La educación humanística en salud, pretende reformular la concepción tradicional de generar y transmitir conocimientos, así como la forma de articularlos con la sociedad, en un sistema total, dinámico, abierto y sostenible.

3.3 Humanización, ética y práctica de la libertad

Para convivir en la cultura, se hace necesario que las personas por convicción ética asuman y modulen su conducta. Esto se logra con decisiones inteligentes, con el consenso de las mayorías, con la capacidad que tiene la sociedad de resolver los conflictos a partir de la verdad y con el firme respeto por los derechos humanos, “la ética, que nace al calor de la convivencia en el redil, desgraciadamente nada tiene que ver, ni con la moral de cualquier denominación ni con la política ni con la legislación positiva humana” (Lanchas, 2003, p. 245).

Los escenarios democráticos requieren de un reordenamiento ético, capaz de contrariar críticamente la pseudodemocracia que invisibiliza sus contradicciones y promulga leyes sociales que no se correspondan con los intereses comunes “de acuerdo con el racionalismo ético se trata, pues, de la construcción de un arquetipo de estado o estado ideal, al cual debe ajustarse la realidad política” (Aranguren, 1985, p. 23). Desde luego no existe una sociedad ideal. En la medida en que un estado se acerca a la realidad, la ética se contrasta más con la libertad.

Cuando los individuos adoptan una mayor humanización basadas en los valores éticos, se amplía la posibilidad de la libertad. La ética-libertad es la única probabilidad de una convivencia democrática. La libertad se realiza en la ética y esta, en la razón, “sin ética es imposible tener un tejido social sano; la vida se vuelve invivable en una sociedad donde no hay acuerdo en las normas morales” (Vélez, 1996, p.19).

Cuando la democracia es frágil y vulnerable a los vicios del poder, se tiende a anular los rasgos fundamentales de la naturaleza humana, indispensables para su bienestar. Vivir en una pseudodemocracia, es estar en el riesgo de humanización, porque se generan condicionamientos, determinismos y adiestramientos. Una forma de domesticación de las potencialidades humanas.

Ante este moderno neo esclavismo de la conciencia, el cerebro social responde a los procesos de manipulación, impulsando el desarrollo autónoma y personal. Al final, nadie puede quitarle el derecho a los individuos a encausar y organizar la vida, como cada persona lo decida.

La educación humanística debe propender por la construcción de mentes capaces de discernir, de generar un autodescubrimiento de sus potencialidades. Importante para lograr la autodeterminación de la vida, que garantice la plena integración en los sistemas sociales. “El universo es una red dinámica de fenómenos relacionados” (Capra, 1992, p. 102). La organización social debe seguir el patrón de red, este no es lineal, va en todas las direcciones, es abierto y tiene la capacidad de autorregularse.

Una comunidad que mantiene su valoración ética, podrá corregir sus errores, regularse y organizarse para el logro del bienestar.

Nuestro deber moral no consiste en hacer solamente el bien que a mí me interesa, sino el bien que a todos atañe de la misma manera; no solo se debe evitar el mal que a mí me puede perjudicar, sino el mal que nos pone en riesgo a todos. (Lukomski, y otros, 2013, p. 395)

Las humanidades no pueden ser entendidas como un simple proceso de adaptación para la socialización de las personas, sino una posibilidad para la edificación de los individuos, que les permita convertirse en nuevos seres humanos, evolucionar hacia otras formas de pensar, de hablar, de sentir y de hacer. Para cambiar de vida, antes de la muerte, cuantas veces sea necesario, y establecerse en un mundo interrelacionado. La libertad es autonomía ética del individuo, “es un movimiento de la conciencia que nos lleva, en ciertos momentos, a pronunciar dos monosílabos: Si o No” (Savater, 2008, p. 33).

Es el estado-sociedad, quien debe sembrar y promover la libertad, pero, sin condicionamientos sobre la vida de las personas. Ni para limitar las formas de expresión económica, política, estética, religiosa, histórica, epistemológica o filosófica. El estado, “tiene el

deber para con sus ciudadanos de mantener la libertad, de dejar que aquellos ciudadanos contribuyan a la posterior aventura y al desarrollo de la especie humana” (Feynman, 1999, p. 70).

En la educación humanística, el profesional de la salud, debe formarse como un forjador de libertad e innovación social. Debe romper con el esquema tradicional del autoritarismo del conocimiento, que anula la posibilidad de la discusión participativa sobre las diversas verdades del proceso salud-enfermedad.

Con la ética podemos llegar a un consenso de lo que es pertinente y esencial para convivir en libertad, sin abandonar el disenso. Es un acuerdo sobre lo fundamental para vivir de una manera digna y alegre. Con las humanidades se aprende que la conexión para interactuar con el otro, es mediado por el afecto.

Somos seres neotéricos, amorosos por siempre, esta es la puerta de escape al perfil de angustia histórica, “que nos profundiza aún más la conciencia de las limitaciones individuales para poder ser protagonista de la historia y poder producir alguna transformación” (Jaramillo, 2006, p.11)

La educación humanística, hace que la humanidad se haga dueña de sí misma, que se constituya como sujetos históricos biofilicos, “¿No podríamos descongelar la enorme cantidad de amor petrificado en religiones y abstracciones, dedicarlo no ya a lo inmortal sino a lo mortal?” (Morín, 1993, p. 209). La educación encuentra en la reflexión humanística el mejor camino para resignificar la ética.

La ética es el baluarte para la interacción de sujetos diversos, amalgamados por el aprendizaje del afecto:

No estoy hablando de amoroso en el sentido de una virtud; estoy hablando de movernos en espacios en los cuales las cosas que hacemos en conjunto surgen de colaboración en proyectos comunes que podemos diseñar, lo cual no quiere decir que coincidamos en todo, pero si nos respetamos; las discrepancias son puntos de partida para conversaciones, no espacios de negación mutua en la eliminación de uno u otro. (Maturana, 2000, p. 163)

Si miramos la realidad contemporánea global, surgen interrogantes sobre el deterioro de la calidad y la dignidad de la vida humana. La posible explicación puede encontrarse en lo que se denomina: una crisis de valores, un colapso moral y un adormilamiento ético.

Se hace urgente reelaborar una ética civil, secular, ciudadana, no para contraponerse a la religiosa, sino, como otra forma de acercamiento significativo a la realidad moral de la humanidad:

Libres de prejuicios mutuos y sobre todo libres de ambiciones de poder, todas las instituciones tendrían que sentir y aceptar el llamado a ponerse de acuerdo en torno a la búsqueda de lo que llamaríamos la elaboración de una pedagogía civil para la moral, para la ética. (Calderón, 1993, p. 21)

Por supuesto que la ética como constructo humano no es infalible, el profesional de la salud, requiere formarse en la posibilidad del error. Por eso se debe aprender sobre la importancia de la auto-crítica y de la crítica, como una herramienta para el cambio y el cultivo de la tolerancia:

Incluso en el campo de la ética, es posible presentar propuestas que pueden ser tratadas y mejoradas por el dialogo, y que los principios éticos y la práctica ética aceptados durante siglos por los mejores y más sobresalientes intelectuales, pueden contener errores ocultos de los cuales estamos moralmente obligados a aprender. (Popper, 1992, p. 30)

CAPÍTULO IV

Las Humanidades y La Educación en Salud

4.1 Transformación social y educación en salud	55
4.2 Naturaleza humana y salud	59
4.3 Dimensiones del ser humano	62
4.3.1 El humano es trascendente	63
4.3.2 El humano es impredecible	63
4.3.3 El humano es autónomo	63
4.3.4 El humano es transformador	64
4.3.5 El humano es socio	64
4.3.6 El humano es fenomenológico	64
4.3.7 El humano es heurístico	65
4.3.8 El humano es hermenéutico	66
4.3.9 El humano es axiológico	66
4.4 Las ciencias humanas en la formación integral	67
4.5 La formación en ciencias humanas para la humanización de la salud	76



CAPÍTULO IV

4 Las Humanidades y la Educación en Salud

“Educar a un ser humano, no es hacerle aprender algo que no sabía, sino, hacer de él alguien que no existía”.
John Ruskin (1819-1900)

4.1 Transformación Social y Educación en Salud

Se entiende que el proyecto de la modernidad, fundamentado desde sus inicios por el paradigma científico tecnológico, permitiría a la humanidad desarrollar entre otros los siguientes aspectos:

- a. Profundizar el ideal de la humanización.
- b. Alzar el vuelo de la emancipación.
- c. Dignificar a la humanidad en el goce de los derechos.
- d. Sembrar la convivencia, basada en la racionalidad de la conciencia ética.
- e. Mejorar la calidad de vida con equidad y sostenibilidad planetaria.

¿Qué ha sucedido? ¿Por qué, el ideal del progreso evolucionista, fundamentado en la productividad economicista, desplazo la vida humana, del centro de la sostenibilidad, sustituyéndola por las cosas? ¿Por qué, se humanizaron las cosas y se cosificó la vida?

Si la calidad y calidez, comprendida como esencia de vida y eje de la salud, se visualiza como un objeto, una mercancía con fines de lucro. Todos los logros científicos-tecnológicos y las políticas de salud, pasan a ser modernos instrumentos de la biopolítica. Al servicio de la enfermedad, el sufrimiento, la penuria y la muerte. La ciencia y la tecnología son productos de la cultura, cuyo significado solo se acepta y comprende en función del bienestar de la humanidad.

Lo cierto es que en el desencanto entre lo que pudo haber sido y no fue; entre las posibilidades y las frustraciones, muchos miramos a las universidades como las instituciones más propensas, por sus capacidades y condiciones, por el peso de su legado histórico en materia de construcción de la ciudadanía, a fungir como faros en este dominio de las sombras. (Cortázar, 2002, p.29)

Se requiere de un proceso educativo en salud, que incluya en la planificación curricular las ciencias socio humanísticas. “Debería reconocerse que, sin una familiaridad con las cuestiones básicas de la antropología, la ética y la política, un médico puede perderse con mucha facilidad en el mundo en que vivimos, más allá de sus virtudes clínicas o meramente científicas” (González, 2009, p. 3).

Esta es la respuesta adecuada para romper con la cosmovisión mecanicista, científicista y el pragmatismo utilitarista del conocimiento. “El predominio de las ciencias naturales sobre las sociales es una característica histórica de nuestra sociedad, pero no es una ley de la naturaleza: pudimos haber tenido una ciencia de otro tipo” (Varsavsky, 2007, p. 11). Esta narrativa positivista ha imposibilitado a la educación en salud, de cumplir con la formación holística e integral de los profesionales, para la atención y el cuidado integral de la salud de las personas.

Las consecuencias de estas carencias, recaen drásticamente sobre los pacientes, que son tratados y reducidos en su integralidad, a la descripción de su estado patológico, por encima de su dignidad y sus derechos. Problemas como la despersonalización de la relación médico-paciente, la omisión de los aspectos emocionales de la enfermedad, la exclusión de la perspectiva de los usuarios en el sistema de salud (Quadrelli, 2013) y una generalizada insatisfacción de los usuarios en los servicios sanitarios (Romero Leguizamón, 2018); confluyen en profundos cuestionamientos sobre la formación, las competencias y los perfiles de egreso de los profesionales de las ciencias de la salud que accedan a una educación integral que vincule los conocimientos técnicos y humanistas pertinentes para su práctica profesional.

A continuación, se presentan algunas de las más relevantes situaciones surgidas al considerar la importancia de la humanización de la salud, tanto en el contexto de la formación del talento humano, como en su función social:

a. La educación en salud está determinada por una visión científica y un exagerado tecno logicismo. Que hace que se dogmatizan los saberes y se sobredimensionen las reales posibilidades de resolución de las problemáticas de salud. El cientificismo fija la atención en la formación de los problemas hospital céntricos de alta complejidad y, descuida las inequidades de los determinantes socio-ambientales de la salud, que son prevalentes en la población.

b. La incongruencia surgida de articular la teoría científica con los procedimientos prácticos. Se subestima los fundamentos conceptuales y se privilegia la tendencia hacia el reduccionismo técnico-empírico, en la educación del proceso salud-enfermedad.

c. Los conflictos epistémicos y la dificultad de relacionar los fenómenos del pragmatismo, el empirismo y el utilitarismo con su implementación para la resolución de los problemas reales de la salud.

d. El aprendizaje descontextualizado del proceso salud-enfermedad, ocasionado por el afán positivista de universalización estandarizada de modelos y de métodos en salud.

e. La dificultad en asimilar la transición desde una filosofía clásica de la salud, centrada en la fragmentación y objetivación de sus partes. Con enfoque pato céntrico, de naturaleza curativa, con una visión mioclónica no diferenciada. Hacia un enfoque complejo y sistémico de la salud, integra lista e integrada, que enfoca su interés en la ruta del ciclo vital, en el individuo como ser social, en la familia, la comunidad y el ambiente.

Una medicina social que nos implique a todos como participantes activos-deliberativos, que promueva el fenómeno de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, en el cuidado y autocuidado de la salud y la vida y el entendimiento del ser humano.

La sociedad de hoy espera que el médico y su equipo se ocupen no sólo de prevenir y curar la enfermedad, sino también de crear y mantener más salud. Para poder atender estas exigencias, los trabajadores de la salud debemos entender que su misión tiene otra dimensión, y los componentes económicos, sociales y ecológicos tienen interrelaciones estrechas con los niveles de salud de los individuos, de sus familias y de la comunidad en que viven. (Bahsas, 1999, p.55)

El modelo de salud centrada en la enfermedad-curación, cada vez, se hace más dependiente de la biotecnología, de las súper especialidades clínicas, y más adicto a la farmacopea. Promovidas por las transnacionales que ven en la enfermedad una inmensa fuente de lucro.

f. La dificultad en la coordinación efectiva entre la academia y la relación docente-asistencia en los centros de atención en salud, se traduce en un acto incoherente con la planificación curricular de las facultades. El profesional de la salud que actúa como docente en estas instituciones, enseña reproduciendo sus contenidos y su experiencia disciplinar, de igual manera, como le enseñaron a él.

El profesional de la salud enseña, sin asumir este ejercicio, como un acto didáctico-pedagógico y menos aún, con la flexibilidad y disposición cognoscitiva, para aprender y sistematizar los saberes de la comunidad.

La falta de coordinación imposibilita mejorar el proceso docente-asistencia. La superación de este fenómeno está en la misma formación de los profesionales, quienes deben asumir, que la relación con el paciente, no puede disociarse del acto educativo.

g. El rigor en el profundo sentido ético, que fundamenta la relación del profesional de la salud con la persona y la comunidad. La ética a de constituirse en Bioética, “La ética de estas décadas será bioética o, en caso contrario, no será nada” (Gracia, 1996, p. 274). Pretende garantizar los principios y responsabilidades morales del conocimiento científico, en relación con el fenómeno de la salud y la vida.

La ética como cuerpo axiológico, representa para la salud humana, un marco de preservación de derechos y garantía del bienestar integral, concebidos y aplicados desde el ejercicio profesional:

La educación en bioética, íntimamente ligada a la educación moral, se orienta primariamente a formar ciudadanos que en el espacio público desde sus diversas profesiones, oficios y formas de vida privilegien aquellos principios de la vida en sociedad que puedan orientar la vida de los particulares y de las comunidades de acuerdo con una ética de la especie, que se articule desde el Estado en políticas públicas coherentes con los principios de justicia como equidad. (Hoyos, 2010, p. 6)

La educación ética debe salir del currículo oculto. La bioética tiene que descentralizarse y liberarse de ser la vigila-juez del cientifismo y el tecnologismo. Así mismo, ser el soporte para la comprensión y valoración de las interacciones sostenibles sociales y culturales de la humanidad con la naturaleza.

h. Un aspecto de creciente trascendencia, es el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental. Este logro permite erradicar la concepción de la salud y la enfermedad, como un servicio-negocio, que se vende y se compra, según las leyes del mercado. Implica asumirlo, como un fenómeno socio-cultural que elimina cualquier tipo de discriminación.

Si la salud se asume como un derecho humano, emergen paralelamente los deberes, para establecer un balance fundamental de equidad y justicia democrática, desde donde, se hace posible reforzar el concepto del proceso salud-enfermedad, igual que un derecho y responsabilidad de todos.

4.2 Naturaleza humana y salud.

En la historia de la salud la mayor inquietud es por el conocimiento y la comprensión integral del ser humano, observado desde todas las dimensiones de su naturaleza: biológica, psicológica, espiri-

tual, social, cultural, simbólica, racional y relacional. Esencia humana sintetizada hermosamente por Chopra (2017) como: “La dicha es lo que somos” (p. 23) El elemento esencial de la condición humana es su realidad histórica, en conexión con el otro, integrada en su yo.

Biológicamente el individuo se define en el genoma humano, un escenario donde nos encontramos y nos diferenciamos con los demás seres vivos. Decimos que la naturaleza humana, es el genoma, que recoge una historia filogenética: Los hombres son individuos nacidos de padres humanos.

El humano cuenta con una memoria biológica contenida en la doble hélice del ADN, de tal forma que nuestra naturaleza es la más desarrollada expresión de la genética, “otros no se quedan atrás y afirman que lo que nos hace ser quienes somos – nuestros procesos mentales, nuestra conciencia de “ser”, entre otras menudencias – no es más que la actividad concertada de grupos de neuronas en el cerebro” (Golombek, 2008, p. 27).

En realidad, el factor biológico resulta insuficiente para comprender al ser humano, es necesario explorar otros escenarios que trascienden a la naturaleza biológica. Este es, como lo plantea Kant (1928), el sujeto trascendente donde se encuentran todas las representaciones. Trascender es pasar “los límites de la experiencia posible” (p. 118).

Es en el sujeto trascendente, donde tiene lugar la percepción de la conciencia de sí mismo, en su capacidad de razonar, de sentir, de hacer, de humanizarse y de relacionarse con el otro. Igualmente, en el hombre autoconsciente y moral que habita en la memoria cultural que se trasmite “de generación en generación a sus futuros descendientes mediante el aprendizaje; patrimonio cultural humano que se enriquece constantemente con la experiencia del hombre, a través de la historia” (Martínez y Castillo, 2002, p. 10)

Ser humano, es un producto social, resultado de la vida en común, de la interacción con el mundo. El hombre crea signos, establece nomenclaturas, asigna representaciones y significaciones, construye conceptos, genera cargas semánticas y realiza actos simbólicos.

El humano deja su huella en todo lo que toca, “la cultura es una especie de manto que recubre todo el mundo del hombre, que reviste todo lo ‘natural’, lo prístino con una significación pre convenida. Lo natural aparece revestido por algo convencional” (Botero, 2000, p. 56). La persona es un agente autónomo, por lo tanto, es libre para asumir sus derechos y deberes de forma voluntaria, y para elegir y decidir sin coacciones internas ni externas.

Moralmente la persona es un fin en sí mismo, es decir no puede ser usada como medio para obtener otro fin diferente al respeto y el reconocimiento de su dignidad.

La calidad de la atención y el cuidado de la salud de las personas, depende del concepto que se tenga del ser humano, que en gran medida se basa en la propia valoración personal y de los aprendizajes adquiridos en la cultura. En la relación profesional paciente, es fundamental la formación en ciencias humanas, requisito necesario de la educación en salud de los estudiantes.

Si el profesional de la salud no posee una profunda comprensión del ser humano, ejercerá su profesión desconectado de la realidad del otro, será una relación insensible, indolente, inhumana y en consecuencia sin calidad y calidez, dirigida solamente hacia la técnica de la saber y no con respecto a la dignificación de los derechos de la persona.

Uno de los principales problemas de la salud del siglo XXI, es que las sociedades han percibido que los profesionales de esta área, no tienen ninguna sólida formación humanística. Por eso, a pesar de tener hoy en día profundo conocimiento científico y mayor tecnología, no se ha logrado impregnar en la comunidad, en consecuencia, el paciente moderno, confía menos de la persona, como en su saber.

En un sistema de salud mercantilista, los procesos científicos-tecnológicos están centrados más, en los beneficios económicos del profesional y en el superávit de las instituciones que en la salud de las colectividades.

Un médico que tenga la ciencia médica como un fin y no como un medio de servir a la humanidad, es un peligro social; es alguien a quien solo le importa el dinero o el avance de la cien-

cia por la ciencia misma sin beneficio para el ser humano. Para este tipo de profesional, lo importante es el “caso” para presentar en un congreso y no el bien del paciente. (Vélez, 1996, p. 35)

La salud requiere de prácticas más humanizadas, este anhelo se inicia, enriqueciendo los planes de estudio de las profesiones en esta área, con una sólida formación en ciencias humanas. La propuesta de algunos autores en este sentido, es la promoción de la empatía en la educación de las emociones como medio para conectar la medicina basada en la evidencia y la medicina centrada en el paciente y vencer la separación entre el conocimiento técnico y las humanidades (Moreto et al., 2014)

4.3 Dimensiones del ser humano

En cuanto a nuestra identidad natural se admite universalmente que somos materia, lo denso y energía, lo sutil, “es evidente que esta última, ligada a lo más espiritual, es la más crucial” (Mosonyi, 2008, p. 38). La sociedad occidental ha conformado en la mente de los individuos una representación dual del mundo.

La visión dual, origina una narrativa de confrontación de opuestos, entre bueno y malo, normal y anormal, la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, el amor y el odio, etc. Sin duda, este reduccionismo doble, le resulta más cómodo al cerebro, pero cercena la potencialidad del pensamiento complejo.

En salud, como consecuencia del paradigma biología y con la omisión la física cuántica, es muy común la separación entre la materia y la energía. Se ha demostrado que la materia es una forma de energía y que la materia que constituye al hombre, alcanza menos del 0.2%, el resto es energía.

Cuando se fragmenta el sistema, así sea para explicarlo o intervenirlo, como ocurre con la atención en salud, se genera una interferencia, una transgresión homeostática del individuo con su medio.

El proceso salud-enfermedad, es un concepto que no se limita exclusivamente al cuerpo, el sistema humano es parte de la energía cósmica, en permanente transducción. La perspectiva del sentido de la complejidad integral humana, se puede comprender y caracterizar desde los siguientes aspectos:

4.3.1 El humano es trascendente.

Quiere decir que siempre es un prospecto abierto, un acto de superación jamás terminado, una obra que se va realizando y en ese hacerse, va fundando su horizonte de humanidad y se va conectando al sistema universal, “pues su trascendencia no es solo consigo mismo y con el mundo, sino también con los otros seres humanos que en familia, comunidad o grupo social se desarrollan cotidianamente” (Róvere, 1999, p. 19).

4.3.2 El humano es impredecible.

Cualquier cosa puede suceder con él, su accionar es inesperado. La acción que el ser humano despliega la hace en relación con lo desconocido, es allí donde encuentra el significado a su existencia. En el transcurso de la vida el hombre va encontrando su incertidumbre, donde todo es posible.

En la libertad y el lenguaje se sucede el mayor acto de impredecibilidad, “En la actuación y el decir el hombre revela lo que es, revela activamente sus identidades personales únicas y así hace su aparición en el mundo humano” (Campo & Restrepo, 1993, p.27). Podemos imaginar el futuro, pero es imposible conocerlo con certeza, “Cada uno de nuestras acciones, cada uno de nuestros pensamientos nos compromete en lo que será” (Jacob, 2005, p. 21).

4.3.3 El humano es autónomo

Capaz de incidir sobre su propia vida, y de alterar el sistema heterónomo. Ve al mundo como una proyección de sí mismo, se piensa como autor de su perspectiva vital. “Usted es el hacedor de su

destino. Si se resiste a ello, ¿Cuál es entonces su papel en este breve paso por la vida?” (Escobar, 2008, p. 130). El individuo que se cultiva a sí mismo, crea una visión donde puede auto conocerse, auto amarse, automedicarse, autorrealizarse y autogobernarse.

4.3.4 El humano es transformador

Para mantener la existencia ha tenido por sí mismo, que superar las necesidades en oportunidades. La cultura es el mayor logro de transformación, entendida semánticamente como naturaleza intervenida, humanizada. Para el poeta Ángel Eduardo Acevedo, cultura es: todo lo que no es verdor, es el mundo perceptivo alrededor del individuo elaborado por el mismo, es “el conjunto de estructuras simbólicas que regulan la vida cotidiana y por consiguiente, la interacción entre todos los sujetos” (Ávila, 1994, p. 57).

4.3.5 El humano es socio

La sociabilidad es una característica del género humano, Aristóteles afirmó que el hombre es un ser políticón. La relación entre los seres humanos no debe ser alienante. Es muy conocido el pensamiento de Ortega y Gasset (1914) “Yo soy yo y mis circunstancias” (p. 12). Sin contexto, es imposible comprender a un individuo.

Según los existencialistas el ser humano no está en el mundo, sino que es, en el mundo. “El anhelo del fámula es saber, saberlo todo, mientras que el del fausto, el señor, es conocer los profundos vínculos del mundo como totalidad” (Lanchas, 2003, p. 240). No podemos refugiarnos en nuestros cuerpos, pensamientos y emociones, imaginando que el mundo está después de mi piel, que transcurre sin mí, y que está lleno de otros. No es cierto, el mundo existe lleno de mí, en relación con los otros.

4.3.6 El humano es fenomenológico

El Hombre tiene conciencia de sí mismo y del mundo, la fenomenología es un método de conocimiento que examina contenidos

de la conciencia y busca verificar su realidad. Esa existe porque la comprendemos y la aceptamos, cada vez que la situación cambia es debido a que ya no estamos de acuerdo con ella.

La fenomenología permite romper el marco inferencial exclusivamente cognitivista, basado en la reproducción del método hipotético-deductivo que limita la creación de espacios y de sujetos. En la conciencia fenomenológica, todo se transforma, la caducidad natural no existe, tiene lugar, pero hay permanencia (cambio) e inmanencia (revelación).

En las ciencias de la salud, el fenómeno de la enfermedad y la muerte, se expresan con sufrimiento y dolor, en escenarios cargados con el miedo a la pérdida y al rompimiento del vínculo de dependencia. El fenómeno de la lucha entre el bien y el mal, sostiene la hegemonía del biopoder. “Algunos de los daños que provoca la ciencia y sus aplicaciones nacen del deseo de hacer el bien. Los primeros radiólogos, por ejemplo, no pensaban que los rayos X podrían provocar cánceres” (Jacob, 2005, p. 118).

4.3.7 El humano es heurístico

Es capaz de crear y crearse. El cerebro humano está diseñado filogenéticamente para imaginar ilimitadamente, su fortaleza radica en la potencialidad para escudriñar la realidad e inventar mundos virtuales. Siempre buscamos resolver las preguntas esenciales sobre sí mismo, como lo enseña Vagaba Gita, citado por Chopra, D. (2015). “Volviendo hacia mi interior, puedo crear una y otra vez”. La creatividad permite asumir decisiones resolutorias de los conflictos de la existencia.

La heurística rompe con los pensamientos hegemónicos del cientificismo y en el dogmatismo del saber en salud. Promueve un pensamiento divergente que acepta la pluralidad de sistemas y de conocimientos sobre la salud-enfermedad. Para transformar creativamente el paradigma de la salud, nos dice Foucault (2007) que “es preciso, sin embargo, contemplar las cosas desde más cerca” (p. 279).

4.3.8 El humano es hermenéutico

El hombre es capaz de interpretar para darle sentido a la existencia, la hermenéutica como teoría pretende explicar las diversas posibilidades sobre la verdad y como método es una herramienta para la interpretación y el análisis de los hechos humanos, en el contexto histórico y social en el que transcurren.

El vehículo de la hermenéutica es el lenguaje, en él se encuentran refugiados los significados de la verdad y en salud, le permite al médico descifrar los signos que no se revelan conscientemente a los sentidos.

A través de la hermenéutica, en el acto semiológico, la enfermedad le habla al médico, este debe interpretarla. Para lograrlo, se debe establecer una relación dialógica humanizaste, si no se establece, “los médicos ejercen sobre los pacientes un poder basado en la existencia de una asimetría, que se expresa a través de la diferencia de conocimientos y capacidades, y que utilizan para regular la condición de enfermo del individuo” (Castillo, 2010, p. 107).

4.3.9 El humano es axiológico

Su conducta está impregnada de principios y valores, desde donde el hombre despliega sus juicios individuales sobre los preceptos éticos, morales, estéticos, sociales, culturales y espirituales. Lo axiológico es un acto subjetivo, nace de la más íntima convicción del ser, orientado por la racionalidad, no por los instintos ni las emociones.

La axiología se constituye en un acto de poder que faculta al hombre para asignar categorías y clasificaciones, excluyentes o incluyentes de los actos de los individuos. En el ámbito de la salud, se esgrimen principios universales de equidad, confianza, efectividad, imparcialidad, calidad, autonomía y se declara la moralidad pública sobre este derecho.

En la vida real, los principios sobre la salud se infringen, se oculta la verdad, se engaña y manipula al paciente, “se trata de la

“se trata de la moral de las manos sucias. Implica “olvidar” la responsabilidad de proteger el bien común...que no es otra cosa que proteger la salud de agentes y beneficiarios” (Frankenl, 2008, p. 65). El derecho a la salud de la población está cargado de transgresiones, deslealtades e intereses del biopoder. La salud se degrada a mercancía, y se transmuta como valor moral de la ética en la salud.

La educación de los estudiantes de salud, no puede reducirse a un ejercicio de cognición y aplicación de las técnicas de prevención, rehabilitación, paliación y curación de la enfermedad. También incluye el aprendizaje del arte de convivir, la interpretación de las diversas concepciones de mundo y formas de ver la realidad global.

La formación académica permite significar los conflictos de la sociedad e interiorizar los diversos modos de pensar, sentir y de actuar de los sujetos. “El ser humano es un yo en relación existencial con otro e inmerso en un mundo que hace parte de él. Es un microcosmos, una síntesis del gran cosmos” (Vélez, 1996, p. 51). La educación en salud es una construcción social que posibilita la transformación de la conciencia, del espíritu de la persona y del mundo que se habita.

4.4 Las ciencias humanas en la formación integral.

La razón de ser y el deber ser de la educación es la sociedad. Si la formación fracasa también lo hace la comunidad. La formación humanística debe estar a tono, vibrar con la sociedad, no para ser su reflejo, sino su pensamiento. Las ciencias humanas aportan al ideal de hombre y mujer que la sociedad debe formar integralmente.

La formación humanística insiste en la pluridimensionalidad del hombre.

En el aprendizaje de lo relacional, emocional, simbólico y del lenguaje, de la cultura, del arte, de la ética, de la convivencia. La Universidad forma genios, pero mendigos en la vida social, profesionales insensibles, acrílicos, ahistóricos y malos ciudadanos.

Desde las ciencias humanas, se propicia la formación integral de los estudiantes de salud, la discusión de la experiencia científica,

histórica, filosófica, antropológica, lingüística, ética, ambiental y política. La intención es la humanización que haga realidad el mejoramiento de la salud y de la vida. “Humanizar no significa romper con la herencia animal, sino más bien establecer un paradigma de la interacción humana, reconocer un espacio más o menos grande para la dimensión cualitativamente humana, el ámbito inviolable que reconocemos a la dignidad humana” (Botero, 2000, p. 56).

La formación humanística aplicada a la salud, desarrolla las competencias del saber ser, saber convivir, saber comunicar, saber sentir y saber hacer, que convocan a una nueva salud.

Los profesionales de la salud, forman parte constituyente de la sociedad, pero requieren enraizar su identidad en el contexto social de la salud. La educación en salud, fundamenta los ejes del saber de los que se despliega el proyecto de transformación del sistema de salud.

La ruta de construcción de una sólida formación humanística en salud, tiene por fundamento el trabajo cotidiano de aula. En la interacción del docente con el estudiante, se va constituyendo la conciencia como seres integrales. Donde lo prioritario para definir es la ambivalencia entre los aprendizajes de la cognición científica, con los de la enseñanza del deber ser social (humanísticos), importantes para la constitución de un saber social crítico, que posibilite ser útil a la sociedad.

La formación integral es una invitación fundamental a la reflexión, al debate, al disenso-consenso, que posibilite acercarse a la construcción de alternativas de cambio en la salud. Es un espacio de cualificación del ser y la libertad del pensamiento. No, para incentivar el encasillamiento de modelos artificiosos con recetas epistémicas.

Es evidente que a pesar de la alta inversión en la formación del talento humano en salud y en la adquisición de tecnologías de punta, aún la población sufre un conjunto de malestares de origen físico, psicológico y ambiental, que tiene sus raíces en la deuda social acumulada de la salud. A nivel mundial el modelo en esta área, tan importante, como el monto del presupuesto asignado, es la distribución y racionalización social diferencial de esos recursos.

En la mayoría de países, la carencia de personal formado para la atención de la salud, específicamente en el modelo biomédico curativo, dejó de ser un problema, por lo menos en lo que refiere a la estadística de profesionales por número de habitantes, según los requerimientos y patrones internacionales.

El conflicto de la salud radica, primero: En la inequidad de la distribución de los profesionales, en relación con las necesidades de salud de la población y la concentración socio-espacial de las comunidades. Cuya dinámica está direccionada por una fuerte tendencia hacia la deshabitación rural y una sub urbanización y marginalización citadina.

Esta dinámica se produce como producto de las migraciones y los desplazamientos forzados, marcados por la ausencia de políticas estatales de protección e inclusión social de amplios sectores vulnerables de la población.

Ocupamos junto con Sudán los primeros lugares en desplazamiento interno forzado de personas. A pesar de esto, el gobierno actual sostiene que en Colombia no hay conflicto y que los desplazados son más bien migrantes económicos que están buscando un mejor bienestar en la ciudad. (Pacheco, 2009, p. 177).

Segundo: Por el grave déficit en la educación humanística, sin formación en el paradigma de la salud colectiva y la medicina social, sin la cual, ningún sistema de salud es completo.

Las humanidades en la formación de los profesionales de la salud, posibilitan ampliar la comprensión sobre la dinámica de la salud, desde los elementos endógenos que la constituyen, y en relación con las potencialidades para su mejoramiento.

La educación en salud propicia la discusión de la triada entre: salud, calidad de vida y desarrollo humano. De donde se desprende los aportes a la transformación de la sociedad, “cada quien se desempeña según la clase de persona que cree que es” (Escobar, 2008, p. 119).

Al examinar los currículos de la mayoría de los programas académicos de salud, se constata una formación marcadamente tecnocrática, preocupada para consolidar una optimización del conocimiento instrumentalista, utilizado en todo el ciclo de inversión de las empresas nacionales y transnacionales, dedicadas a la mercantilización de la salud.

En este contexto, pese a todos los argumentos a favor de las humanidades en la formación profesional, en la práctica se impone un currículo científicista, que en realidad tiene poco o ningún papel de trascendencia.

La educación en salud, invisibiliza la formación social-humanística, hecho que limita la construcción de una cosmovisión integral del ser humano, en sus dimensiones psicológicas, racionales, culturales, sociales, biológicas, espirituales, filosóficas y simbólicas. En concordancia Amaya (2010) afirma:

Cada vez toma mayor importancia en la educación médica el tener en cuenta la formación integral del estudiante entendido como individuo, social, personal, profesional, humano, espiritual y es por ello que dista de un profesional con énfasis solamente en sus habilidades cognitivas y técnicas. Si bien esto es parte fundamental del proceso, la educación médica tiende a incluir en sus propósitos, una formación en actitudes, en comunicación, en conocimiento de la bioética y la aplicación de sus principios, en su comportamiento e investigación, en la toma de decisiones, el pensamiento crítico y analítico, en el trabajo en equipo, el liderazgo y el manejo de comunidades entre otros. (p. 118).

Si la educación, ni va a posibilitar en el estudiante el conocerse a sí mismo, en su integridad humana, en la extensión de su conciencia, y en la verdad histórica de su existencia; no es posible, reconocer en el otro, llamado; paciente, un ser integral, por eso se le reduce y determina desde su enfermedad, o a lo sumo, a partir del concepto de enfermo.

Se espera que la academia evalúe la relación entre la epistemología de la salud y su correspondencia con la realidad social. Como la salud no se agota ni en sus avances científicos, ni en sus alcances éticos y transcurre en línea relativa de progresión. Es posible que a partir del aprendizaje humanizado se rompa con los mitos sobre la función social de la salud.

Para efectuar una educación humanística, se necesita tener claridad sobre cuáles son las competencias que las ciencias humanas aportan al currículo del profesional de la salud. Por su metodología pueden ser transversales, flexibles, interdisciplinarias, integrales y problémicas. Por los alcances en los procesos del pensamiento, deben ser axiológicas, fenomenológicas, hermenéuticas, heurísticas, trascendentes. Por los campos epistemológicos, conviene ser históricas, filosóficas, sociológicas, políticas, antropológicas, lingüísticas, éticas.

La formación socio-humanística, es casi inexistente en los programas académicos, debido a la nula relevancia, la corta visión y la inequidad que tienen en el peso curricular. A decir de González (2009):

No creo que nadie haya negado de manera tajante, la importancia de que los estudiantes de medicina puedan adquirir una formación humanística suficiente, pero la verdad es que esas materias no han sido bien atendidas en los planes de estudio convencionales. (p. 3).

Los planes de estudios acentúan el conocimiento científico de las ciencias naturales básicas y su aplicación al campo profesional específico, de gran importancia, pero insuficiente, si se procura por la formación integral humanística.

La crisis de enfoque y el desfase entre el ideal y la realidad en la formación de los profesionales de la salud, son los resultados de las tensiones de cada profesión o disciplina, propias de su desarrollo endógeno y también de la dinámica social producida por las siguientes situaciones.

- a. La actividad ideológica del biopoder.
- b. Por la mercantilización de la salud.
- c. Por la galopante proletarización.
- d. Por la emergencia de movimientos y actores sociales (feministas, ambientalistas, pacifistas, indigenistas, campesinos, intelectuales, cultores, de género).
- e. Por el desarrollo de la cibernética y la biotecnología.
- f. Por el crecimiento, la movilidad y los cambios en la pirámide generacional.
- g. Por la patologización de la vida.
- h. Por la creciente concentración urbana.
- i. Por la investigación científica.
- j. Por el modelo en la organización y administración del sistema de salud.
- k. Por la modernización en las comunicaciones.
- l. Por la emergencia y reemergencia de nuevas enfermedades.
- m. Por la ampliación de la brecha en la distribución de la riqueza.
- n. Por la exclusión y marginalización social.
- ñ. Por el logro de los derechos humanos.

Las humanidades en la educación de la salud, deben potenciar el encuentro entre el horizonte cognitivo, la dimensión integral del ser humano con la realidad social que se codifica y decodifica sin parar. La significación de estos escenarios, representa el sustrato desde donde el profesional de la salud desarrolla su función social.

Un trabajador de la salud que no reconoce la importancia de la conciencia social, ejerce su actividad centrada en la técnica de su profesión, no en la ética de la humana, asume la salud como un trabajo, ni como una vocación y prospección de vida.

El fenómeno de la insensibilidad ante el sufrimiento del otro, asume sus raíces en el postulado que la enfermedad tiene como finalidad la utilidad y el pragmatismo economicista. Que afirma que lo único que cuenta, es lo que se puede contar. La “facturación” o rentabilidad que genera la enfermedad.

La humanización de la salud tiene como principio supremo la dignificación de la persona. En este territorio es donde los profesionales alcanzan su máxima realización. La inhumanidad hacia el individuo que sufre padecimientos en su salud, es uno de los síntomas más graves que presenta una sociedad en alto grado de descomposición. “Si el médico no tiene una amplia y profunda concepción del ser humano, ejercerá una medicina deshumanizada. No vera en el enfermo sino una patología, un síndrome” (Vélez, 1996, p. 45).

En el imaginario social, aún persiste la negación a abandonar la concepción asistencialista de la salud, lo que imposibilita el tránsito hacia un sistema de aseguramiento sostenible integral para todos, entendido como derecho fundamental.

Para superar esa resistencia al cambio, se requiere de un replanteamiento de las estructuras del sistema de salud, con participación del conjunto de la sociedad, comenzando por la orientación de los programas de educación. El fundamento debe ser un aprendizaje para construir una cultura de la humanización de la salud.

Si se tiene claridad de las novedosas concepciones y prácticas pedagógicas aplicadas a la salud, se puede realizar innovaciones cualitativamente diferentes a la tradicional academia, que recapitula la frase de Ortega y Gasset, (citada por Tünnermann, 1996, p.114) “hacer cambios en la universidad es como remover cementerios”. La intencionalidad de las reformas educativas, es la de generar un nuevo paradigma que genere rupturas fundamentales en la concepción anacrónica del aprendizaje de la salud.

El conflicto mayor de la formación en salud, se fundamenta en que el proyecto educativo está diseñado para operar y estimular los intereses del poder político y económico. Motivo por el que la educación en salud no responde a la realidad social vigente, ni a la resolución de las necesidades, sin lo cual no es posible el desarrollo humano.

Los cambios efectuados son formales, no transformaciones estructurales en las concepciones, en las actitudes, en las responsabilidades y en los compromisos de la enseñanza-aprendizaje del proceso salud-enfermedad. Solo se tendrá impacto positivo en la salud de la población, cuando la educación sea inclusiva y se democratice

sosteniblemente en la vida de todos.

De la educación en salud, que se tenga, así será la realidad que se vive. Pensar en la salud es muy compleja y se proyecta mucho más allá de una simple definición. Desde la sencillez de la palabra, la salud se comprende como la percepción de un estado relativo de bienestar físico y de satisfacción- contentamiento psicológico, social y espiritual, vivido en contexto.

Este significado consolida la conciencia de la vida saludable, desde donde el humano se direcciona hacia el logro máximo de su potencialidad: la preservación, la promoción y la perfección de la salud y la vida, como lo manifiesta Chopra (2015):

La salud es un estado de bienestar perfecto, a nivel físico, mental y social. A esto se puede agregar el bienestar espiritual, un estado en el que la persona siente la alegría de vivir a cada momento, así como entusiasmo por la vida: Una sensación de realización y una conciencia de armonía con el universo que lo rodea. (p. 15).

La reconciliación de la salud con la enfermedad, de la vida con la muerte, solo será posible cuando se interiorice en la conciencia de los individuos la idea de la complejidad del ser holístico. Mientras se siga contraponiendo la percepción de la salud enfrentada a la de enfermedad, el antiguo y fundante paradigma de miedo, narrado en el lenguaje de guerra de la medicina, seguirá floreciendo en los terrenos infértiles de la inercia.

Si la pretensión es el mejoramiento sostenible en la calidad y calidez de la salud para todos, se necesita asignarle a la enfermedad la autoridad que merece, el rol que tiene en la filogenia para la permanencia de la especie. La enfermedad hace posible y acompaña en simultaneidad a la salud. Son compañeros paradójicamente inseparables. La enfermedad no es pre, ni -existente a la salud.

En la visión clásica de la salud, la identidad del ser humano solo se recupera, cuando en franco combate se vence a la enfermedad. Sin desconocer los grandes logros del modelo curativo, esta mentalidad pato céntrica es reduccionista y limita intrínsecamente las potencialidades de las ciencias de la salud.

Urge ampliar el horizonte conceptual hacia otras perspectivas científicas y de la alteridad en salud, en apoyo a la humanización y el desarrollo integral de vida. Micklen (2011) afirma que “hay, en consecuencia, una necesidad urgente de tomar conciencia de que la enfermedad no es lo que parece: Ella tiene un lugar esencial en lo que concierne a las vidas humanas, la enfermedad pide respetuosa atención no un simple rechazo” (p. 4). La falsa e irreconciliable dualidad: enfermedad vs salud, despoja la enfermedad del enfermo, despersonaliza y enajena la dignidad del ser humano.

El cientificismo positivista, perpetúa la idea que el conocimiento de la salud no requiere para su perfeccionamiento de las humanidades. El incremento en la calidad de vida y de la salud, está en relación directa con el desarrollo de la biotecnología, como única y eficaz alternativa resolutoria. La exclusión del sujeto protagónico de su propio proceso salud-enfermedad, produce tensiones que son la base para el cambio.

A la persona enferma se le debe atender, pero también entender y cuidar para encontrar resolución a su crisis. Comprender al paciente constituye la base del alivio a su sufrimiento. Sin desconocer la importancia de la evaluación objetiva del estado de salud-enfermedad del paciente. Es conveniente incorporar la valoración de los elementos subjetivos de la enfermedad.

La vida y la salud se explican desde la enfermedad, que se fecunda desde el yo interior, desde la psiquis del sujeto y se proyecta hacia el territorio físico del ser. “La enfermedad es una característica esencial en el arreglo de la vida humana” (Micklem, 2011, p.6). Este lenguaje incluyente, respetuoso y responsable del fenómeno nosológico, como constituyente de la salud, irreversiblemente lleva a transformar la conciencia, orientándola hacia una concepción más integral y centrada en la vida.

Al respecto, Einstein dice que somos los únicos seres que podemos cambiar nuestra biología con nuestro pensamiento. Si no somos capaces de reconocer la dignidad de la vida desde el yo interior, ¿cómo se puede valorar al otro, como se puede ayudar a aliviar el dolor y el sufrimiento del otro? ¿Cómo se puede sentir amor por la vida?

En cultura los seres humanos aprendemos a establecer convivencia con la alteridad social y con la naturaleza. Es preciso asumir la responsabilidad de buscar el mejor sistema educativo, que garantice una formación integral. Un eje transversal imprescindible debe contener una profunda educación humanística congruente con el contexto contemporáneo, tiene que ver con la naturaleza holística del ser humano, con la idea de la pluralidad y la inclusión de lo diverso, con la relación fecunda entre la ética y la libertad y con el lenguaje de la paz.

4.5 La formación en ciencias humanas para la humanización de la salud

Las denominadas ciencias humanas, humanidades, ciencias sociales, de la cultura o ciencias del espíritu, tienen su emergencia como disciplina científica en el siglo XIX, en medio de la polémica por su autonomía frente al modelo o paradigma de las ciencias físicas naturales.

Desde finales del siglo XVIII, la sociedad se da cuenta de que la dinámica social, las interacciones históricas y la vida de los hombres, no vienen predeterminadas por una inercia evolutiva de progreso y desarrollo en línea ascendente y continua. Al contrario, las sociedades experimentan continuas crisis, penurias y decadencias. En consecuencia, surge el interés y la preocupación, para buscar la comprensión y estabilidad de un mundo convulsionado y problemático:

Desde el momento en que la sociedad europea entro en crisis, se convirtió en un problema para sí misma a nivel de la práctica (modo de organización) y se hizo evidente la ignorancia teórica (modo de comprensión). De esta manera quedaba expedito el camino para la aparición de las ciencias del hombre y, en particular, de las que conciernen a la sociedad. (Mardones, 1994, p. 28)

Las humanidades al contrario de las ciencias físicas-matemáticas, que buscan explicar los fenómenos y las cosas, o la tecnología que pretende conocer, buscan comprender, interpretar, reflexionar, argumentar y proponer fenómenos sobre la interioridad del ser humano, exteriorizadas como manifestaciones psicológicas, sociales, históricas, lingüísticas, políticas, morales y culturales del mundo.

En las humanidades, por lo tanto, se sucede la unidad del sujeto con el mundo, la comprensión de los fenómenos históricos-sociales. En consecuencia, la realidad se instala en el pensamiento, proporcionando a las ciencias humanas su autonomía.

El desarrollo de las humanidades desde el siglo XIX, ha mostrado que tanto la noción como el método de las ciencias humanas, pueden ser distintos a los de las ciencias naturales. En la educación en salud, epistemológicamente, es preciso renacer la necesidad de fomentar la integración equilibrada de los paradigmas del pensamiento propio de las ciencias físicas-naturales, con las ciencias socio-humanísticas.

Los fenómenos del mundo, ya no son, solo verdades físicas medibles matemáticamente, también son, representaciones e interpretaciones, formas puras de sensibilidad. La naturaleza física no solamente conforma su estructura del universo, sino que corresponde al modo como se presentan los fenómenos en el pensamiento. Lo que está en el entorno, es lo que se representa en la mente humana. Lo que habita en la mentalidad del individuo, son cosas del hombre, en constante transducción., “Las representaciones que nos hacemos del mundo cambian con el tiempo” (Hernández, 2000, p.4).

Frente a la crisis de la civilización actual, que incluye la instrumentalización de la educación, la confrontación entre colectivismo vs individualismo y el rompimiento de los vínculos de convivencia planetaria. Se propone la humanización de la vida, sembrada en la revalorización de los valores humanos, cuyo reconocimiento es el fundamento del respeto por los derechos.

Humanizar no implica separarnos de nuestra filogenia, “no significa alejarse de la especie animal, sino afianzar la dimensión humana en el hombre. El hombre es un animal simbólico: da a todo

lo que hace una connotación de sentido” (Botero, 2000, p. 55), significa fortalecer la conexión que nos une como constituyentes del universo, establecer interacciones profundamente éticas, reconocer las posibilidades de la cualificación humana y crear los escenarios del ethos de la dignidad.

En la mayoría de los países del mundo, la educación en salud, es objeto de fuertes cuestionamientos, se ha incrementado la reflexión, particularmente en los ámbitos universitarios. Los motivos son diversos, por un lado, están las causas exógenas, vinculadas principalmente al debilitamiento de la autonomía del pensamiento que ha caracterizado a las ciencias liberales. La independencia es sometida por un contexto de poderes que la conduce a la dependencia económica (consumismo) y política (burocratismo, corrupción, posverdad) características de la sociedad posmoderna.

Estas circunstancias externas, están articuladas con las contradicciones que se suceden al interior de los procesos educativos. Surgidas de la problematización para armonizar los contenidos, los métodos y la evaluación de las metodologías de enseñanza-aprendizaje, con las necesidades reales de atención y cuidado efectivo de la salud, que la complejidad social demanda.

La formación de profesionales de la salud, no es ajena y se circunscribe a la caótica dinámica de la civilización actual, cada proceso pertenece a su tiempo. Está condicionada por una sociedad donde la información es muy abundante, pero cuando se trata de abordar tópicos complejos, con argumentos suficientes y completos, hay que admitir altos grados de desconocimiento e incertidumbre. En todos los campos del conocimiento, las acciones conforme al pensamiento, claman cada vez más, un nivel más exigente:

El propio desenvolvimiento del trabajo cuentico ya constituye, por el mismo, un reto a la humanidad intelectual porque exige el reconocimiento de nuestras propias limitaciones y esta exigencia no es poca cosa porque el orgullo es condición humana de la que no es fácil liberarse. (Álvarez, 1987, p. 80)

Este problema de insuficiencia social de conocimiento elaborado, frente a la gran abundancia de información, se presenta en los saberes fundantes del campo profesional específico de la salud, en la ecología que contextualizan la formación integral, y no solo en los alcances teóricos, sino en las actividades prácticas.

La construcción o adecuación de los planes curriculares de educación en salud, se desarrolla siempre pensando en su proyección al futuro, sustentados en las experiencias y análisis del pasado. Se planifica no solo pensando en el futuro, sino pensando en las decisiones que se toman en el presente. Se trata de analizar las condiciones esenciales que constituyen la formación en función de la realidad social en prospección.

Se afirma que hay múltiples y complejos campos del conocimiento que intervienen en el proceso de enseñanza y aprendizaje de las ciencias de la salud, todas las articuladas interdisciplinariamente en una ecología de saberes.

El pensamiento científico debe ser orientado a lo óptimo, de acuerdo con la calidad de la información que poseemos tanto, científico-tecnológica como la naturaleza social. Sin perder de vista que las profesiones de la salud por mucho que se sustenten de los saberes científicos, no son estrictamente disciplinas, sino un conjunto de carreras con función misional y ambiente social.

En la planeación de los currículos de salud, siempre tendrá la certeza que la articulación entre el presente y el futuro de los planes de estudio, tendrá una brecha de inadecuación y faltará completar algo, debido a que la función de la educación es la transformación del individuo que nunca termina. El proceso enseñanza-aprendizaje es un fenómeno dinámico, siempre cambiante, allí radica su flexibilidad y autonomía. En palabras de Varsavsky (2007)

Lo que significa la autonomía cultural está en general claro, salvo justamente en lo que respecta a la ciencia, y eso por razones que hemos dado. No es mucha la autonomía científica que podemos conseguir sin cambiar de sistema social o sin que ese sea nuestro objetivo. Y no cambiaremos gran cosa el sistema si no logramos independizarnos científicamente,

aunque sea en parte la autonomía científica debe defenderse a toda costa, así como también las demás formas de independencia cultural. La integración científica no debe aceptarse. (pp. 32-34)

Autonomía universitaria, científica y cultural, significa lograr la posibilidad para pensar, para decidir con respeto y responsabilidad ética, sin la injerencia, el dominio y el control de ninguna fuerza, no es pertinente ni apropiada a la dignidad y los derechos de autodeterminación de cada sociedad.

En la academia la discusión acerca de la formación en salud, se centra prioritariamente en la adecuación, la coherencia y la pertinencia entre la formación científico-humanística y las necesidades reales de salud de la gente. La historia muestra que, en el último siglo, la situación respecto a los cambios científicos-tecnológicos aplicados a la salud, han alcanzado un mejoramiento vertiginoso.

Las humanidades médicas son concebidas como una interdisciplina en la que se vinculan las humanidades en su versión clásica: la historia, filosofía, ética y religión; así como las ciencias sociales contemporáneas es decir la antropología, los estudios culturales, la psicología y la sociología; de igual manera, las artes, la literatura, el teatro, el cine y las artes visuales; con el propósito de ser integradas a la educación y la formación de la práctica médica (Aguilar Fleitas, 2014; Sánchez González, 2017)

Sin embargo, la educación en salud cambia lentamente, se aferra a los antiguos paradigmas de la teoría en salud, que le han impregnado cierta estabilidad, objetividad y control del conocimiento. Impera una resistencia al cambio, a asumir la discusión, que permita incorporar nuevos enfoques filosóficos, para romper con los anacronismos epistemológicos. En salud es donde se marca con fuerza la impronta del dominio de la tecnología sobre el pensamiento científico y de estos sobre las humanidades.

La historia nos ha enseñado que en materia curricular no es fácil cambiar y que la resistencia al cambio surge como impedimento para el avance exitoso de los procesos renovadores.

Es aquí donde está el gran reto que debe afrontar, mediante el trabajo constante y productivo, todo integrante de la comunidad académica comprometido con el cambio. Este fenómeno común de resistencia a adoptar nuevos modelos, nuevas costumbres, nuevos valores, no es un asunto que se percibe sólo en el cambio curricular. Es un patrón que afecta la existencia de todo ser humano. (Universidad de Antioquia, 2000, p. 6)

El esquema clásico científicista de formación en salud, resulta insuficiente para el desarrollo de la función social y los retos que reclaman el mejoramiento de la integralidad biopsicosocial de la población. La tendencia es a plantear que las discusiones sobre las sociohumanidades en la salud, ni son de importancia o ya están dadas o están a la saga del científicismo. Al contrario, requiere de vigentes reflexiones y replanteamientos, conducentes a aclarar los nuevos sentidos y significados sobre la salud.

Las profesiones de la salud, son considerados campos del conocimiento que surgen como producto de la síntesis interdisciplinar entre las denominadas ciencias naturales y las ciencias socio humanísticas, “Los problemas de la salud son complejos y justifican una mirada interdisciplinaria, porque el enfoque disciplinar no ha logrado soluciones” (Giraldo & Otros, 2000, p. 26).

El objetivismo postista mioclónico, ha sido insuficiente para explicar, comprender y resolver el fenómeno de la problemática de la salud. Los aportes de las ciencias humanas y la influencia histórica de los sistemas de saberes locales tradicionales de la alteridad, son esenciales en la modernización de la salud.

La relación entre el profesional de la salud y las personas, no debe reducirse a una interacción estrictamente técnica. De aplicación de fríos protocolos estandarizados y altamente tecnologizados, que, sin lugar a dudas, resultan de enorme utilidad para la curación, rehabilitación, prevención y paliación de la enfermedad, pero son insuficientes a la hora de comprender la complejidad del fenómeno de la salud-enfermedad.

La insuficiencia no está en los instrumentos, sino en la relación humanizaste entre las personas participantes, miembros de una comunidad, de una familia, con sueños y esperanzas. Sujetos históricos con derechos y deberes, que actúan en conformidad con su contexto sociocultural.

CAPÍTULO V

Currículo y Ciencias Humanas

5.1 El aprendizaje de las humanidades	84
5.2 Antropología de la salud	85
5.2.1 La antropología cultural	86
5.2.1.1 El pluralismo en salud	86
5.2.1.2 La democratización de la salud	87
5.2.1.3 La salud y los derechos humanos	88
5.2.1.4 Medicalización y patologización	88
5.2.1.5 Ecología humana y salud	89
5.2.2 Antropología física (Biológica)	90
5.2.2.1 La antropología forense	90
5.2.2.2 La paleopatología	91
5.3 Sociología de la salud	91
5.4 Filosofía de la salud	95
5.4.1 La axiología y los Derechos Humanos	95
5.4.2 La filosofía de la Ciencia o Epistemología	98
5.4.3 La bioética	101
5.5 Historia y salud	104
5.6 Comunicación y salud	106

CAPÍTULO V

5. Currículo y Ciencias Humanas

“Educación no como carencia, sino, como potencialidad. No como finalidad, sino, como proceso”. A.O.G.

5.1 El Aprendizaje de las Humanidades

Humanizar la salud y la vida es una experiencia compleja que involucra el reconocimiento, de todas las dimensiones que caracterizan la naturaleza humana. Humanizarse es un acto de superación jamás acabado. “El hombre puede decirse se desarrolla como individuo en el hacer su vida, y como especie en el transcurso de la historia” (Campo & Restrepo, 1993, p. 28).

Es un aprendizaje continuo que proyecta al ser humano hacia el mejoramiento de su conciencia emancipadora. “El humanismo no es pues una formula, ni un sistema ni una filosofía, sino una manera de vivir nuestra condición humana, un estilo de asumir lo humano” (Ander, 1981, p. 181). El humanismo aspira a que se desarrollen totalmente las capacidades creativas del hombre como el objetivo central de su progreso. Todos los seres humanos provenimos de la misma fuerza vital y por lo tanto somos iguales en valor y dignidad, en derechos y deberes, debemos participar en la construcción de una mejor salud y vida.

En la modernidad, la forma de obtener el aprendizaje sobre la humanización de la salud y la vida, es a través de la formación académica. Profesionalizarse implica hacer el tránsito por la educación superior, es adquirir la sensibilización las competencias que posibilita humanizar la relación entre las personas.

Todo saber humaniza, porque amplía el horizonte del entendimiento, pero se acepta que son las ciencias humanas y sociales, las que por el sentido epistémico y la misión fundante de la unidad sujeto-objeto, acentúan el estudio, de la comprensión integral del fenómeno humano. Así, sería necesario descolonizar las pedagogías de las ciencias de la salud (Pentecost et al., 2018), y transitar hacia modelos holísticos e integrativos que logren el cambio hacia una visión más contextual de la salud.

La importancia del aprendizaje humanizado en salud, radica en los aportes que las ciencias humanas y sociales, le proporcionan a la construcción de una cultura humanizada de la salud y la vida. “Y con esto, lógicamente, hay una necesidad de objeto, un imperativo categórico del ser vida que implica la complementariedad de saberes, que implica ente otros, los saberes de las ciencias sociales” (Franco, 1993, p. 68).

5.2 Antropología de la salud

También conocida como Antropología médica. Por la gran cantidad de campos de acción, se ha denominado en forma general como “antropología aplicada” que permite interpretar y solucionar problemas prácticos en el ámbito del saber de la salud humana, surgidos de las relaciones socio-culturales. Según Harris (2001, p. 13) “La antropología es el estudio de la humanidad, de los pueblos antiguos y modernos y de sus estilos de vida”, esta es una de las concepciones clásicas que se tienen de la Antropología.

Debido a la diversidad de sus temáticas, así como, de los campos de aplicación, están representados genéricamente en:

- a. La antropología cultural (social)
- b. La antropología filosófica
- c. La Lingüística antropológica
- d. La antropología física (biológica)
- e. La arqueología

La antropología de la salud (antes denominada médica), es una aplicación tanto de la antropología cultural, como antropología biológica. En su desarrollo conceptual ha tenido dos periodos determinados por sus enfoques teóricos:

a. Antropología Médica Clásica: En América, se desarrolló en la primera mitad del siglo XX, en un contexto institucional y académico articulado a la nanomedicina, y al folklore médico. No fue una disciplina autónoma, sino un discurso auxiliar de la medicina, influenciada por el culturalismo, el estructuralismo y el funcionalismo.

b. Antropología Médica Crítica: Desarrollada en las universidades norteamericanas, a partir de la década de 1970. El enfoque de la AMC se puede comprender desde tres elementos fundamentales, como son: una aproximación ecológica a los procesos de salud enfermedad, desde la perspectiva de la adaptación; la teoría interpretativa de la cultura, que pone énfasis en considerar el proceso salud enfermedad como un constructo cultural. “Los estudios antropológicos han demostrado que la organización cultural de un grupo determinado crea formas de enfermedad y de muerte que solo tienen sentido en ese contexto cultural específico” (Gómez, Patiño, & Toro, 2000, p. 22). Y finalmente, las relaciones de poder que sostienen el paradigma biomédico.

5.2.1 La antropología cultural

Le hace propuestas a la antropología de la salud (medica), en los siguientes escenarios de aplicación:

5.2.1.1 El pluralismo en salud

En cualquier sociedad existe una diversidad de sistemas médicos, donde pensamientos y practicas medicas alternativas coexisten, en complementariedad, con el sistema médico oficial hegemónico:

Es claro que en todas las sociedades se usan otras medicinas y que recurren a ellas individuos de todos los sectores sociales, desde Inglaterra hasta la China pasando por Nigeria. Con ello no quiero decir que no existan diferencias socioeconómicas, culturales y étnicas ni que las medicinas ofertadas y escogidas sean las mismas en diferentes contextos, sino que se trata de un fenómeno complejo que requiere del análisis minucioso de la incidencia de diferentes factores, sin duda algunos de índole macroeconómica o política y otros de índole micro social, cultural, identidad étnica o religiosa entre otros. (Krm-potic, 2008, p. 11)

Este escenario de reflexión involucra aspectos como:

- a. La diversidad de sistemas y representaciones de la salud.
- b. Las concepciones sobre la vida y la muerte.
- c. Las representaciones sobre la salud y la enfermedad.
- d. El conocimiento, los cuidados y las terapéuticas del cuerpo.
- e. La diversidad cultural (interculturalidad), las culturas ciudadanas, marginales y rurales.
- f. La salud en las minorías étnicas.

5.2.1.2 La democratización de la salud.

Se refiere a la primacía de las personas para poder acceder y gozar del pleno derecho a la salud, de la libre escogencia de sistema de salud, de la autonomía según su propia representación del fenómeno salud-enfermedad y del respeto a su dignidad como persona y en colectivo.

La esencia de la democratización radica en la aplicación en el marco del derecho a la salud, del principio de ciudadanía, “como de la participación de los pacientes, en cuanto ciudadanos y sujetos de salud, en los procesos de definición de sus necesidades de salud, así como de los medios adecuados para satisfacerlas” (Junge, 2001, p. 2).

La democratización trata aspectos relacionados con:

a. Las relaciones de poder: La discusión sobre cómo superar las relaciones de poder establecida por la tendencia del sistema alópata oficial, a imponerse como ciencia médica hegemónica, que desconoce a los sistemas médicos alternativos.

La medicina oficial está fuertemente marcada por la concepción universalista del saber médico construida desde esa historia de la medicina, hija de las tradiciones ilustrada y positivista, que no concibe que la medicina occidental es también el producto de una cultura determinada. (Quevedo, 1990, p. 37)

b. La desjerarquización y descentralización del equipo de salud.

b. Guerra, violencia y salud

c. Desplazamiento y migración

5.2.1.3 La salud y los derechos humanos.

Su afectación en escenarios como:

a. La Inclusión social

b. Las personas con discapacidad bajo un enfoque diferencial

c. Los grupos humanos vulnerables.

d. Las Inequidades de género

d. La vulnerabilidad étnica

5.2.1.4 Medicalización y patologización.

Es una práctica creciente de las sociedades contemporáneas, en relación con fenómenos humanos como:

a. La sexualidad

b. El embarazo

c. El parto

d. Las enfermedades mentales

e. La obesidad

f. El estrés

g. La disponibilidad y acceso a los alimentos

h. Las adicciones

5.2.1.5 Ecología Humana y salud.

La aproximación ecológica a los procesos de salud-enfermedad y su adaptación relacional sociocultural con enfoque sistémico. Es prioritario educar a la sociedad para promover el desarrollo sostenible a través del uso de tecnologías de energías limpias, productividad amigable con el entorno y consumo responsable en hábitat saludables.

Se busca comprender la ruta del mejoramiento de las condiciones de vida de la población, mediante la prevención, vigilancia y control sanitario de los riesgos ambientales, que puedan afectar negativamente el estado de bienestar y salud.

Desde la antropología se humaniza la salud y la vida en relación con su entorno ambiental, a través de:

El conjunto de políticas, planificado y desarrollado de manera intersectorial, con la participación de los diferentes actores sociales, que buscan materializar el derecho a un ambiente sano, que favorezca y promueva la calidad de vida y salud de la población de presentes y futuras generaciones, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios, laborales, ocupacionales y ambientales. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p. 75)

Ecología y salud incluye el aprendizaje de fenómenos socio ambientales como:

- a. Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales
- b. Hábitat Saludable
- c. Vivienda Saludable
- d. Entornos Comunitarios Saludables
- e. Procesos productivos sostenibles
- f. Ecosistemas estratégicos saludables

La extensión de cobertura con calidad de los servicios de salud al conjunto de la población, la inversión de recursos y la formación de talento humano comunitario destinado al primer nivel de atención, supone la participación de la ciudadanía en las acciones de salud.

La participación comunitaria se materializa en los aspectos siguientes: la educación en salud, la salubridad, el saneamiento, la promoción, la prevención, el cuidado y el autocuidado. También implica disponibilidad y buen consumo de alimentos, planificación familiar, manejo continuo de enfermedades transmisibles, incremento de estilos de vida saludables, entornos y hábitat sostenible y lucha contra los determinantes sociales de las inequidades en la salud.

5.2.2 Antropología física (biológica)

Es otro campo del conocimiento, especializado de la antropología que hace aportes valiosos a la salud humana. Hace énfasis en el estudio de la biología humana, tanto en el análisis de tejidos duros (huesos, dientes) como en tejidos blandos. Se ocupa de la evolución del hombre (filogenia) con enfoque comparativo y biocultural, aplicando métodos de trabajo de las ciencias naturales.

Se estudia individuos actuales y del pasado, pertenecientes a diversas culturas y contextos geográficos. Es importante entender que los humanos somos seres resultado de la evolución biológica de millones de años. La salud y la enfermedad no son ajenas a este proceso, en parte están determinadas por él.

Dentro de las ramas de la antropología física que se relacionan con la salud esta:

5.2.2.1 La antropología forense.

Es la aplicación de la antropología física al proceso legal:

Es decir que incluye además del proceso de identificación (sexo, edad, filiación racial, talla y proporciones corporales, rasgos individuales), la determinación de las causas y circunstancias de muerte, esquivamente a la reconstrucción de la biografía biológica antemortem del individuo, con el propósito de establecer como era el modo de vida de la víctima antes de su muerte, sus enfermedades y hábitos profesionales. (Rodríguez, 1994, párr. 1)

También establece la posible fecha de fallecimiento y la aclaración si ha habido daños al espécimen postmortum. En Colombia es muy importante por la desaparición forzada de personas, las fosas comunes, los asesinatos en serie.

5.2.2.2 La paleopatología.

Estudia las enfermedades que pueden ser demostradas a través del análisis de los restos humanos que vivieron en épocas remotas:

Muy avanzado ya el paleolítico, comenzó el hombre a dejar testimonios de su vida – pinturas, utensilios, etc. – que permiten construir con alguna verosimilitud y algún detalle lo que esa vida fue. De su existencia durante tan dilatado lapso temporal, solo restos óseos, piedras talladas y objetos de hueso y de asta dan fe. Lo suficiente, sin embargo, para saber que en ella existió la enfermedad, y tal viene a ser la más esencial de las enseñanzas de la paleopatología. (Entralgo, 2004, pp. 3-4)

5.3 Sociología de la salud

La sociología médica, se enfoca en un determinismo morbicéntrico en el terreno sanitario, y se reduce a los marcos estrechos del fenómeno biomédico- mecanicista de la epidemiología. El modelo médico, se enmarca en una práctica gerencial-funcionalista, instrumental y corporativa.

La sociología médica, es ampliada por el concepto de sociología de la salud. Que incorpora argumentos relacionales, participativos y de integración sistémica de las dimensiones de la salud y la vida. Incluye una visión interdisciplinar, con la participación de las ciencias naturales, ciencias humanas y sociales y de los demás campos del conocimiento, y configuran la salud como una institución social.

El aprendizaje de la sociología de la salud, humaniza las relaciones sociales, fortalece la convicción ética, enseña sobre la equidad y la implementación de la cultura de atención y cuidado. Los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad y del desarrollo vital humano, no son elementos tangenciales al punto de vista físico o mental, son componentes constituyentes que definen el sentido histórico-social de la salud:

Es obvio que los medios y los métodos usados en la prevención de la enfermedad provienen de la medicina y de la ciencia, sin embargo, el que tales recursos sean o no aplicados, no depende solo de la medicina, sino y en especial de las tendencias sociales y filosóficas de la época. La higiene solo puede tener éxito, si la población responde. (Sigerist, 1974, p. 32)

Para humanizar la salud, se debe estudiar los aspectos sociales del contexto, entender la salud-enfermedad como un proceso amplio, inmerso en una realidad que trasciende a la visión biológica, direccionándolo hacia el concepto de sistema vital humano que incluye la muerte, a modo de la finalización de la experiencia de vida.

Entender la salud como un fenómeno social, económico, político, para dignificar la existencia vital, en el goce del derecho a la salud. La vida es, pues, el hecho elemental; el objetivo central que se pretende al definir el objeto del quehacer de la medicina, o de la enfermería, o de la odontología, o de la estructura sanitaria, o de los servicios de salud, no solamente es la curación de la enfermedad y su prevención, sino la vida. (Franco, 1993, p. 66)

La sociología de la salud es crítica del proceso de “medicalización” de la vida, la considera como relación social y, los servicios como vínculos entre procesos vitales e instituciones, para dar solución a necesidades humanas. La salud debe ser entendida a manera de insatisfacción de carencias transcendentales, que tiene su etiología, en la pluralidad de factores sociales, económicos, históricos y culturales:

En el nuevo paradigma, la crisis del sistema sanitario tendría que ser gestionada de forma que la salud sea entendida no como sinónimo de un aparato médico más eficaz sino como producción de un ambiente sano; considerando la enfermedad no como efecto de un insuficiente control social, sino como insatisfacción de las necesidades del mundo vital; orientando las medidas terapéuticas, incluidos los aspectos preventivos y de rehabilitación no ya a la filosofía de respuestas pasivas a desafíos ambientales contingentes, sino como modificación activa del sistema social en términos de una comunicación auténtica entre instituciones sociales y mundo vital. (Donati, 1994, p. 30)

En la sociología, el funcionalismo en la medicina, se ubica dentro el pensamiento neopositivista,

Talcott Parsons, es el autor más sobresaliente de esta corriente en las ciencias sociales y, por otra parte, quien ha aplicado la teoría funcionalista a la explicación de la medicina y a enfermedad considera la practica medica como un mecanismo del sistema social para enfrentarse con las enfermedades. (García, 1983, p. 369)

Se observa la enfermedad como una condición de desequilibrio o anormalidad del individuo, por eso, se necesita intervenir al sujeto enfermo que es puesto en un rol pasivo respecto al sistema. La práctica médica funciona igual que un mecanismo de control para enfrentar el sufrimiento y superar las alteraciones de la salud de sus miembros.

La sociología de la salud se centra en la salud, no en la enfermedad, aunque no la desconoce. La promueve desde un proceso, no, a modo de estado o percepción, enfatiza en el rol protagónico de la salud de la persona, promovida en la sociedad.

Se propone un enfoque en la salud de la sociedad, no medicalizada, dirigida hacia horizontes relacionales de carácter social, no enajenados por los servicios, ni las instituciones, ni los profesionales. En este ámbito las temáticas relevantes en la formación humanística en salud, desde el campo de la sociología, son:

a. Fundamentos de la sociología de la salud. Salud-enfermedad como constructos sociales.

b. La Relación entre un ambiente sano y el mundo social, centrado en la consideración que la salud y la enfermedad, son producto de la insatisfacción de las necesidades del universo vital, más que un ejercicio de control social.

c. El desarrollo de una visión interdisciplinaria que desborde el reduccionismo producido por los esquemas de la sociología de la medicina, hacia una sociología de la salud.

d. La interacción profesional-paciente, el rol del paciente, conducta integral del paciente frente a la enfermedad y la salud.

e. Salud colectiva, la familia y los grupos sociales frente a la enfermedad física, mental. La clase y el estrato social como indicadores de salud.

f. Los sistemas, la organización, las políticas y la financiación de la salud.

g. Ciencia, tecnología, sociedad y salud.

h. La concepción multidimensional y supra funcional de la realidad social de la salud- enfermedad, atención-cuidado.

i. La salud como proceso, promovida por todos los actores sociales, Ruta de vida.

j. Diversidad e Inclusión, de género, discapacidad y salud social.

k. Epidemiología social

l. Psiquiatría social y salud mental. Sociología del estrés.

m. Sociología del Hospital.

n. Investigación social en salud.

5.4 Filosofía de la salud

La filosofía no es una disciplina científica como la biología o la geología, tampoco es un arte como la música, la literatura y la pintura, esencialmente, según Cortina, “es una necesidad” del pensamiento, expresado en palabras.

Posibilita establecer valoraciones y especular sobre lo desconocido, e ir más allá de lo establecido. La filosofía existe por la diferencia ilimitada del pensamiento, también por la curiosidad de encontrar verdades que acompañen la vida, ante lo cual, la sociedad, el hombre y obviamente la salud, no hubieran tenido la posibilidad de evolucionar. La relación entre la salud y la filosofía, según Serpa (1983):

La formación humanística se basa primordialmente en la adquisición de actitudes que permitan reconocer y apreciar valores. Por consiguiente, esta formación no puede limitarse al área cognoscitiva y memorística, ni puede ser una simple recopilación de información. Tampoco debe tener un enfoque tan crudamente pragmático como el que predomina en la enseñanza universitaria de este continente. La formación filosófica y la sensibilización del estudiante para la vivencia de esos valores son, a nuestro parecer, fundamentales. (p. 424)

Filosofar es la necesidad del hombre de hacer preguntas, expresa un rasgo, una condición o característica de la cognición humana. No referido a un tipo de saber concreto, sino a una actitud del pensamiento. Fundado en la razón, en relación con sí mismo, la naturaleza, la sociedad y el universo.

La filosofía nos ayuda a pensar, se hace ineludible para la reflexión, la concesión y consolidación de la salud en el mundo o en cada contexto particular. Desde la filosofía podemos escudriñar en el mundo de la salud elementos esenciales como son:

5.4.1 La Axiología y los Derechos Humanos

El hombre es axiológico, su conducta está impregnada de principios y valores sobre la naturaleza y lo humano, desde donde el individuo despliega sus juicios individuales respecto a los preceptos éticos, morales, estéticos, sociales, culturales, políticos y espirituales. Es un acto subjetivo, porque nace de la más íntima convicción del ser, pero es orientado y regido por la conciencia racional. La axiología se constituye en un hecho de poder que faculta al ciudadano para asignar categorías y clasificaciones excluyentes o incluyentes de las acciones de los individuos en la dinámica social.

El ámbito de la salud humana, es un escenario donde se adoptan las políticas para asegurar la igualdad de oportunidades y de trato en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Y, aquí se declara la moralidad pública sobre los derechos de los individuos.

Desde los derechos se esgrime una comparación y fuerza constante hacia una realidad que va superada de transgresiones, ocultamiento de la verdad, de engaños y manipulaciones, una moral de la conciencia inmadura, que, “Implica “olvidar” la responsabilidad de proteger el bien común” (Frankel, 2008, p. 65). El derecho a la salud, a la vida, al conocimiento, al sano ambiente, al bienestar, no puede ser degradado y transmutado en mercancía que se impone como supremo valor moral de la sociedad. Como lo establece la Ley Estatutaria en Salud para Colombia: “La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección” (Ley 1751, 2015, art.1.).

La axiología de la salud, no, puede reducirse a un ejercicio de instrucción y explicación cognitiva, sobre los principios deontológicos, el estudio de los casos o la descripción de experiencias históricas. Incluye la comprensión del arte de convivir, la interpretación de las diversas concepciones de mundo, las formas de ver y percibir la realidad.

Se propone aprender las maneras de significar los problemas de salud de la comunidad e interiorizar modos de pensar, sentir y de actuar de los sujetos. “El ser humano es un yo en relación existencial con otro e inmerso en un mundo que hace parte de él. Es un micro-

cosmos, una síntesis del gran cosmos” (Vélez, 1996, p. 51). La educación en el derecho a la salud, está proyectada y ligada al entramado social, que es donde se posibilita la transformación de la conciencia, del espíritu de las personas y de las realidades del mundo en que se interactúa.

Es esencial para la sociedad del siglo XXI, generar referentes sólidos del derecho a la salud para todos, sin ningún tipo de discriminación. El reto es involucrarlos al goce pleno de los derechos y deberes en relación con la vida y la salud.

Se trata de constituir unos valores y principios que sostengan el derecho a la salud, y nazcan de los acuerdos como producto de la discusión social, en los que, estén incluidos los similares y los diferentes, toda la comunidad de ciudadanos. “La normalización pues, el establecimiento de fronteras, el explicitación sobre lo permitido y no lo permitido” (Zapata, 1993, p. 50). Estos acuerdos deben explicitar la vida saludable, como valor de síntesis, como eje central del proyecto social.

El logro del derecho a la salud y a la vida, se ha constituido en un referente de la modernidad, sin duda son un símbolo distintivo de desarrollo y bienestar del género humano. Sin que todavía se haya logrado plenamente su aceptación y aplicación total, como lo dice Carbonell (2001): “En todos los estados democráticos los derechos se han convertido en una escala de evaluación de la legitimidad de los poderes públicos” (p. 11). En muchas sociedades los poderes públicos se ven confrontados, política y socialmente porque son auto transgresores de los derechos, esta situación representa un gran reto social que en parte se remedia con una buena educación en valores fundamentados en horizontes humanistas.

Si bien se debe tener en cuenta el estudio y ejercicio de los derechos en forma panorámica, es fundamental considerar las particularidades que se van sucediendo en términos de los contextos locales. Así como, la adecuación social que los derechos han tenido a lo largo de su historia.

El derecho a la vida y a la salud humana, nace consignado en los derechos de primera generación. Se articula con la facultad a la existencia sostenible de todas las formas de vida planetaria, inscritos en el paradigma exocéntrico o biocéntrico. Estos son recogidos en la construcción de los fundamentos filosóficos que les dan la estructura a postulados axiológicos de la educación en salud.

Los valores y principios sobre la salud y la vida, sirven como guía para la administración, la legislación y la regulación del derecho fundamental a la salud. Por eso es importante conocerlos, estudiarlos y apropiarlos, de acuerdo con el significado filosófico que les asigna (Fleiner, 1999), “a diferencia de los demás seres vivos, las personas generan, al menos en parte, las causas de su comportamiento” (p. 1).

Los individuos que conforman la población, pueden decidir en gran medida, hacia dónde dirigen su existencia. Tienen el derecho de pensar, ¿cómo cuidamos del cuerpo, cómo representamos la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, cómo construimos un ambiente limpio, y cómo vamos a desarrollar la interacción en una convivencia planetaria y sostenible.

5.4.2 La Filosofía de la Ciencia o Epistemología.

En la modernidad, es Kant, quien más se acerca al fenómeno del intelecto, al proponer en su teoría de las ideas innatas y los juicios sintéticos a priori; la condición necesaria de la razón cognitiva, para llegar al conocimiento del mundo que en cualquiera de sus acepciones es el patrimonio máspreciado de la cultura.

El pensamiento científico, se recoge desde la epistemología de Platón, entendida como un conocimiento preocupado por lo universal. Pero es Aristóteles quien encamina su filosofía hacia una concepción del universo natural, hacia el conocimiento del mundo objetivo.

Es en la filosofía de la ciencia, donde las teorías sobre la salud, desplegadas a lo largo de la historia, han encontrado los referentes conceptuales que le sirven de fundamento a su construcción cognitiva, dentro del marco de la diversidad de la escuela del pensamiento.

La teoría del conocimiento científico sobre la salud, forma parte de la filosofía, entendida desde la antigüedad clásica como, “el amor a la sabiduría” o “el deseo de saber”, en el sentido de la totalidad o como partes de la realidad: “De suerte que entre la filosofía y la ciencia impera la diversidad, no solo en el sentido objetivo, sino también subjetivo” (Hessen, 2017, p.9).

La filosofía de la ciencia, apuesta para darle respuestas a preguntas generales del campo del conocimiento sobre la salud, por ejemplo: ¿Cuál es el origen del conocimiento sobre la salud? ¿Cuál es la esencia del conocimiento sobre la salud? ¿Cuáles son las formas del conocimiento sobre la salud? Y ¿Cuál es la veracidad sobre el conocimiento de la salud?

Otras preguntas, más concretas y aplicadas, por ejemplo: ¿Cuál es la autonomía del pensamiento sobre la salud? ¿La articulación de la salud con la sociedad y la cultura? ¿El grado de efectividad y calidad de la salud? ¿El impacto del cientificismo y la tecnologización de la salud? ¿El pluralismo y la diversidad de sistemas de pensamiento en salud? ¿La educación y formación integral en salud?

Las respuestas a las anteriores preguntas, están en relación con el estudio de las corrientes filosóficas que permiten el análisis teórico del pensamiento en salud. Y, posibilitan la discusión sobre la transformación o permanencia del paradigma en salud. Desde la filosofía hemos aprendido como “El antiguo concepto de la salud negativa, como ausencia de enfermedad, se presentaba como tal concepto único. Esta definición mantiene una gran vigencia” (Juarez, 2011, p. 71).

La O.M.S. en el año de 1948, introdujo un concepto positivo de salud, como un completo estado de bienestar biopsicosocial de las personas. Que posteriormente nos llevó en 1977, con la Asamblea Mundial de la Salud, a soñar con una salud para todos al final del milenio. Fueron promesas incumplidas, debido a la diversidad de concepciones y prácticas, así como, por la carencia e inequidad de recursos entre los pueblos.

Hoy el enfoque desde la cultura, apunta a definir la concepción de la salud como: Un proceso social e histórico, donde se inserta lo

biológico y psicológico determinado por la cultura. El solo concepto filosófico no basta para mejorar la salud, se debe implementar en la realidad cultural.

A grandes rasgos las bases filosóficas que han impactado el campo de la salud, han determinado los diversos paradigmas de la salud. La formación académica y científica en filosofía de la salud, amplia y profundiza estas corrientes filosóficas y posibilita analizar y discutir sobre: el empirismo, el racionalismo, el pragmatismo, el idealismo, el irracionalismo, el dogmatismo, el escepticismo, el subjetivismo y el objetivismo, el criticismo, el relativismo, el fenomenalismo, el intuicionismo en la salud, así como, las modernas y discutidas posturas filosóficas sociales derivados de estas, como: El positivismo, el neopositivismo, el neokantismo, el materialismo en la salud.

La filosofía de la salud, es una herramienta del pensamiento imprescindible para:

a. El diagnóstico, el diseño, la ejecución y la evaluación de las políticas públicas en el campo de la salud en cualquier sociedad humana.

b. El diseño y la elaboración del modelo o sistema de salud, pertinente y apropiado a la cultura y a la sociedad. Generado en el marco de discusión de la diversidad de horizontes o sistemas de salud existentes, como son: El modelo biopsicosocial de salud, el modelo holista de salud, el modelo salutogénico, el modelo de salud positiva, el modelo de salud de elección personal, el modelo de salud como bienestar, el modelo de salud como madurez, el modelo de salud como inteligencia emocional, la salud como resiliencia, el modelo del pluralismo alternativo en salud.

a. El estudio ontológico: Las formas y la naturaleza de los problemas de salud en la realidad social.

b. La metodología: Para establecer la ruta estratégica en las praxis que debe darse para el logro de los propósitos investigativos.

c. La corriente epistemológica: La teoría del conocimiento que determina el enfoque, el paradigma, el diseño, el tipo de investigación y las relaciones que se establecen entre el sujeto y el objeto:

El concepto de epistemología es de hecho empleado de diversas maneras: según el país y para lo que se use, sirve para designar una teoría general del conocimiento (de naturaleza filosófica), o bien para estudios más pormenorizados sobre la Genesis y la estructura de las ciencias. (Mardones, 1994, p.63)

La filosofía de la salud, no es considerada una disciplina científica como la física y la biología o una metafísica trascendente, o un arte como la música y la poesía, sino que es conjugación de pensamiento y quehacer cotidiano, imprescindible para la transformación de la salud y la sociedad.

5.4.3 La bioética

La filosofía de la salud es una realidad que evoca un autorreflexión sobre la conducta de la conciencia, lo que se denomina teoría de los valores éticos. Es indudable que la búsqueda del conocimiento y el afán por el descubrimiento de alternativas científicas para superar los problemas de salud, lleva emparejados conflictos éticos surgidos de la relación entre el bienestar, la salud y la vida, con la manipulación mercantil de la biociencia y la biotecnología. En consecuencia, para Lanchas (2003, p. 244) “El problema de la ética tiene que ver con la capacidad que tenemos los humanos y que tiene la sociedad de encarar sus problemas diciendo la verdad”.

La bioética de la salud por su carácter multidisciplinar, desborda de lejos el reduccionismo de la ética médica, que no es solamente la ética del médico o del profesional. Los principios de la bioética, deben estar atentos a las experiencias científicas, sociales, culturales y ambientales, pertinentes al campo de la salud, para propender por la vigencia de los derechos humanos: “La ética no puede ni debe ser un mecanismo de control o de constricción. Necesitamos más y mejor conocimiento, más y mejor ciencia, más y mejor tecnología” (Rodríguez, 2016, p. 141).

El desarrollo en el campo científico de la salud, requiere de la autonomía en la búsqueda del conocimiento, pero esta autonomía no puede ser

absoluta, enfrenta el reto de no ser socialmente benevolente. Existe el riesgo de perder los principios y valores morales y su sentido humanizaste. Aunque, paradójicamente: “Algunos de los daños que provoca la ciencia y sus aplicaciones nacen del deseo de hacer el bien” (Jacob, 2005, p. 118).

La bioética contribuye a que la salud tenga un sentido, una filosofía y una moral común, que sitúe el bienestar de toda la humanidad, por encima de cualquier otro interés. Como lo enseño (Abad, 2007, p. 10) “el más alto valor a que deben aspirar los seres humanos, los grupos humanos y las sociedades humanas es el valor ético”. Sin pretender argumentar, que la ciencia de la salud debe ser neutra o desinteresada y alejada de la realidad del biopoder.

La bioética está inmersa en una lucha de poderes donde se manifiestan todas las expresiones relacionadas con la salud y la vida. Lo que Foucault (1975) denominó: “El poder de normalización” (p. 49) como una instancia de control de la vida, del cuerpo, de la locura, de la sexualidad, de la enfermedad, de la muerte, de la vejez, de la maternidad, de la niñez. Significo el nacimiento de la biopolítica y el establecimiento del biopoder.

Los fines de la educación en bioética para la salud, contienen los principios inherentes al respeto a la vida, a la dignidad humana que resalta los derechos propios de todas las personas en razón a su naturaleza. La formación en bioética propugna hacer que el hombre sea cada día más humano su aprendizaje está orientada a fortalecer los siguientes escenarios:

a. La libertad es una condición inherente a la naturaleza humana, el hombre posee la autonomía para tomar decisiones sobre la salud y la vida. Se requiere del aprendizaje de los principios y los valores bioéticos, para alcanzar un profundo nivel de autonomía y libertad.

b. La bioética posibilita la integralidad de la persona, en su propio ser y con el prójimo, con la vida y la naturaleza. La salud se constituye como sistema social. Las profesiones de la salud son vocaciones de servicio social, no pueden ejercerse si no están fundamentadas en un deber ser bioético. Este hace que el ejercicio profesional no extravié las verdaderas razones morales con las que fueron

construidos.

c. El desarrollo de las ciencias de la salud está en conexión estrecha con la bioética. Cualquier investigación o hecho científico relacionado con la salud y la vida, no debe ser realizado sin una profunda convicción ética por parte de los científicos y profesionales. Los logros de la ciencia ni son para el científico, el profesional o el conocimiento mismo, son para el beneficio de la humanidad.

d. La bioética de la salud, es una ética de la vida, una actitud, una cultura, entendida como el supremo valor, al que hay que promover y prospectar como requisito de la humanización para la supervivencia planetaria.

e. La formación en bioética en las facultades de salud, es un propósito imperativo, debido a la relación entre los requerimientos y las amenazas en el uso de la biotecnología para la atención, la intervención y el cuidado.

g. La educación en bioética posibilita la formación de la personalidad con alcance sistémico y holístico, necesaria para la comprensión, la sensibilización y la concientización profunda, de todos los aspectos que integran la ruta vital humana y su conexión fecunda con el contexto ecológico planetario.

h. Los valores y principios de la bioética en salud, ayudan al ascenso en la humanización, es decir posibilitan la transformación hacia un mejor ser humano. En consecuencia, son liberadores de pensamientos y prácticas temerosas de la acción del hombre sobre la realidad.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948) en su Artículo 1. Expresa: "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros". La dignidad y los derechos humanos, se presentan en el campo de la bioética en salud, desde la perspectiva de la humanización de la salud, cuyo propósito es la prevalencia del derecho a la salud, que contribuya a dignificar la vida humana.

5.5 Historia y salud

La historia social de las ciencias de la salud en Colombia, es un campo del conocimiento muy novedoso. Tradicionalmente esta área del saber histórico, ha estado enfocada y se ha privilegiado el estudio sobre la historia de la medicina.

La tradicional historia de la medicina, ha explicado los diversos escenarios espacio-temporales, como en: la prehispánica, la época colonial, la república y en la contemporaneidad que sin duda alcanzaron avances y aportes muy significativos para el conocimiento de la historia del país, como lo describe Orozco (1993, p. 282) “De esta manera se perciben cuatro niveles de análisis: la producción de conceptos, la práctica médica, la investigación en el dominio médico y la historia de las estructuras e instituciones médicas”.

Se discute y reconoce por parte de la comunidad científica, la necesidad de ampliar la concepción reduccionista de centrar la historia de la salud, en la medicina. Los estudios de la historia de las ciencias de la salud, involucran los objetos de conocimiento del desarrollo propio de todas y cada una de estas profesiones.

Comprendidas como construcciones históricos-sociales desde donde obtienen su identidad.

La historia social de la salud en Colombia, se corresponde con el concepto general sobre la historia social de la ciencia de Canguilhem (2009): “La historia de las ciencias es la toma de conciencia explícita, expuesta como teoría, del hecho de que las ciencias son discursos críticos y progresivos para la determinación de aquello que, en la experiencia, debe tenerse por real” (p. 20).

Se establece que las profesiones del campo del conocimiento de la salud son de naturaleza social, en consecuencia, su eje de acción es de carácter humanizante, razón por la cual todo profesional de este ámbito, debe conocer la historia social de las ciencias al respecto. Lo contrario, sería el ejercicio rutinario de la técnica y el riesgo de practicar una atención y un cuidado en salud no humanizante.

Los currículos de educación en salud, deben contener las competencias y los resultados de aprendizaje para la adquisición de los conocimientos, los valores y las actitudes que provee el estudio

de la historia social de la salud, como lo plantea Serpa, (1983):

Es preciso que las experiencias en que se basa el método de enseñanza aprendizaje sean adecuadas a su objetivo y contribuyan a desarrollar el interés y la motivación del estudiante, poniéndolo en contacto con la cultura y las humanidades mediante el estudio vivo y participante de la historia social de su profesión. (p. 424)

La vida intelectual, el saber científico de la salud, debe apoyarse en una historia, que lo trascienda e integre como actividad sanadora a la condición humana. Adecuadamente aprendida la historia social de la salud, enriquece la humanización de esta y la vida, a través de los siguientes elementos:

a. El conocimiento de los paradigmas que han determinado el desarrollo de la historia de los sistemas y las instituciones de salud a nivel nacional e internacional.

b. El reconocimiento de la problemática histórica relacionada con los determinantes de las inequidades sociales de la salud.

c. La articulación entre el desarrollo histórico de la ciencia y la tecnología con los procesos terapéuticos, de atención y cuidado de la ruta vital humana.

d. La importancia para la investigación en el campo de la salud, cuyo propósito es bien alcanzado, si se conoce con detalle la historia de la temática a investigar.

e. Si se tiene un buen conocimiento de las experiencias históricas en los procesos de salud, se facilita y posibilita el diseño y la prospección hacia el futuro de nuevas posibilidades intelectuales, tecnológicas y técnicas, hacia mejores prácticas más objetivas, operativas y humanizantes de la salud.

f. La historia social de la salud es la historia del proceso salud-enfermedad, lo que implica la interacción entre el sanador, el enfermo y la sociedad, que se configuran y determinan en los momentos históricos-culturales de los pueblos.

La historia social de las ciencias de la salud, no es un fin en sí misma, es una herramienta, un medio de trabajo intelectual que es muy útil para la formación de los profesionales de la salud, que se fortalecen “a través del doble proceso de reflexión y de investigación de los determinantes sociales y, por lo tanto, históricos de su práctica” (Quevedo, 1983, p. 385).

5.6 Comunicación y salud.

Los humanos somos seres sociales, realizamos acciones, establecemos interrelaciones y relaciones sociales que son en esencia comunicación. Y comunicación es “lo común”, en el sentido que se establecen vínculos comunes entre las personas. El lenguaje es una función vital para la supervivencia como el pensar, reproducirnos o alimentarnos. Así mismo, “Con el lenguaje los hombres y mujeres expresan las ideas, las imágenes, la creatividad, las emociones y la naturaleza física del mundo” (Oses, 2010, p. 162).

El lenguaje es el elemento esencial de la evolución del hombre, Heidegger (2006), conecta el pensar y el ser con el lenguaje “El lenguaje es la casa del ser. En su morada habita el hombre. Los pensadores y poetas son los guardianes de esa morada” (pp. 11-12). La comunicación, hizo posible el tránsito hacia la humanización de la especie, y como consecuencia: “Somos los únicos animales capaces de hablar sobre nosotros mismos y de analizar nuestros problemas conscientemente, lo que mucha gente considera como el atributo más importante de la naturaleza humana” (Harris, 2001, p. 94).

Cuando hablamos de comunicación en la salud, no solo nos referimos al lenguaje hablado, incluye otras formas de expresión sutiles e inherentes al estado de salud de las personas. El cuerpo, los diagnósticos en imágenes o escritos, la voz, la presentación, la postura, la distancia, la sonrisa, la tristeza, el llanto, el silencio, todas son formas que tenemos los humanos de enviar mensajes a los demás, en espera de una respuesta adecuada. Dialogar es un acto de sanación.

La incomunicación puede ser una manifestación del estar enfermo. El sufrimiento es una forma de comunicación de las perso-

nas vulnerables, que es necesario aprender a leer en el otro. Esta acción ayuda a reducir la indolencia, lo que constituye un acto humanizaste.

En el contexto de la salud, la comunicación es la clave o la esencia de la calidad y calidez en las relaciones humanas. Por eso, se debe “ser consciente de como las relaciones humanas que establecemos, siempre son un reflejo de nosotros mismos en los demás” (Vega, 2002, p. 22) Valoramos y tratamos al otro, tal como nos valoramos a nosotros mismos.

Detrás de todo acto de sanación ha existido siempre un proceso de comunicación, esto es inevitable, cada centímetro de piel dice algo, eso es irreversible. La naturaleza básica del ser humano es el lenguaje. Allí reside la importancia de que los profesionales de la salud aprendan y manejen los principios básicos de la comunicación en el trato, la atención y el cuidado humanizado.

El impacto que genera la formación en comunicación de calidad en los profesionales de la salud, se corresponde con:

a. Suprimir o disminuir el lenguaje bélico tradicional del paradigma pato céntrico y curativo de la medicina, que, si bien se explica por los contextos históricos, se necesita transformarlo hacia un lenguaje que humanice la relación social, biológica y ambiental del proceso salud – enfermedad.

b. La humanización en el cuidado de la salud se logra cuando se supera el sentido nomológico y se establece un diálogo plural, donde se aprenda a escuchar al otro, no para responderle, sino para comprenderle.

c. No basta con atender científica y técnicamente a las personas vulnerables o con padecimientos de salud, La humanización de la salud procura ante todo entender dialógicamente el sentido integral, el vínculo de la persona con su forma de vida.

d. En la humanización de la salud, lo que está en juego es la actitud con respecto al otro: Que es la expresión de la humanidad en nosotros mismos. Si se trata a la persona como un objeto al cual intervenir, se sucede una pérdida de la dignidad humana.

e. El lenguaje de interacción en el acto de salud no debe ser para el ejercicio del poder, y de exaltación del miedo, el control y el dominio de las personas. Las palabras deben ser fuente de confianza, de reconocimiento y de sanación mutua. Requiere la participación de la persona, no su anulación. Y una completa y veraz información.

f. Una necesidad sentida de la educación en salud es el fortalecimiento de las competencias comunicativas. Además del desarrollo cognoscitivo de lo científico- tecnológico, es urgente la formación actitudinal a través del aprendizaje de la inteligencia emocional y relacional.

La comunicación tiene como eje central el abrir espacios, para que las personas autónomamente, sin ningún condicionamiento, puedan dialogar, participar y decidir respecto al conocimiento, las terapéuticas y los cuidados de su cuerpo, relativo a la salud y la enfermedad, sobre la vida y la muerte.

CAPÍTULO VI

Programa Integral para el Aprendizaje de una Cultura Humanizada de la Salud

6.1 Programa Integral para el Aprendizaje de una Cultura Humanizada de la Salud	111
6.1.1 Introducción	111
6.1.2 Objetivo	111
6.1.3 Competencias genéricas	112
6.1.4 Características generales	112
6.1.5 Presentación	112
6.1.6 Justificación	115
6.1.7 Contenido	116
6.1.8 Resultados de aprendizaje	125
6.1.9 Evaluación	125

CAPÍTULO VI

6. Programa Integral para el Aprendizaje de una Cultura Humanizada de la Salud

El diseño del curso de cultura humanizada en salud, es el resultado de la revisión y el análisis de ocho programas de salud del país: Medicina, Enfermería, Fonoaudiología, Fisioterapia, Bacteriología, Odontología, Optometría y Nutrición. Para el estudio se exploró el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES). Se evaluó el número de cursos, porcentaje de créditos y las denominaciones de los cursos del área de socio humanidades, examinando las bases de datos estatales y páginas web de Universidades públicas y privadas para analizar 199 planes de estudio vigentes de programas de salud.

En consecuencia, se observó un bajo número de cursos de formación en humanidades en los programas de salud, que, a su vez, se corresponde con muy pocos créditos académicos por curso, en relación con el total de créditos del programa. Por otro lado, se evidencio una carencia en el currículo de temáticas propias de las ciencias humanas que son consideradas esenciales para la formación de una conciencia y una cultura humanizada de la salud.

Las unidades, las temáticas y los subtemas, que constituyen el cuerpo de los contenidos del curso, están fundamentados en los hallazgos de los 199 planes de estudio, la propuesta consiste en construir un curso integral con los enfoques, conceptos, imaginarios y prácticas que genere o fortalezca una cultura humanizada de la salud, que sea transversal a los currículos y flexible en adaptaciones a los contextos de aplicación.

Los contenidos inician con la temática de la condición humana. Consiste en la valoración de la existencia humana, la dignificación de la vida y la conciencia de la muerte como realidades de la ruta vital. Posteriormente se estudia el ser humano como ser social, de interacciones y comunicación. La siguiente unidad consiste en el acercamiento a las experiencias del proceso salud enfermedad, la atención y el cuidado de la persona.

“No puede existir una asistencia digna sin que esta sea una asistencia humanizada”. (Pellegrino)

6.1 Programa Integral para el Aprendizaje de una Cultura Humanizada de la Salud.

6.1.1 Introducción

Es una necesidad social y apremiante el logro efectivo de la calidad en la salud de la sociedad, esto es posible cuando se alcance el pleno goza del derecho a la salud para todos, sin ningún tipo de discriminación. Implica el construir una cultura humanizada. Ese propósito requiere de la participación de la academia, específicamente en el fortalecimiento de las ciencias humanas y sociales en los currículos de formación de los estudiantes en este campo.

6.1.2 Objetivo

Diseñar un programa en estudio teórico-practico que permita fortalecer los conocimientos y las prácticas de los estudiantes de salud, así como, la construcción de una cultura humanizada, que posibilite mejorar la calidad y calidez en la atención y el cuidado de las personas.

6.1.3 Competencias genéricas

- a. Capacidad para hacer del cuidado y la atención en la salud, una interrelación que dignifique al ser humano.
- b. Disposición a mejorar la atención y el cuidado de la salud de las personas
- c. Comprensión integral del concepto de cultura humanizada de la salud y de la vida.
- d. Capacidad de comunicación asertiva y empática.
- e. Prospección a establecer una cultura continua de aprendizaje de la humanización en salud.
- f. Actitud para generar escenarios de confianza, respeto, tolerancia y responsabilidad.
- g. Habilidad para decidir y actuar bajo los parámetros y criterios de la bioética.
- h. Sensibilidad para comprender el dolor, el sufrimiento, el miedo y la angustia de las personas.
- i. Disposición a la aceptación y la inclusión de la diversidad en las condiciones que constituyen la integralidad de la ruta vital humana.
- j. Actitud para reconocer la autonomía de las personas.

6.1.4 Características generales

Dirigido a: Estudiantes en formación de las diversas profesiones del área de la salud, en el nivel de educación superior.

Modalidad: Presencial - mixta

Tipo de curso: Teórico- práctico

Intensidad Horaria: 4 horas semanales

64 horas semestrales

Área del conocimiento: Interdisciplinar

6.1.5 Presentación

Según el Diccionario de la Lengua Española, humanizar es

es “hacer humano, familiar, afable a alguien o algo”. “Es sensibilidad, desenojo, hacerse benigno”. Humanizar es ser benevolente con el otro, buscar siempre el bien de los demás. Sobre todo, cuando se trata de personas vulnerables, que sufren y sienten dolor, como producto de un malestar biopsicosocial.

Si un ciudadano se acerca a un centro de salud, es porque necesita que lo atiendan, pero ante todo que lo “entiendan” y espera recibir un trato digno “humanizado”.

La palabra humanizar la usamos habitualmente para expresar el deseo de que algo sea bueno, se ajuste a la condición humana, responda a la dignidad de la persona. No es lo mismo ser humano que vivir y comportarse humanamente. El proceso de humanización en salud, es parte fundamental de la calidad y calidez del servicio que prestan los profesionales en este campo.

Cuando una persona enferma, su integralidad y dignidad se encuentra de manera temporal amenazada. Enfermar hace que las personas se sientan más vulnerables y frágiles, por lo que resulta crucial la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar la dignidad de los individuos.

La presencia del acto humanizado ante las personas con enfermedad, sufrimiento y dolor es insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar calidez, escuchar, manifestar sensibilidad, respeto, tolerancia y comprensión a la situación del otro, es parte de la cultura de la humanización de la salud y de la vida.

*"La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas."
Freud, S.*

Humanizar requiere una actitud mental, afectiva y moral que incite al profesional de la salud, a reestructurar continuamente sus propias representaciones mentales sobre la vida y la muerte, en torno al proceso salud-enfermedad, referente a la alegría y el sufrimiento, y a transformar saberes y procedimientos de intervención para que se orienten al bien del enfermo.

Humanizar no es otro aspecto que tener conciencia sobre la importancia y la esencia de la vida y la salud de los humanos en contexto. Ser personas en todo momento y lugar. Los profesionales de la salud se caracterizan por su sentido de humanidad, manifestada especialmente por un compromiso con los sujetos vulnerables. Se entiende en una predisposición a comprender a los individuos, en su ruta vital, su interioridad, su mundo, su cultura, su historia. Se trata de dar y recibir, siempre predispuestos a la apertura. Cuidar es una tarea ineludiblemente humana.

Humanizar es mucho más que ser amable, debemos educarnos para esta cualidad humana. Tampoco es atender a las personas desde su dimensión física y corporal. El ser humano es una complejidad sistémica, holística, integral e integrada. Son sujetos con emociones y sentimientos, individuos que viven en un entorno concreto y en una familia, barrio, comunidad y sociedad.

Personas singulares, únicas que requiere, respuestas personalizadas a sus necesidades y expectativas, capaces de decidir y deseosas de participar. Sujetos con autonomía que cuidan de su vida, su salud y bienestar, con derechos y responsabilidades, libres para elegir. Hombres que no solamente tienen problemas y dificultades, están llenas de recursos y potencialidades que sueñan y se ilusionan.

La humanización, por tanto, es mucho más que ser cortes o un simple “trato humanizado” persona persona, es toda una cultura de humanización de vida cotidiana. Es un compromiso activo y una responsabilidad de cada uno de nosotros. Se construye día a día cuando proveemos los cuidados y la atención, expresando:

“tú eres persona y te trato en tu totalidad como ser humano” (Minsalud, s.f., p. 87).

La humanización de la salud, comienza en la educación de los profesionales, asignando valores bioéticos, científicos, morales, espirituales, sociales, filosóficos, artísticos, emocionales, comunicacionales a los estudiantes. Humanizar es hacer una realidad más

humana, menos cruel y dura para las personas en estado de mayor vulnerabilidad.

La parábola del colibrí de Herbert José Betuno de Souza (1935-1997), es una maravillosa reflexión, para convertir las prácticas en salud, en cultura humanizada, con mejor calidad y calidez para el bienestar de las personas. Todos y todas podemos hacer algún aporte:

El bosque está en llamas, y, mientras todos los animales huyen para salvar su pellejo, un colibrí recoge una y otra vez agua del río para verterla sobre el fuego.

“¿Es que acaso crees que con ese pico pequeño vas a apagar el incendio?”, le pregunta el león.

“Yo sé que no puedo solo”, responde el pajarito, “pero estoy haciendo mi parte.” (Montesinos, s.f., párrs. 2-4).

¡Haz tu parte!

6.1.6 Justificación

La propuesta de un programa académico para la cultura humanizada de la salud, se justifica por los siguientes enunciados:

Humanizar no solo es un acto de cortesía con el enfermo que sufre y siente miedo e incertidumbre, ante todo es un proceso de educación interdisciplinar continua que conduce a un cuidado humanizado de la salud.

Siempre existe, y nunca se satisface, la necesidad de formar profesionales de la salud en una cultura humanizada de la salud y de la vida.

Propender por una cultura de la humanización de la salud, es un derecho de todos, que debe ser reconocido, valorado y respetado.

La humanización de la salud permite que las personas con riesgo y vulnerabilidad en su salud y en su vida, sientan dignificado su ser y su existencia.

El aprendizaje de una cultura humanizada en salud, contribuye profundamente a la prevención, el mejoramiento, la rehabilitación y el

bienestar de las personas, en todas las áreas de atención y cuidado de la salud.

Se debe incorporar en todos los currículos de educación en salud, el curso de cultura humanizada de forma transversal.

6.1.7 Contenidos

UNIDAD I. LA CONDICIÓN HUMANA.

1. Realidad humana

- 1.1. Concepto y criterios de vida
- 1.2. Violentismo y conciencia biófila
- 1.3. Calidad de vida
- 1.4. Calidez de vida
- 1.5. Tanatología
- 1.6. Criterios de muerte.
- 1.7. La muerte como un acto humano
- 1.8. La muerte como un hecho histórico, social y cultural.
- 1.9. El buen morir.

2. Sentido de vida

- 2.1. Conciencia cognitiva
 - 2.1.1. Ubicación en el espacio-tiempo
 - 2.1.2. Inteligencia
 - 2.1.3. Memoria
 - 2.1.4. Autognosis
 - 2.1.5. Creatividad
 - 2.1.6. Abstracción
 - 2.1.7. Interpretación
- 2.2. Trascendencia espiritual-simbólica
 - 2.2.1. Las creencias
 - 2.2.2. La intuición
 - 2.2.3. Los valores
 - 2.2.4. La libertad
 - 2.2.5. La vocación
 - 2.2.6. La esperanza

- 2.2.7. El existir
- 2.3. Sensaciones y emociones
 - 2.3.1. La alegría
 - 2.3.2. La tranquilidad
 - 2.3.3. La tristeza
 - 2.3.4. El llanto
 - 2.3.5. El amor
 - 2.3.6. El afecto
 - 2.3.7. La ira
 - 2.3.8. La violencia
 - 2.3.9. La inteligencia emocional.
- 2.4. Actividad instintiva
 - 2.4.1. Origen, conservación e integridad vital
 - 2.4.2. Hambre y sed
 - 2.4.3. Instinto sexual
 - 2.4.4. Placer
 - 2.4.5. Dominio, poder y posesión
 - 2.4.6. Agresión y sociabilidad
 - 2.4.7. Adaptabilidad
 - 2.4.8. Miedos
- 2.5. Conciencia psicológica
 - 2.5.1. Identidad
 - 2.5.2. Voluntad
 - 2.5.3. La conciencia moral
 - 2.5.4. Proyección y perfección
 - 2.5.5. Autoestima y ego
 - 2.5.6. El error y la incertidumbre.
 - 2.5.7. Estrés, ansiedad y depresión
 - 2.5.8. Culpa
 - 2.5.9. Tolerancia y frustración
 - 2.5.10. Inquietud
 - 2.5.11. Manifestación e intimidad
 - 2.5.12. Asertividad
 - 2.5.13. Resiliencia
 - 2.5.14. Perdida y duelo

UNIDAD II. TRANSFORMACION E INTERACCIÓN.

1. El cambio vital humano

- 1.1. Ruta vital humana
- 1.2. Los ciclos y los ritmos
- 1.3. Las edades
- 1.4. El pasado, el ahora, el futuro
- 1.5. El habitar, el existir.
- 1.6. El destino
- 1.7. El azar
- 1.8. La impredecibilidad
- 1.9. El carácter
- 1.10. La integralidad.

2. Interacción humana

- 2.1. Sexualidad, sociedad y cultura
- 2.2. Sacralización y secularización de la salud y la vida
- 2.3. Patriarcalismo y dependencia
- 2.4. Cooperación, competencia.
- 2.5. Instituciones sociales
- 2.6. La familia
- 2.7. Tipificación histórica de la salud
- 2.8. Diversidad e Interculturalidad.
- 2.9. La época
- 2.10. La mentalidad
- 2.11. Las generaciones
- 2.12. Los estilos de vida
- 2.13. Los imaginarios y representaciones sociales
- 2.14. La inclusión social
- 2.15. Rol y estatus
- 2.16. Derechos humanos
- 2.17. Cultura de humanización de la salud.

3. Lenguaje y comunicación

- 3.1. La apropiación verbal
- 3.2. Tipos de lenguaje humano
- 3.3. El lenguaje como símbolo
- 3.4. El acto dialógico
- 3.5. Comunicación asertiva y empática

- 3.6. La escucha
- 3.7. Percepción y valoración del otro
- 3.8. La relación de ayuda.
- 4. Bioética sociedad
- 4.1. Biodiversidad y sostenibilidad.
- 4.2. Bioética y humanización de la salud.
- 4.3. Bioética e investigación en salud.
- 4.4. Biopoder.

UNIDAD III. PROCESO SALUD ENFERMEDAD

1. Concepción de salud

- 1.1. Concepto integral de salud
- 1.2. Características del estar sano
- 1.3. Cuidado y autocuidado
- 1.4. Criterios de salud
- 1.5. Complejidad y relatividad de la salud
- 1.6. El acto de salud como acto humano
- 1.7. La salud objeto de derecho y deber
- 1.8. El diagnóstico de la salud
- 1.9. Promoción de la salud
- 1.10. Salud preventiva.
- 1.11. Salud y ambiente
- 1.12. Instituciones, sistemas y modelos de salud.
- 1.13. Educación y talento humano en salud.
- 1.14. Prospección y utopía de la salud.

2. Concepción de enfermedad

- 2.1. Conceptos de enfermedad
- 2.2. Filosofía de lo anormal
- 2.3. La amenaza del malestar
- 2.4. Multicausalidad y descubrimiento de la enfermedad
- 2.5. El tiempo y lugar de la enfermedad
- 2.6. Modos de evolución de la enfermedad
- 2.7. Reacción personal ante el estado de enfermedad
- 2.8. Respuestas subjetivas y objetivas ante la enfermedad
- 2.9. Dolor y sufrimiento
- 2.10. Asistencia y cuidados paliativos.

3. Las relaciones en el acto de sanación

- 3.1. Relación cognoscitiva del acto de sanación
- 3.2. Relación afectiva del acto de sanación
- 3.3. Relación ética del acto de sanación
- 3.4. Relación Terapéutica del acto de sanación
- 3.5. Relación socio-cultural del acto de sanación

4. Humanización de la atención y el cuidado de la persona

- 4.1. Humanización del parto, la infancia y adolescencia
- 4.2. Humanización en atención de urgencias
- 4.3. Humanización en la hospitalización
- 4.4. Humanización en Cuidados intensivos
- 4.5. Humanización en la atención y cuidado en salud mental
- 4.6. Humanización en paciente oncológico
- 4.7. Humanización al final de la vida.

Cuadro 1.

Programa integral para el aprendizaje de una cultura humanizada de la salud

UNIDAD/OBJETIVOS	HORAS	CONTENIDOS	METODOLOGIA
UNIDAD I. LA CONDICIÓN HUMANA. 1. Realidad humana 1. Comprender las dimensiones que constituyen la relación entre la vida y la muerte en la realidad del ser humano. 2. Sentido de vida	20 T/P	UNIDAD I. LA CONDICIÓN HUMANA. 1. Realidad humana 1.1. Concepto y criterios de vida 1.2. Violentismo y conciencia biófilo 1.3. Calidad de vida 1.4. Calidez de vida 1.5. Tanatología 1.6. Criterios de muerte. 1.7. La muerte como un acto humano 1.8. La muerte como un hecho histórico, social y cultural. 1.9. El buen morir.	Exposición Magistral Película Documental Talleres Diseño de Afiches

UNIDAD/OBJETIVOS	HORAS	CONTENIDOS	METODOLOGIA
<p>1. Identificar los componentes que configuran el sentido cognitivo, espiritual, simbólico, emocional, instintivo y psicológico a la naturaleza humana</p>	<p>20 T/P</p>	<p>2. Sentido de vida</p> <p>2.1. Conciencia cognitiva</p> <p>2.1.1. Ubicación en el espacio-tiempo</p> <p>2.1.2. Inteligencia</p> <p>2.1.3. Memoria</p> <p>2.1.4. Autognosis</p> <p>2.1.5. Creatividad</p> <p>2.1.6. Abstracción</p> <p>2.1.7. Interpretación</p> <p>2.2. Trascendencia espiritual-simbólica</p> <p>2.2.1. Las creencias</p> <p>2.2.2. La intuición</p> <p>2.2.3. Los valores</p> <p>2.2.4. La libertad</p> <p>2.2.5. La vocación</p> <p>2.2.6. La esperanza</p> <p>2.2.7. El existir</p> <p>2.3. Sensaciones y emociones</p> <p>2.3.1. La alegría</p> <p>2.3.2. La tranquilidad</p> <p>2.3.3. La tristeza</p> <p>2.3.4. El llanto</p> <p>2.3.5. El amor</p> <p>2.3.6. El afecto</p> <p>2.3.7. La ira</p> <p>2.3.8. La violencia</p> <p>2.3.9. La inteligencia emocional.</p> <p>2.4. Actividad instintiva</p> <p>2.4.1. Origen, conservación e integridad vital</p> <p>2.4.2. Hambre y sed</p> <p>2.4.3. Instinto sexual</p> <p>2.4.4. Placer</p> <p>2.4.5. Dominio, poder y posesión</p> <p>2.4.6. Agresión y sociabilidad</p> <p>2.4.7. Adaptabilidad</p> <p>2.4.8. Miedos</p> <p>2.5. Conciencia psicológica</p> <p>2.5.1. Identidad</p> <p>2.5.2. Voluntad</p> <p>2.5.3. La conciencia moral</p>	<p>Relatorías</p> <p>Conversatorios</p>

UNIDAD/OBJETIVOS	HORAS	CONTENIDOS	METODOLOGIA
		2.5.4. Proyección y perfección 2.5.5. Autoestima y ego 2.5.6. El error y la incertidumbre. 2.5.7. Estrés, ansiedad y depresión 2.5.8. Culpa 2.5.9. Tolerancia y frustración 2.5.10. Inquietud 2.5.11. Manifestación e intimidad 2.5.12. Asertividad 2.5.13. Resiliencia 2.5.14. Pérdida y duelo.	
<p>UNIDAD II.</p> <p>TRANSFORMACION E INTERACCIÓN.</p> <p>1. El cambio vital humano</p> <p>1. Reconocer la importancia del proceso de transformación de la ruta vital humana, que permita proyectar la calidad en el transcurso de vida.</p> <p>2. Interacción humana</p> <p>1. Comprender la naturaleza social y cultural del hombre y la necesidad de las interacciones como condición de la existencia vital.</p> <p>3. Lenguaje y comunicación</p> <p>1. Identificar la diversidad de las formas de lenguaje que permiten realizar una comunicación de calidad.</p>	<p>20 T/P</p>	<p>UNIDAD II.</p> <p>TRANSFORMACION E INTERACCIÓN.</p> <p>1. El cambio vital humano</p> <p>1.1. Ruta vital humana 1.2. Los ciclos y los ritmos 1.3. Las edades 1.4. El pasado, el ahora, el futuro 1.5. El habitar, el existir. 1.6. El destino 1.7. El azar 1.8. La impredecibilidad 1.9. El carácter 1.10. La integralidad.</p> <p>2. Interacción humana</p> <p>2.1. Sexualidad, sociedad y cultura 2.2. Sacralización y secularización de la salud y la vida 2.3. Patriarcalismo y dependencia 2.4. Cooperación, competencia. 2.5. Instituciones sociales 2.6. La familia 2.7. Tipificación histórica de la salud 2.8. Diversidad e Interculturalidad.</p>	<p>Sociodrama</p> <p>Exposición Magistral</p> <p>Subasta de valores</p> <p>Juegos de roles</p> <p>Cine foro</p> <p>Técnicas de meditación y relajación</p> <p>Técnica de espejo - modulando Conductas</p> <p>Carteleros del buen trato</p>

UNIDAD/OBJETIVOS	HORAS	CONTENIDOS	METODOLOGIA
<p>2. Fortalecer las competencias asertivas para la comunicación de calidad y calidez humana.</p> <p>4. Bioética sociedad</p> <p>1. Entender el fenómeno de la salud y la vida, como una expresión bioética que posibilita la sostenibilidad y la supervivencia planetaria.</p>		<p>2.9. La época 2.10. La mentalidad 2.11. Las generaciones 2.12. Los estilos de vida 2.13. Los imaginarios y representaciones sociales 2.14. La inclusión social 2.15. Rol y estatus 2.16. Derechos humanos 2.17. Cultura de humanización de la salud.</p> <p>3. Lenguaje y comunicación</p> <p>3.1. La apropiación verbal 3.2. Tipos de lenguaje humano 3.3. El lenguaje como símbolo 3.4. El acto dialógico 3.5. Comunicación asertiva y empática 3.6. La escucha 3.7. Percepción y valoración del otro 3.8. La relación de ayuda.</p> <p>4. Bioética sociedad</p> <p>4.1. Biodiversidad y sostenibilidad. 4.2. Bioética y humanización de la salud. 4.3. Bioética e investigación en salud. 4.4. Biopoder.</p>	
<p>UNIDAD III.</p> <p>PROCESO SALUD ENFERMEDAD</p> <p>1. Concepción de salud</p> <p>1. Definir cuáles son las características y los criterios que presenta una persona cuando esta sana.</p>	<p>24 T/P</p>	<p>UNIDAD III.</p> <p>PROCESO SALUD ENFERMEDAD</p> <p>1. Concepción de salud</p> <p>1.1. Concepto integral de salud 1.2. Características del estar sano 1.3. Cuidado y autocuidado 1.4. Criterios de salud 1.5. Complejidad y relatividad de la salud</p>	<p>Portafolio de usuarios</p> <p>Exposiciones</p> <p>Análisis de casos clínicos</p> <p>Audiovisuales - Documental</p>

UNIDAD/OBJETIVOS	HORAS	CONTENIDOS	METODOLOGIA
<p>2. Reflexionar sobre la importancia de entender la salud como un derecho humano fundamental.</p> <p>2. Concepción de enfermedad</p> <p>1. Entender los conceptos de dolor y sufrimiento que posibilite desarrollar un acto de salud humanizada.</p> <p>2. Identificar las reacciones y las respuestas de las personas frente al descubrimiento e inicio de la enfermedad.</p> <p>3. Las relaciones en el acto de sanación</p> <p>1. Desarrollar la humanización del proyecto de vida en interacción con la cultura y la sociedad.</p> <p>2. Discutir las principales problemáticas derivadas de la interacción entre el prestador y el usuario en los diferentes servicios de salud.</p> <p>4. Humanización de la atención y el cuidado de la persona.</p> <p>1. Determinar los aspectos y elementos esenciales para la mejora de la humanización de la salud, que pueden llegar a ser implementados.</p>		<p>1.6. El acto de salud como acto humano</p> <p>1.7. La salud objeto de derecho y deber</p> <p>1.8. El diagnóstico de la salud</p> <p>1.9. Promoción de la salud</p> <p>1.10. Salud preventiva.</p> <p>1.11. Salud y ambiente</p> <p>1.12. Instituciones, sistemas y modelos de salud.</p> <p>1.13. Educación y talento humano en salud.</p> <p>1.14. Prospección y utopía de la salud.</p> <p>2. Concepción de enfermedad</p> <p>2.1. Conceptos de enfermedad</p> <p>2.2. Filosofía de lo anormal</p> <p>2.3. La amenaza del malestar</p> <p>2.4. Multicausalidad y descubrimiento de la enfermedad</p> <p>2.5. El tiempo y lugar de la enfermedad</p> <p>2.6. Modos de evolución de la enfermedad</p> <p>2.7. Reacción personal ante el estado de enfermedad</p> <p>2.8. Respuestas subjetivas y objetivas ante la enfermedad</p> <p>2.9. Dolor y sufrimiento</p> <p>2.10. Asistencia y cuidados paliativos.</p> <p>3. Las relaciones en el acto de sanación</p> <p>3.1. Relación cognoscitiva del acto de sanación</p> <p>3.2. Relación afectiva del acto de sanación</p> <p>3.3. Relación ética del acto de sanación</p> <p>3.4. Relación Terapéutica del acto de sanación</p> <p>3.5. Relación socio-cultural del acto de sanación</p>	<p>Portafolio de usuarios</p> <p>Exposiciones</p> <p>Análisis de casos clínicos</p> <p>Audiovisuales - Documental</p> <p>Juego de roles.</p> <p>Árbol conceptual</p> <p>Trabajo en equipo</p> <p>Narrativa de historias familiares.</p> <p>Participación valorativa desde la diversidad.</p>

UNIDAD/OBJETIVOS	HORAS	CONTENIDOS	METODOLOGIA
		4. Humanización de la atención y el cuidado de la persona 1.1. Humanización del parto, la infancia y adolescencia 1.2. Humanización en atención de urgencias 1.3. Humanización en la hospitalización 1.4. Humanización en Cuidados intensivos 1.5. Humanización en la atención y cuidado en salud mental 1.6. Humanización en paciente oncológico 1.7. Humanización al final de la vida.	

6.1.8 Resultados de aprendizaje:

a. Comprende las características esenciales de la naturaleza humana, relacionadas con la cultura de la atención y el cuidado humanizado de la salud. A través de la presentación de una propuesta escrita sobre la humanización de la salud en su profesión.

b. Aplica los aprendizajes de las ciencias humanas y sociales en las prácticas de los actos de salud humanizados, a través de la presentación de casos del proceso salud-enfermedad.

6.1.9 Evaluación

a) La evaluación por principio y esencia es formativa en la doble dirección docente estudiante, busca cualificar el pensamiento y las prácticas de humanización, en la relación de aprendizaje entre los sujetos actores del proceso de educación del ciclo vital humano.

b) Propicia en el estudiante de salud, la capacidad para interpretar la realidad desde una cultura humanizada, argumentar con lenguaje científico e integral y proponer alternativas apropiadas a situaciones y problemas del campo de la humanización de la salud.

- c) Reafirma, realimenta el saber y fomenta la pregunta.
- d) Verifica avances y logros en el aprendizaje y evidencia cuantitativamente el proceso de aprendizaje.
- e) Tener claridad sobre la interacción evaluar-calificar.
- f) Genera mecanismos de resiliencia.

Los aspectos para evaluar en los estudiantes son:

- a) Correspondencia con lo trabajado
- b) Coherencia y claridad
- c) Esfuerzo, interés y recursividad
- d) Creatividad, recursividad y aportes.
- e) Resolución de situaciones problémicas.
- f) Rigor en el pensamiento complejo, holístico e integral.
- g) Afirmación de principios y valores.
- h) Capacidad de interacción.
- i) Aspectos formales (presentación, ortografía, redacción, referencias, recursos, normas.)

6.1.10 Bibliografía básica de la propuesta de curso

- Bermejo, J. C. (2014). Humanizar la asistencia sanitaria. Madrid. España. Editorial Desclée de Brouwer.
- Boff, L. (2002). El cuidado esencial: ética de lo humano, compasión por la tierra. Madrid: Trotta.
- Escobar Pachano, T. (2008). Miedo, depresión y autoestima. Mérida. Venezuela. Universidad de los Andes. Consejo de publicaciones
- Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2015). Ley Estatutaria en salud. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2020) Propuesta de política nacional de humanización en salud. Bogotá. Colombia.
- Organización Mundial de la Salud. (2019) Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. O.P.S.
- Riso, W. (1988). Entrenamiento asertivo. Medellín. Colombia. Editorial Rayuela.

- Rodríguez, Á. (2006). Modelos de la relación médico-paciente: reflejo de la deshumanización de la salud. *Revista de Ciencias Médicas*, 35(1)
- Martínez, R. (2014). *Gestión del servicio humanizado en salud. Con visión multivariable y guías de mejoramiento*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Naciones Unidas (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y del Caribe*. CEPAL.
- Sánchez, J. (2013). Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor. *Revista Médica de Risaralda*, 19(2), 154-157.
- Vélez Correa, L. A. (1996). *Ética Médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte*. Medellín. Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Zea, L. E. (2003). Cuidar de otros: condición humana y esencia de una profesión. *Investigación y Educación en Enfermería*, 21(2), 154-158.

Referencias

- Abad, H. (2007). Filosofía de la Salud Pública. Medellín. Facultad Nacional de Salud Pública, 25(2), 8-12. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/120/12025203.pdf>
- Acosta, E. (2010). Pedagogía siglo XXI. Barranquilla: Animero.
- Aguilar Fleitas, B. (2014). Humanidades Médicas: Su vigencia para la práctica clínica. Revista Uruguaya de Cardiología, 29(2), 169-172.
- Ahmed, T. (2001). El estado de la población mundial 2001. s.l.: Fondo de población de las Naciones Unidas.
- Alcántara, G. (junio de 2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinaridad. Sapiens, 93-107. Obtenido de file:///C:/Users/MARTHA/Downloads/Dialnet-LaDefinicionDeSaludDeLaOrganizacionMundialDeLaSalu-2781925.pdf
- Álvarez, F. (1987). Don José Celestino Mutis y la responsabilidad del científico. (C. d. ., Ed.) Memorias del primer Simposio Colombiano de Etnobotánica.
- Amaya, A. (2010). Educación médica actual: un reto conceptual. Universitas Medica, 51(2), 115–119. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed51-2.emar>
- Amorós, T. (1996). El concepto de autoestima. Humanitas. Facultad de psicología. Universidad de Lima. Fondo de desarrollo editorial. N° 34-35.(34).
- Ander, E. (1981). Diccionario de trabajo social. Alicante. Publicaciones de la caja de ahorros de Alicante y Murcia.
- Apperti, L. (17 de 03 de 2014). Einstein y la generación de idiotas. Obtenido de Milenio: <https://www.milenio.com/opinion/luis-apperti/mundo-industrial/einstein-y-la-generacion-de-idiotas>
- Aranguren, J. (1985). Ética y política. Madrid. : Orbis S.A.

- Aristizábal Giraldo, S. (2000). Aproximaciones conceptuales a los sistemas de conocimiento local. Bogotá. Universidad Pedagógica Nacional.
- Ávila, R. (1994). La educación y el proyecto de la modernidad (Antropos ed.). Santafé de Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.
- Bahsas, Bahsas, F. (1999). Medicina de familia. Bases filosóficas y de definiciones. Mérida. Universidad de los ANDES. Consejo de publicaciones.
- Barahona, R. (1996). La salud para todos y los cambios indispensables en la educación y en la práctica médica. Estrategias Panamericanas de OPS. Conferencia mundial de educación médica. Santafé de Bogotá: Castillo.
- Botero, D. (2000). El derecho a la utopía. (U. N. Colombia, Ed.) Bogotá: ECOE Ediciones.
- Benedetto, M. A. C. D., & Gallian, D. M. C. (2018). Narrativas de estudiantes de Medicina e Enfermagem: Currículo oculto e desumanização em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(67), 1197-1207. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0218>
- Buber, M. (1981). ¿Qué es el hombre? Mexico: Fondo de Cultura Economica. Colección popular.
- Burdeau, G. (1970). La Democracia. Barcelona. Ediciones Ariel.
- Cabral, F. (1998). El paraíso no está perdido sino olvidado. Santiago de Chile.
- Canguilhem, G. (2009). Estudios de Historia y Filosofía de las Ciencias. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Calderón, C. (1993). Introducción general a la ética ciudadana. Ética para tiempos mejores. Bogotá: Corporación Región.
- Campo, R., & Restrepo, M. (1993). Un modelo de seminario para estudios de posgrado. Santafé de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Estudios Interdisciplinarios.
- Campo, R., & Restrepo, M. (1999). Formación integral. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de educación.
- Capra, F. (1992). El punto crucial. Ciencia sociedad y cultura naciente. Buenos Aires: Troquel.

- Cassirer, E. (1993). *Antropología filosófica*. Santafé de Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Carbonell, M. (2001). *Los derechos humanos en la actualidad. Una visión desde México*. Bogotá. Universidad Externado de Colombia.
- Castillo, H. (2010). *Democracia y salud: la plusvalía psicológica*. Caracas: Monte Avila Editores Latinoamericana C.A.
- Cortázar, J.M. (2002). *La evaluación de las instituciones universitarias. Tendencias, conceptos y modelos*. Caracas. Universidad Central de Venezuela. Comisión de estudios de posgrado.
- Chaplin, C. (Productor), & Chaplin, C. (Dirección). (1940). *El Gran Dictador* [Cinta cinematográfica] [Película]. E.U.
- Chernichovski, D. (2010). *El sistema de salud en Colombia. Una sinfonía inconclusa y arriesgada*. Observatorio de políticas públicas(08), 16-19.
- Chopra, D. (1989). *La curación cuántica. Explorando las fronteras de la medicina mental y corporal*. Mexico: Grijalbo.
- Chopra, D. (2015). *Como crear salud. Más allá de la prevención y hacia la perfección*. Bogotá: Penguin Random House grupo.
- Chopra, D. (2017). *Vencer la adicciones*. Buenos Aires: Grijalbo.
- Choza, J. (1988). *Manual de Antropología filosófica*. Madrid: Rialp.
- Dawkins, R. (1986). *El gen egoísta. Las bases biológicas de nuestra conducta*. Barcelona. Salvat Editores S.A.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (2018). Artículo 1. Defensoría del Pueblo. Bogotá. Colombia
- Donati, P. (1994). *Manual de sociología de la salud*. Madrid. Ediciones Diaz de Santos.
- S.A. Entralgo, L. (2004). *Historia de la medicina*. Barcelona: MASSON, S.A.
- Entralgo, L. (1985). *Antropología médica para clínicos*. Barcelona (España). Salvat Editores, S. A. <http://www.cervantesvirtual.com/obra/antropologia-medica-para-clinicos/>
- Escobar, L. (1997). *Una pedagogía crítica para una sociedad enferma*. Bogotá: Escuela de derechos humanos. CINEP.
- Escobar, T. (2008). *Miedo, depresión y autoestima*. Mérida, Venezuela: Universidad de los Andes. Consejo de publicaciones.

- Feynman, R. (1999). *Qué significa todo eso*. Barcelona: Crítica. Grijalbo Mondadori, S.A.
- Fernández Pérez, A. B. (2021). Deshumanización, tecnología y abuso de poder en la medicina actual. *Educación Médica*, 22(2), 121. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.06.012>
- Fleiner, T. (1999). *Derechos Humanos*. Bogotá: Temis.
- Foucault, M. (2007). *La arqueología del saber*. Mexico: Siglo XXI editores.
- Foucault, M. (2001). *Nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- Foucault, M. (1975). *Los Anormales. Curso en el college de France (1974-1975)* México. Fondo de Cultura Económica.
- Franco, S. (1993). *Proceso vital humano- proceso salud enfermedad: Una nueva perspectiva*. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de medicina.
- Frankel, D. (2008). *Medicalización de la vida, Salud pública y eugenesia social*. Buenos Aires. Ediciones de la UNLa. Universidad Nacional de Lanús.
- Galeano, E. (1998). *Patas arriba. La escuela del mundo al revés*. Santafé de Bogotá. Tercer mundo editores.
- García, J. (1983). *Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud*. *Educación Médica y Salud*, 17(4), 363-393.
- García, L. (2003). *Recorridos y luchas...por los niños de la guerra. La esquina regional*. Bogotá.
- Gestión. (09 de 05 de 2015). Sigmund Freud: Las frases más influyentes del padre del psicoanálisis. Obtenido de <https://gestion.pe/tendencias/sigmund-freud-frases-influyentes-padre-psicoanalisis-88997-noticia/#:~:text=%22La%20ciencia%20moderna%20a%C3%BAn%20no,forzar%20para%20que%20no%20crea%22>.
- Giraldo, A., & Otros. (2000). *La visión curricular, los propósitos de formación, la propuesta pedagógica*. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Comité de Currículo. N°3.

- Goleman, D. (1996). La inteligencia emocional. Barcelona: Kairos.
- Golombek, D. (2008). Cavernas y palacios. En busca de la conciencia en el cerebro. Buenos Aires. Siglo XXI Editores Argentina S.A.
- González, J. (2009). Medicina, antropología y política en la formación del médico. *Ars Médica*, 8(2), 153-159.
- Gómez, J.A. Patiño, P. Toro, J.M. (2000). El proceso salud enfermedad en la educación medica. Medellín. Universidad de Antioquia. Facultad de medicina. Comité curricular.
- Gómez, J. F. y otros. (2000). Hacia un marco teórico para la renovación curricular. Medellín. Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Comité de Currículo. N°1
- González Quiroz, J. L. (2009). Medicina, antropología y política en la formación del médico. En: *Área Médica. Revista de Humanidades*. Vol. 8. Número 2. Pp. 153-159. Madrid.
- Gracia, D. (1996). Problemas éticos en medicina. En O. Guariglia, *Cuestiones morales* (Vol. 12, págs. 271-290). Madrid, España: Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía.
- Harris, M. (2001). *Antropología cultural*. Madrid: Alianza.
- Heidegger, M. (2006). *Carta sobre el Humanismo*. Madrid: Alianza S. A.
- Hernández, C.A. (2000). *La enseñanza de las ciencias*. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia.
- Hessen, J. (2017). *Teoría del conocimiento*. Bogotá D.C. Panamericana Editorial Ltda.
- Hoyos, G. (agosto – diciembre de 2010). Educación en Bioética: Ciudadanía y mundo de la vida. *Anamnesis*(4), 6-16. Obtenido de https://www.javeriana.edu.co/documents/4578040/7069000/anamnesis_4.pdf/e45b68a6-d8c4-40cf-a8a9-34eab21c0d79
- Jacob, F. (2005). *El ratón, la mosca y el hombre*. México.D.F. : Universidad Autónoma Metropolitana.
- Jaramillo, A. (2006). *La universidad frente a los problemas nacionales*. Buenos Aires. Colección pensamiento nacional. Ediciones UNLa.

- Juarez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf>
- Junge, P. (2001) nuevos paradigmas en la antropología médica. Santiago de Chile. En: Actas IV Congreso Chileno de antropología. Colegio de antropólogos de Chile. Tomo I.
- Kant, I. (1798). Respuesta a la pregunta ¿Qué es Ilustración? Königsberg, Prusia. Tomado de: <https://geografiaunal.files.wordpress.com/2013/01/>
- Kant, E. (1981). ¿Qué es la ilustración? En: Filosofía de la historia. Tercera reimpresión. Fondo de Cultura Económica, México.
- Kant, E. (1928) *Critica de la razón pura*. Madrid. Librería General de Victoriano Suarez.
- Krmpotic, C. (2008). Reflexiones sobre el pluralismo medico. Cuidados, terapias y creencias en la atención en salud. Buenos Aires: Espacio.
- Lanchas, F. (2003). Ética, poder y conocimiento. Nota etimológica. Trans. Sede Bogotá. Universidad nacional de Colombia. Numero 3. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. (16 de febrero de 2015).
- Lukomski, A., Zapata, A., Cárdenas, J., Coronado, J., Neira, J. F., & Benavides, E. (2013). Ecodiversidad, bioética e investigación científica. En L. Pérez, *Pensar escuelas de pensamiento, una aproximación interdisciplinaria y transdisciplinaria* (págs. 359-397). Bogotá: Universidad de la Salle.
- Mardones, J. (1994). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica*. Barcelona: Anthropos.
- Marco, M. A. D., Degiovani, M. V., Torossian, M. S., Wechsler, R., Joppert, S. M. H., & Lucchese, A. C. (2013). Comunicação, humanidades e humanização: A educação técnica, ética, estética e emocional do estudante e do profissional de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(46), 683-693. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000017>

- Martínez, R. (2019). Gestión del servicio humanizado en salud. Con visión multivariable y gais de mejoramiento. Bogotá: Ediciones de la U.
- Martínez, A. y Castillo, J. (2002). De cómo se construye o destruye el cerebro humano. Universidad Pedagógica y tecnológica de Colombia. Tunja. Boyacá. Escuela de Medicina. Centro de investigación y extensión facultad de ciencias de la salud, CIES. Dirección de investigaciones.
- Martino, O. (2008). Atención primaria en patológicas regionales emergentes. En: Patologías regionales y enfermedades emergentes. Corpus Editorial. Rosario Argentina.
- Maturana, H. (2000). Apuntes para una Biología del Amor. En Bioética. La calidad de vida en el siglo XXI. Bogotá Ediciones El Bosque. Colección Bios y ethos. Volumen I.
- Max-Neef, M. (1998)). Desarrollo a Escala Humana. Montevideo, Uruguay.: Nordan-Comunidad. Obtenido de https://www.max-neef.cl/descargas/Max_Neef-Desarrollo_a_escal_humana.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan decenal de Salud Publica 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Minsalud. (s.f.). Propuesta de política nacional de humanización en salud “entretejemos esfuerzos en la construcción de la cultura de humanización para el goce efectivo del derecho a la salud y la dignidad humana”. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015) Ley Estatutaria en salud 1751. Bogotá. Congreso de Colombia.
- Montesinos, D. (s.f.). La parábola del colibrí. Obtenido de <https://www.levante-emv.com/lectores/2018/08/09/para-bola-colibri-11862530.html>

- Mendialdua, J. (2010). Universidad deber ser y democracia: Pensando en la universidad. Mérida. Venezuela. Centro de Investigaciones en Sistemología Interpretativa. Universidad de los Andes. Editorial Panapo.
- Mosonyi, E. & Bracho, F. (2008). El rescate de la sabiduría indígena ancestral. Caracas. Editorial el Perro y la Rana.
- Moreto, G., González-Blasco, P., & Benedetto, M. A. C. (2014). Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. *Atención Familiar*, 21(3), 94-97. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30026-8](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30026-8)
- Morín, E. & Kern, A. B. (1993). *Tierra patria*. Barcelona. Editorial Kairos.
- Morín, E., & Kern, A. (2004). *La Agonía Planetaria*. Foro de Economía Política- Tendencias. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/227385652_La_agonia_planetaria
- Moya, E. (1998). *Critica de la razón tecno-científica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Micklem, N. (2011). La autoridad de la enfermedad. En: *Revista venezolana de psicología de los arquetipos y estudios junguianos*. Número 4. Editor Axel Capriles M. Caracas.
- Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Obtenido de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Noël, M. (2012). Polifacético, flexible e ingenioso. *Investigación y Ciencia*(425).
- Orozco, L. (1993). Proyecto Historia Social de la Ciencia: Visión de conjunto. En E. Quevedo, G. Restrepo, E. Aldana, C. Vasco, D. Obregón, J. Hodara, . . . L. Orozco, *Historia Social de la Ciencia en Colombia. Fundamentos teorico-metodologicos* (Vol. I, págs. 263-293). Bogotá: Colciencias. Obtenido de <file:///C:/Users/ufps/Downloads/48.%20historia%20social%20de%20la%20ciencia%20%20fundamentos%20teorico-metodologicos.pdf>
- Orozco, L. (1999). *La formación integral. Mito y Realidad*. Universidad de los Andes Centro de investigación en Educación Superior. Bogotá, Colombia: UNIANDES.

- Ortega, J. (1914). *Meditaciones del Quijote*. Madrid. Imprenta clasica española. s.l.: Clásica Española.
- Oses, A. (mayo-agosto de 2010). El lenguaje de la etnobotánica. *Boletín Antropológico*, 28(79), 159-175. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/712/71224325004.pdf>
- Pacheco, C. (2009). Guerra y derecho a la salud en Colombia. El caso del Departamento de Nariño. *Medicina Social ALAMES*, 4(3).
- Pentecost, M., Gerber, B., Wainwright, M., & Cousins, T. (2018). Critical orientations for humanising health sciences education in South Africa. *Medical Humanities*, 44(4), 221-229. <https://doi.org/10.1136/medhum-2018-011472>
- Popper, K. (1992). Ética y epistemología en la investigación científica. En *Ciencia Política*. Bogotá: Tierra Firme editores.
- Quadrelli, A. (2013). La enseñanza de humanidades en medicina: Reflexiones a partir de una mirada antropológica. *Páginas de Educación*, 6(1), 127-137.
- Quevedo, E. (julio - septiembre de 1983). Relaciones entre la Historia de las Ciencias y de las técnicas en la medicina. *Cien . Tec. Des.*, 7(3), 291 -444. Obtenido de <http://repositorio.minciencias.gov.co/bitstream/handle/11146/1197/1983-V7-N3-Articulos-Art%203.11.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Quevedo, E. (1990). El proceso salud-enfermedad. Hacia una clinica y una epidemiologia no positivistas. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Rodríguez, J. (1994). *Introducción a la antropología forense. Análisis e identificación de restos óseos humanos*. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de https://www.foroporlamemoria.info/excavaciones/intro_antropologia_forense/www.colciencias.gov.co/seiaal/documentos/jvrc03c1a.htm
- Rodríguez González, D.M. (2016). *Bioética. Ecología de saberes. ¿La vida debe tener prioridad sobre los valores de la ciencia?* Bogotá. Universidad Libre.
- Rodríguez M. A. (1991). *Formación integral, lenguaje y globalización* Barranquilla Uninorte. En: *Revista Huellas* No 47-48.

- Romero Leguizamón, C. R. (2018). ¿Medicina: ¿Arte o ciencia? Una reflexión sobre las artes en la educación médica. *Educación Médica*, 19(6), 359-368. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.04.005>
- Róvere, M. (1999). La visión curricular, los propósitos de formación, la propuesta pedagógica. Aspectos conceptuales. Medellín: Universidad de Antioquia. Obtenido de <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/27f2f148-5161-4c65-bcbd-655394a7aab7/cartillas+curriculo+3.pdf?mod=ajperes>
- Sánchez González, M. Á. (2017). El humanismo y la enseñanza de las humanidades médicas. *Educación Médica*, 18(3), 212-218. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.001>
- Savater, F. (2008). *Ética para Amador*. Barcelona: Ariel.
- Savater, F. (2009). *El valor de educar*. Bogotá: Planeta colombiana.
- Serpa, R. (1983). La Enseñanza de la Historia de la Medicina en la Formación del Médico. *Educ. Méd Salud*, 17(4), 423-432.
- Servicios de Capacitación y Acompañamiento a Asesores de Juventud [Seraj]. (1990). *La formación integral de los grupos. Contenidos*. México: Biblioteca CELAM Cardenal Josef Höffner.
- Sigerist, H. (1946). *Civilización y enfermedad*. México: Fondo de cultura económico.
- Sigerist, H. (1974). *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá. Editora Guadalupe Ltada.
- Tünnermann, C. (1996). *La Educación Superior en el Umbral del Siglo XXI*. Caracas: CRESALC/UNESCO.
- Universidad de Antioquia, (2000). *El proceso salud-enfermedad y la educación médica. Referentes contextuales*. Medellín. Universidad de Antioquia. Facultad de medicina. Comité de currículo. Documento No 2. Universidad y construcción social. (s.f.). Universidad y construcción social. Obtenido de <https://www.frbb.utn.edu.ar/utec/3/n02.html>
- Varsavsky, O. (2007). *Ciencia, Política y cientificismo*. Caracas: Monte Avila Editores Latinoamericana C.A.

- Vega, G. (2002). Obtenga las claves de una optima comunicaci3n inter-relacional. Brilla con tu presencia. . Bucaramanga: Lito-
grafia Andres Bello.
- V3lez, L. (1996). 3tica Medica. Interrogantes acerca de la medicina,
la vida y la muerte. Medell3n: Corporaci3n para Investigacio-
nes Biol3gicas.
- Zapata, V. (1993). Educaci3n y desarrollo moraln Regi3n. En C. Cal-
der3n, 3tica para tiempos mejores (p3gs. 45-57). Bogota:
Ediciones Corporaci3n.
- Zuleta, E. (1990). Educaci3n y Democracia. Bogot3: Corporaci3n
Tercer Milenio.

CULTURA DE SALUD HUMANIZADA

Alejandro Oses Gil | Yamal Elías Leal Esper

