



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SANTIAGO DE CUBA
CENTRO DE ESTUDIO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR
“MANUEL F. GRAN”**

LA FORMACIÓN SOCIO-HUMANISTA-ASISTENCIAL EN SALUD

**TESIS PRESENTADA EN OPCIÓN AL TÍTULO DE DOCTOR EN CIENCIAS
PEDAGOGICAS**

Autor: Dr. Renán García Tamayo

Santiago de Cuba

2013



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SANTIAGO DE CUBA
CENTRO DE ESTUDIO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR
“MANUEL F. GRAN”**

LA FORMACIÓN SOCIO-HUMANISTA-ASISTENCIAL EN SALUD

**TESIS PRESENTADA EN OPCIÓN AL TÍTULO DE DOCTOR EN CIENCIAS
PEDAGOGICAS**

Autor: Dr. Renán García Tamayo

**Tutores: Dr. Cs. Homero Calixto Fuentes González
Dra. Miriam Estela Milán Martín**

**Santiago de Cuba
2013**

PENSAMIENTO:

“...donde yo encuentro poesía mayor es en los libros de ciencias, en la vida del mundo, en el orden del mundo, en el fondo del mar, en la verdad y música del árbol, en lo alto del cielo con sus familias de estrellas y en la unidad del universo, que encierra tantas cosas diferentes, y es todo uno, y reposa en la luz de la noche del trabajo productivo del día...”

**José Martí:
Carta a María Mantilla
Cabo Haitiano-9 de Abril, 1895**

DEDICATORIA:

A los quijotes de siglo XXI

AGRADECIMIENTOS:

A quienes me brindaron o no, su comprensión, paciencia, dedicación y apoyo incondicional.

A los que propiciaron las críticas, sugerencias, acuerdos y desacuerdos que han permitido
el desarrollo de esta investigación.

En fin a muchos y a todos, desde lo sensible y espiritual de cada uno.

SINTESIS:

La formación socio-asistencial en comunidad de profesionales salubristas, ha de estar atemperada a los requerimientos que condicionan la esencia y existencia humana, que va por un camino inevitable a un mayor envejecimiento poblacional, demandante de una atención humanista. Su estudio permitió compilar un conjunto de datos que justifican y fundamentan la investigación, al sustentar las **Insuficiencias en la atención comunitaria en los procesos socio-asistenciales de salud por los profesionales del sector, lo que limita la satisfacción espiritual.**

Se precisa entonces como objeto al **proceso de formación socio-asistencial en comunidad de los profesionales salubrista** y como campo **su gestión**. El objetivo: la elaboración de una **estrategia para la formación socio-asistencial** que deviene aporte práctico, sustentada en un **modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario** como aporte teórico.

La novedad muestra que: la formación socio-humanista-asistencial de estos profesionales, se gesta en el trabajo comunitario y la práctica asistencial formativa en la comunidad, desde la profundización de la cultura socio-humanista y la apropiación de la cultura socio-asistencial en salud, mediado por la sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la propia labor comunitaria de ese profesional. Esto trasciende a todo tipo de gestión formativa en salud en la que se signa la gerontogerítrica.

ÍNDICE

TEMARIO	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO-1: CARACTERIZACIÓN EPISTEMOLÓGICA Y PRAXIOLÓGICA DEL PROCESO DE FORMACIÓN SOCIO-ASISTENCIAL EN COMUNIDAD DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y SU GESTIÓN EN RELACION A LA GERONTOGERIATRÍA	11
1.1- Antecedentes históricos de la gerontogeriatría en su carácter socio-asistencial en la formación del profesional de la salud	12
1.2- Caracterización epistemológica y praxiológica del proceso de formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud y su gestión, relacionado con a la atención gerontogerítrica	20
• La formación destinada al desarrollo cultural socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud como un proceso social, en relación a la gerontogeriatría	20
• Consideraciones sobre el desarrollo en la formación socio-asistencial en comunidad de la cultura en salud por el profesional salubrista	23
• Intervenciones asistenciales para la salud, como sustento teórico y praxiológico para la caracterización epistémica del objeto y el campo	27
• Gestión para la formación destinada al desarrollo cultural socio-asistencial del	

profesional de la salud en la comunidad	30
1.3- Caracterización de la situación actual en la formación socio-asistencial en la comunidad del profesional de la salud, mediante la valoración crítica en la atención gerontogeriatrica	34
Conclusiones del capítulo-1.	42
CAPITULO-2: LA GESTIÓN PARA LA FORMACIÓN SOCIO-ASISTENCIAL EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO COMUNITARIO, CON CARÁCTER HUMANISTA	45
2.1- Modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en salud en el ámbito comunitario	46
2.2 Estrategia de gestión para la formación socio-humanística-asistencial en salud	67
Conclusiones del capítulo 2	93
CAPÍTULO-3: VALORACIÓN CIENTÍFICA DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.	95
3.1. Estrategia de gestión para la formación socio-humanista-asistencial en comunidad para profesionales de la salud aplicada a la gerontogeriatrica	96
3.2: Valoración de la factibilidad de los aportes fundamentales de la investigación a partir de la realización de Talleres de Socialización con especialistas y otras técnicas de valoración	105
Conclusiones del capítulo-3	111
CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES:	113
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La comprensión del desarrollo de una cultura en salud en la práctica socio-asistencial en pleno ejercicio de la profesión en comunidad y con ella la gerontogeriatría en y por los profesionales de la salud, para contribuir a una longevidad satisfactoria y a un envejecimiento saludable, es una tarea compleja y necesaria que cualquier sociedad, estado o país debe asumir, producto del inevitable envejecimiento poblacional al que se asocian múltiples problemas de salud, junto a la creciente incertidumbre planetaria (Morín:1999) en relación con la esencia y la condición humanas (Fuentes: 2009), en este mundo por demás globalizado. Procesos que demandan de una atención espiritual, donde la sensibilidad, el amor, el respeto, la resiliencia, la ideología, las creencias, la flexibilidad, el compromiso, la asertividad, el decoro y la dignidad, entre otros aspectos, adquieran gran significación.

Se requieren entonces transformaciones en los procesos formativos en relación con la esencia y la existencia del humano, donde adquieran protagonismo todos los implicados (Fuentes: 2012) y se tengan en cuenta las necesidades y potencialidades culturales, materiales y espirituales del contexto.

Para enfrentar lo anterior, en las más variadas literaturas y fórums políticos, económicos, sociales y científicos se trata amplia y frecuentemente el lugar que ocupa el logro de competencias **profesionales** y **humanas** con el desarrollo de una cultura en salud, incluyendo la gerontogeriatría para el buen progreso (envejecer saludablemente) y bienestar social (longevidad satisfactoria).

Pero aún en todos los contextos: internacional (Gil Gálvez Carlos:2011) regional, nacional (Clemente: 2010, Verdecia: 2011) y local (García Tamayo: 2012) existen inconformidades con la eficiencia, eficacia, efectividad y expectativa con el logro de una formación de los profesionales de la salud, para el cumplimiento de los objetivos que las diferentes sociedades se han trazado (**carta de Ottawa e informe Lalonde**), incluyendo el alcance de un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria, siendo un cuestionamiento frecuente la calidad, desde la formación y su extensión asistencial a la comunidad, lo que demanda que dichos aspectos se aborden desde las ciencias.

Es por lo anterior que en casi todos los países entre los que Cuba se incluye, se producen procesos de ajustes, modificaciones o intentos de transformaciones de los sistemas formativos para profesionales de la salud y para la sociedad en sentido general, bajo las más diversas denominaciones, como son: modernización formativa, formación continuada, gestión de la cultura, revolución educacional, universalización, perfeccionamiento continuo del Sistema Nacional de Educación y de Salud, remodelación, reactualización educacional, entre otras.

Sin embargo, siguen siendo las instituciones formadoras de profesionales del nivel superior -entre ellas las universidades médicas- las responsables de la preservación, desarrollo, difusión, creación (Fuentes. H: 2009), transformación y revolución de la cultura, dentro de las que se incluye la cultura en salud y con ella la gerontogeriatría, en lo que median diferentes procesos, entre los que adquieren significación la **gestión**, la cual puede desarrollarse durante la formación postgraduada, continua y permanente de los profesionales en ejercicio en la comunidad donde laboran.

Siendo así, para su desarrollo se demanda asumir un pensamiento donde se tenga en cuenta la ontología, la epistemología, la lógica, la praxiología y la axiología de la esencia y la condición humanas desde un Enfoque Holístico Configuracional y Dialéctico (Homero Fuentes: 2009-2011) enfatizando en los aspectos espirituales, el decoro, la dignidad y en el amor.

Por otro lado, asumiendo al citado autor y sus aportes para una universidad humano cultural (2009) en los países latinoamericanos y sus regiones, si queremos sobrevivir en este mundo, debemos partir de nuestra propia cultura, insertándola a la cultura universal. Esto hace necesario sustentar los contenidos de las ciencias de la salud, como los de la gerontogeriatría que se desarrollan en y desde las universidades médicas, en una posición humano cultural. Se tenga en cuenta por tanto, la **esencia y la existencia** humanas en su vínculo con las necesidades y potencialidades espirituales del contexto, para que la formación adquiriera un carácter socio-cultural, pero esencialmente humano.

En ese sentido, el sistema de salud, desde los inicios de la década del ochenta del pasado siglo ha intentado desarrollar la atención integral al adulto mayor, en varios subprogramas, cuyo desarrollo tiene expresión en: la **formación postgraduada**, la creación de los círculos de abuelos, la creación de la universidad del adulto mayor, las casas de abuelos y los hogares de ancianos. Sin embargo esto aún es insuficiente para satisfacer las demandas de la población que envejece aceleradamente con sus patologías asociadas en relación con la sensibilidad humana y la espiritualidad.

Se ofrecen además: la especialidad en Geriatría y Gerontología y la Maestría en Longevidad Satisfactoria entre otras, a las que tienen acceso todos los profesionales de la salud graduados. A pesar de dichas oportunidades, esta formación es insuficiente en el propio ámbito comunitario de actuación; por tanto en la totalidad del proceso formativo también se hace necesario el desarrollo de la cultura gerontogeriátrica con sustento humano-espiritual, unida a los procesos de investigación científica y extensionista de la misma, que en su totalidad, son perfectibles.

Ese proceso de desarrollo cultural debe estar encaminado a fomentar estrategias de gestión más totalizadoras donde se ofrezcan criterios de medidas y acciones que permitan desencadenar procedimientos desde una posición humano-cultural y espiritual para ese fin y relacionada con la cultura específica en salud, desde la formación del profesional de la salud en pleno ejercicio comunitario, para que trascienda a las intervenciones asistenciales al individuo, la familia y la comunidad.

Por otro lado, asumiendo los estudios realizados por los investigadores referidos, desde la concepción Holística Configuracional y Dialéctica que asumen desde el 2000, se relacionan también aquí la formación del profesional de la salud con las categorías de configuraciones, dimensiones, eslabones y estructuras de relaciones y en consecuencia de lo anterior, se asumen para esta investigación los eslabones didácticos de diseño, dinámica, resultado y evaluación, vinculados a la didáctica de salud, concretados en **la promoción, prevención, curación y rehabilitación**, en relación con las labores socio-comunitarias del profesional de la salud, identificadas con: **la asistencial, la docente, la científico-investigativa y la gerencial**. A través de estas, este profesional ha de tipificar sus intervenciones en el seno de la comunidad.

En paralelo con todo lo anterior es prudente señalar que casi la totalidad del país está inmersa en la III Revolución Educacional en el contexto de la Universalización (globalización) y Municipalización (contextualización) de la Educación Superior, donde se forman profesionales de todas las carreras de la salud (Medicina, Estomatología, Psicología, Enfermería y Tecnología).

Estos profesionales, desde el propio proceso formativo, han de influir en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, incluyendo la gerontogerítrica, mediante las intervenciones asistenciales y han de tener en cuenta los aspectos socio-espirituales. Dichos procedimientos además de ser competencias técnicas profesionales son considerados conocimientos, habilidades, valores y valoraciones que como contenido de su proceso formativo, son categorías pedagógicas en la didáctica específica de salud, trascendente a todo tipo de formación del profesional de la salud.

Partiendo de lo anterior, en las investigaciones realizadas mediadas por la observación a los procesos asistenciales de salud en comunidad en relación con la gerontogeriatría, entrevistas a profesionales en ejercicio con experiencia docente e investigativa, encuestas a la población en el seno comunitario y la sistematización de experiencias, se muestra que a pesar del perfeccionamiento constante de planes y currículos, existen insuficiencias en el desempeño del profesional de la salud para el logro de la excelencia en tales resultados, por lo que se hace necesario influir en los procesos formativos de postgrado para el

desarrollo de la cultura salubrista por todos y para todos, desde una posición humano-cultural que caracterice lo espiritual.

Las insuficiencias se evidencian a partir del análisis realizado fundamentalmente por los procedimientos mencionados (ver anexos) para la recolección de los datos en el contexto en que se desarrolla el investigador, desde donde se han detectado entre otras, las siguientes manifestaciones externas como diagnóstico fáctico:

- Insuficiente tratamiento espiritual gerontogeriátrico por los profesionales de la salud.
- Escasa comunicación y relación entre el paciente y el profesional en el tratamiento de los problemas de salud en relación con la gerontogeriatría.
- Limitada solución de los problemas que se presentan en relación con el envejecimiento y la longevidad en las intervenciones comunitarias del profesional de la salud.
- Limitada presencia de profesionales de la salud adiestrados o especializados en el servicio de la atención gerontogeriátrica.

Esto se concreta en que el nivel de vida, la calidad de vida, el bienestar social relacionados con un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria no sean aun los adecuados y resume en sentido general que existen **Insuficiencias en la atención social gerontogeriátrica en los procesos socio-asistenciales de salud en comunidad por los profesionales de la salud, lo que limita la satisfacción espiritual trascendente a los diversos problemas de salud en la atención comunitaria**, que constituye el problema de investigación (ver anexos: encuestas).

Profundizando en el estudio y buscando las causas que pudieran explicar las manifestaciones anteriores en la revisión de documentos (**ver anexos, análisis de documentos**), entre los que se encuentran los planes y programas de estudio - con un enfoque hermenéutico- emerge al siguiente diagnóstico causal:

- Limitaciones teóricas que vinculen los contenidos de la cultura salubrista y la espiritualidad con la pedagogía de la educación superior, en relación a las intervenciones asistenciales en la comunidad.

- Limitado enfoque didáctico integrador de problemáticas de salud con el desarrollo de esa cultura en la comunidad por el profesional de la salud.
- Insuficiente concepción de la naturaleza y esencia humanas en las gestiones para el desarrollo de la cultura salubrista por el profesional de la salud en comunidad.

Todo lo anterior permitió develar un deficiente desarrollo de una cultura socio-asistencial manifestada en la labor comunitaria de los profesionales de la salud en relación con los aspectos espirituales, que limita su desempeño; lo que es expresión científica de la contradicción epistémica inicial entre el desarrollo de la cultura socio-asistencial en los procesos formativos del profesional de la salud y la gestión formativa en el contexto de intervención socio-comunitaria en salud.

Es así que esta realidad sentida y justificada, reflejada en los problemas de salud que ocurren en los individuos que envejecen o sobrepasan los sesenta años de edad y que puede depender de las profesiones de la salud, permitió penetrar y cuestionar la gestión de salud, develándose algunas insuficiencias en lo formativo en su vínculo con la comunidad y la cultura específica, donde se muestra que para contribuir a solucionar los problemas de salud y sus demandas no quedan solo en el campo de la salud, lo que justifica entonces esta investigación, que implica no solo tener en cuenta una didáctica propia, sino también la pedagogía, lo que permitió enrumbar la indagación, la innovación y la argumentación de ésta, hacia el campo pedagógico.

Como el desarrollo cultural socio-asistencial de salud en la labor comunitaria desde la esencia y existencia humanas solo se puede llevar a cabo en un espacio de construcción de significado y sentido que deviene proceso social de desarrollo cultural mediante la formación, es entonces que del problema develado emerge un objeto de investigación, identificado con:

El proceso de formación socio-asistencial en comunidad de los profesionales de la salud, lo que puede desarrollarse en diferentes niveles formativos que van desde la formación inicial hasta la formación continua y permanente que se desarrolla en el postgrado, donde una es en el trabajo comunitario.

El análisis de este objeto ha permitido revelar, como inconsistencia epistémica, los insuficientes referentes teóricos y metodológicos para relacionar un enfoque didáctico integrador entre la **cultura en salud** y su desarrollo, a través de una **gestión** desde la **condición humana**, en su esencia y existencia, que desarrolle en el profesional de la salud, en el pleno ejercicio de la profesión, competencias también humanas, encaminadas a una correcta intervención socio profesional y espiritual.

Teniendo en cuenta entonces, que el objeto develado necesita una transformación que condicione el desarrollo de una cultura socio-asistencia en salud, incluyendo la gerontogerítrica, se trazó el siguiente objetivo:

Elaboración de una estrategia de gestión formativa socio-asistencial en comunidad para los profesionales de la salud, sustentada en un modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario.

Siendo así y con el sustento de que todos los procesos formativos son gestionables se decide delimitar como campo: **La gestión formativa socio-asistencial en comunidad de los profesionales de la salud.**

Es entonces que desde la fundamentación epistemológica y metodológica del objeto y el campo, emana la **necesidad** de mostrar la especificidad de gestión para el desarrollo de la cultura en salud en general y la gerontogerítrica en lo particular para la formación postgraduada, pero en pleno ejercicio del profesional en la comunidad donde labore, desde una posición humano-cultural en el proceso de formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud, a partir de considerar la pedagogía de la educación superior que junto a la pedagogía social desarrolle la prevención, la promoción, la curación y la rehabilitación en una dinámica que se desarrolla entre todos los implicados en el proceso.

Lo anterior implica una reconsideración teórica del mismo para configurar el sustento epistémico de un **modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en salud en el ámbito comunitario**, que trascienda de los procesos de pertinencia, optimización e impacto en: lo docente, lo asistencial, lo científico

investigativo y lo administrativo y se desarrollen competencias profesionales, pero también humanas, que se manifiesten en las funciones de dichos profesionales y contribuir a solucionar el problema develado.

Así la **hipótesis** muestra que **si se aplica una estrategia de gestión formativa socio-asistencial** en comunidad para los profesionales de la salud, sustentada en un **modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario**, que desarrolle la contradicción entre el **carácter asistencial y la necesaria impronta humanista** en la atención a los problemas de salud en la comunidad, se podrá contribuir a solucionar las insuficiencias en la atención social.

Las tareas científicas desarrolladas desde la posición holística, compleja, configuracional y dialéctica se precisan en correspondencia con los distintos eslabones de la investigación (H. Fuentes: 2009):

1. Caracterizar la tendencia histórica en la atención de los problemas de salud en relación a la gerontogeriatría en comunidades.
2. Fundamentar epistemológicamente el proceso de formación socio-asistencial en comunidad de los profesionales de la salud.
3. Caracterizar la situación actual en la atención asistencial en las comunidades.
4. Elaborar un modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en salud en el ámbito comunitario.
5. Elaborar una estrategia de gestión formativa socio-asistencial en comunidad para los profesionales de la salud.
6. Valorar la factibilidad de los aportes fundamentales de la investigación a partir de la realización de talleres de socialización con especialistas y otros procedimientos.
7. Aplicar la estrategia de gestión formativa socio-asistencial en el área América-I del municipio de Contramaestre.

- **Metodología empleada en la investigación.**

En consecuencia con los paradigmas investigativos de la contemporaneidad, desde el materialismo dialéctico, se tiene en cuenta la hermenéutica, la teoría general de sistema, lo humanístico cultural en lo ontológico, epistemológico y lógico de la concepción Holística Configuracional, Compleja y Dialéctica de Homero Fuentes- (2000-2010). Desarrollándose desde tales presupuestos procedimientos como: el **histórico-lógico** en el abordaje histórico tendencial del objeto y el campo, **análisis-síntesis** que transita por todo el proceso, **holístico-dialéctico** para la modelación teórica, **sistémico-estructural-funcional** para la estrategia, y **la deducción genética** para la integración epistémica.

Métodos científicos para la construcción del saber empírico como son: **observación, descripción, medición, entrevista, encuestas, método hipotético-deductivo, método de la ascensión de lo abstracto a lo concreto, la sistematización de experiencias, talleres de socialización, encuentros de valoración y criterios de expertos.** A lo largo de toda la investigación está presente el enfoque **hermenéutico-dialéctico.**

La significación y aporte teórico está en la abstracción de un nuevo sistema de relaciones para gestionar el desarrollo del proceso de formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud, desde lo humano cultural, que deviene **modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en salud en el ámbito comunitario,** aplicable a la cultura gerontogeriatrica, como a cualquier otra formación cultural.

La significación y aporte práctico está en la propuesta y aplicación parcial de una estrategia de gestión sustentada en el modelo y aplicada la gerontogeriatrica desde la formación en el ejercicio comunitario, que deviene **estrategia de gestión formativa socio-asistencial en comunidad para los profesionales de la salud.**

La novedad científica, se muestra en la connotación de la gestión para la formación socio-asistencial en la comunidad, desde lo humano-cultural, encaminado al desarrollo de competencias profesionales y **humanas,** para que se influya positivamente en un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria, que le confiere el carácter socio-cultural-formativo a la formación del profesional de la salud y

a su gestión en pleno ejercicio profesional en la comunidad, como a cualquier otra cultura relacionada con la salud.

En ese sentido la novedad radica en que **la formación socio-humanista-asistencial de los profesionales de la salud, se gesta en el trabajo comunitario a través de la práctica asistencial formativa en la comunidad, desde la profundización de la cultura socio-humanista y la apropiación de la cultura socio-asistencia en salud, mediado por la sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la propia labor comunitaria de ese profesional.**

La estructura del informe se organiza en: introducción, tres capítulos, conclusiones y recomendaciones, los que se corresponde con los eslabones y las tareas del proceso investigativo desarrollado. Se añaden algunos anexos en correspondencia y con lo que se sustenta dicho proceso.

CAPITULO-1: CARACTERIZACIÓN EPISTEMOLÓGICA Y PRAXIOLÓGICA DEL PROCESO DE FORMACIÓN SOCIO-ASISTENCIAL EN COMUNIDAD DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y SU GESTIÓN EN RELACION A LA GERONTOGERIATRÍA.

Introducción

Se aborda la necesidad de una cultura socio-asistencial en salud, que desarrolle además de competencias profesionales, competencias humanas, mediadas por las intervenciones en la comunidad donde laboren los salubristas, para un mejor desempeño y contribuir al envejecimiento saludable y la longevidad satisfactoria. Por estar esto relacionado al desarrollo social, se parte del estudio histórico para comprender su esencia y proyección, así como un mejor desarrollo cultural socio-asistencial del profesional de la salud.

Se trata el objeto y el campo en relación a la gerontogeriatría en el ejercicio del profesional de la salud en comunidad, desde presupuestos teóricos como los de González R. (2006), Otero Haydee (2008), Hourrúitiner P. (2004), Alvares C. (1998), Fuentes H. (2009) y Estrabao A. (2006), entre otros, con un enfoque hermenéutico (Homero: 2009-2011).

Los sustentos también están en considerar y asumir las competencias más generales del profesional de la salud (la prevención, la promoción, la curación y la rehabilitación de la salud), que como contenidos del proceso formativo devienen categorías de la didáctica de la salud, las que se desarrollan en lo **asistencial**,

lo docente, lo científico investigativo y lo administrativo como componente (Fuentes: 2008) inherente a ese proceso formativo para que sea pertinente, óptimo, impactante y de existencia (Estrabao: 2006), por ello constituyen referentes obligados.

1.1- Antecedentes históricos de la gerontogeriatría en su carácter socio-asistencial en la formación del profesional de la salud

Es prudente significar que el investigador para la caracterización epistémica del objeto y el campo parte de la cultura gerontogeriatría desarrollada por la humanidad, que le permite introducirse en aspectos más generales y esenciales relacionados con la salud, ya que al que envejece (cualquiera sea su edad) y al que sobrepasa los sesenta años de edad le es inherente cualquier problema de salud.

Es por ello que los presupuestos teóricos actuales permiten la fundamentación del proceso de formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud y su gestión, para mostrar las insuficiencias en lo asistencial respecto a la atención gerontogeriatría relacionada con los aspectos espirituales. Lo que trasciende a cualquier problema de salud, pues se reitera que a los individuos que pasan de los 60 años le es inherente además cualquier problemática de este orden.

Es entonces que para adentrarse en el campo específico, mediante un estudio histórico lógico se tuvo en cuenta un conjunto de criterios a partir de los referentes teóricos y praxiológicos de salud y otros que se asumen desde el Centro de Estudio de la Educación Superior (CeeS) de la Universidad de Oriente en Santiago de Cuba (UO-SC) por autores como Homero F. (2002-2011), Clemente: (2010), Verdecia: (2010) y Pacheco C. (2011) entre otros, quienes han contribuido a desarrollar una pedagogía de la educación superior, aspectos que constituyen puntos de partida para mostrar indicadores, entre los que se encuentran:

- **Apropiación de la cultura gerontogeriatría en relación con los problemas de salud en comunidad.**
- **Intervenciones asistenciales comunitarias de salud.**

- **Trabajo comunitario del profesional de la salud.**

La historiografía revisada (Ver Anexo-I) permitió periodizar el estudio y develar antecedentes históricos en el desarrollo socio-asistencial de una cultura en salud que se relaciona con la gerontogeriatría. Es así que se determinan períodos para develar una tendencia, relacionada con la Revolución Cubana de 1959 sin despreciar los antecedes, siendo consecuente con el proceso revolucionario desde la última mitad del siglo XX y los inicios del XXI. Estos períodos son:

- I. **De 1959-1981:** no consideración de los aspectos espirituales en las problemáticas de salud en la atención gerontogeriátrica en la comunidad.
- II. **De 1982-1999:** reconocimiento de la atención socio-comunitaria de salud, pero aun insuficiente en los aspectos espirituales.
- III. **Del 2000 hasta la actualidad:** desarrollo cultural relacionado a la atención social, aún insuficiente en los aspectos espirituales.

Los indicadores asumidos y develados tienen alguna forma de manifestación en dichos períodos, permitiendo el análisis histórico-lógico para ir valorando el desarrollo socio-asistencial formativo en la labor comunitaria del profesional de la salud, aspectos que permitieron fundamentar el objeto y el campo, a la vez que constituyen premisas que condicionaron precisar epistemológicamente a los mismos.

- I. **De 1959-1981: (no consideración de los aspectos espirituales en las problemáticas de salud en la atención gerontogeriátrica en la comunidad)**

En enero de 1959 Cuba estaba constituida por una población de aproximadamente cinco millones de habitantes, con una esperanza de vida al nacer entre los 45-50 años de edad, además ocurrió un éxodo de profesionales que provocó que el Estado tomara un conjunto de medidas en todos los órdenes, especialmente en el sector educacional, entre ellas las reformas universitarias, donde una fue la formación masiva y abreviada de médicos para enfrentar mediante diferentes formas interventoras los males legados

de épocas anteriores, que casi no se relacionaban con el envejecimiento poblacional, pues a pesar de existir personas de más de 60 años esto no se percibía como un problema social y mucho menos de salud. Eso explica el no reconocimiento para desarrollar una apropiación plena de una cultura gerontogeriátrica, que condicionara la atención espiritual, a pesar de que en el mundo se viene desarrollando y **gestando** en otros contextos.

La referida formación abreviada condicionó que profesionales de la salud en formación participaran masivamente junto a otros sectores de la sociedad en campañas salubristas de **prevención y promoción**, mediadas por **las intervenciones asistenciales**, pero no destinadas específicamente a los aspectos espirituales de salud y mucho menos relacionadas con la gerontogeriatría.

Se significa que la pertinencia para con una cultura gerontogeriátrica en el desarrollo socio-asistencial por el profesional de la salud en su labor comunitaria no era considerada, pues el envejecimiento poblacional no constituía un problema social y mucho menos de salud; su índice según estudios realizados no sobrepasaba el 4%, lo que conformaba una población joven con pirámides poblacionales estrechas en sus cúspides, pero en el mundo se venían dando pasos relacionados a otros contextos, lo que constituye premisas históricas para el posterior desarrollo en nuestro país.

Las ideas de la **prevención y la promoción** de la salud gerontogeriátrica en las intervenciones asistenciales en vínculo con lo educativo habían sido introducidas por Anderson y Cowan (Ver Anexos- I), pero no necesitaban una **generalización ni sistematización** porque el envejecimiento poblacional y sus demandas no se reconocían en Cuba como un problema de salud.

Estos referentes históricos condicionaron que en ese período prácticamente no se **gestionara** el desarrollo de la apropiación cultural para la atención gerontogeriátrica en la comunidad, pues al no existir **motivos** no era **necesario** que los procesos se destinaran en consecuencia, pues la prioridad y los **intereses** eran la solución de otros males, pero por su fundamental visión biologicista eran insuficientes en la atención a los aspectos espirituales.

II. De 1982-1999: (reconocimientos de la atención socio- comunitaria de salud sin énfasis en los aspectos espirituales)

En la década de los ochenta muchos países comenzaron a percibir que sus poblaciones estaban envejeciendo inevitable y aceleradamente, en especial los llamados del primer mundo, lo cual constituyó una preocupación de sus gobiernos. Cuba a pesar de no incluirse en este grupo, ha tenido múltiples logros sociales en la esfera de la salud que condicionaron que la expectativa de vida al nacer fuera elevándose, disminuyeran las enfermedades prevenibles e infectocontagiosas que cobraban numerosas vidas en edades tempranas y disminuyera el índice de natalidad entre otras, logros que aún sin hacer énfasis en los aspectos de la sensibilidad y la espiritualidad humanas, fueron condicionando que la población mayor de sesenta años aumentara y con esto el envejecimiento poblacional.

Por razones y motivos como los anteriores, muchos países en la asamblea especial sobre envejecimiento en las Naciones Unidas (celebrada en Viena: 1982) donde Cuba participó, proponen y aprueban un plan de acción, evaluado posteriormente y que rige “normas” para la atención a la población geriátrica (ver anexos), reconociéndose ya una necesaria atención gerontogeriátrica pero con enfoque fundamentalmente biologicista, donde la sensibilidad, la espiritualidad y el amor poco se tenían en cuenta.

Es así que el proceso para el desarrollo en la apropiación cultural de la gerontogeriatría y su **gestión formativa** en Cuba, inicia a partir de su participación en Viena. Entonces se comienzan a crear salas y servicios de geriatría en varios territorios y hospitales del país (ejemplo en el Hospital “Ambrosio Grillo” de Santiago de Cuba), previos cursos **gestionados** con estos fines en la ciudad de la Habana.

Alrededor del año 1987 se gradúan los primeros especialistas en la capital, trasladándose esta formación a otros territorios, entre ellos, Santiago de Cuba de forma institucionalizada a finales de la década de 1990. Se inicia además la introducción de temas de gerontogeriatría con la creación en Cuba del Médico de Familia en la década del ochenta, pero de forma muy aislada. Luego se incrementan en los programas de la especialización de Medicina General Integral (MGI) que también comienza en el mismo período.

Se inicia así el desarrollo de los conceptos de prevención, promoción, curación y rehabilitación como competencias a desarrollar en los profesionales de la salud durante sus procesos formativos. Para cumplir con éstas se comienzan a desarrollar intervenciones asistenciales en la comunidad en muchos aspectos de la salud, pero con escasa pertinencia con el envejecimiento poblacional y mucho menos en relación a sus cuestiones espirituales.

Como colofón, surge en el periodo, el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, así como la llamada Universidad del Adulto Mayor. (Clemente: 2007-2010, García Tamayo: 2007-2012) pero con algunas limitantes teóricas, praxiológicas, metodológicas, epistemológicas, lógicas y axiológicas que entorpecían la apropiación adecuada de la cultura en salud gerontogeriátrica en la labor socio-comunitaria en su conjunto. También a finales de la década del 90 se crean diferentes organizaciones y filiales en Geriatria y Gerontología, incluyendo el desarrollo de eventos científicos territoriales, nacionales e internacionales, pero con **poca generalización y sistematización**, además de una limitada proyección formativa **comunitaria**.

Una de las primeras medidas relevantes que se aplicó fue comenzar la formación de especialistas en Gerontología y Geriatria en 1985. Accionar que no fue suficiente para enfrentar la problemática, pero constituyó un privilegio cubano sobre todo para encaminar la formación socio-asistencial en la labor comunitaria en sus aspectos espirituales.

Una decisión sabia y necesaria para enfrentar ese reto fue la fundación de la Sociedad Cubana de Geriatria y Gerontología en 1987, que constituyó un punto de partida para gestionar el postgrado y la investigación en múltiples ámbitos relacionados con la gerontogeriatria y favorecer su visibilidad en varias regiones del mundo, especialmente en América. Su contribución en la creación y acreditación de la docencia en once servicios de geriatria en el país también merece destacarse, pero centrada en una formación que si bien contribuyó al desarrollo de esa cultura estaba algo distanciada de la atención formativa en la comunidad y de la esencia y la condición humanas como es asumida por este investigador, desde los presupuestos teóricos de Fuentes (2009).

Ese reconocimiento de la necesidad en la atención gerontogeriátrica y el desarrollo de la cultura pertinente a esa atención, es condicionado a nivel mundial, nacional y local por el inminente envejecimiento poblacional que comienza a demandar un proceso saludable y una longevidad satisfactoria. En Cuba además ocurren otros acontecimientos socio-salubristas relacionados, como la instauración de los círculos de abuelos, las casas de abuelos, la creación de los grupos municipales para la atención al individuo de la tercera edad, entre otros que fueron trazando pautas para la atención espiritual al gerónte en la comunidad. Esas instituciones eran atendidas por médicos generales, trabajadores sociales, psicólogos entre otros, que a pesar de estar **estimulados** en la atención al paciente geriátrico, el envejecimiento como proceso que comienza mucho antes de los 60 años de edad era poco atendido como un proceso que mientras más o menos saludable sea, así será más o menos satisfactoria la longevidad, como dijera Martí: ..."Cuando no se ha cuidado del corazón y la mente en los años jóvenes, bien se puede temer que la ancianidad sea desolada y triste"...

Por otro lado en el periodo, se comienza la formación del Médico General Básico (MGB), iniciándose **gestiones** formativas en relación con los contenidos de la cultura gerontogeriátrica, profundizándose en las competencias generales de todos los profesionales de la salud, identificadas con la **prevención, promoción, curación y rehabilitación** de salud en los componentes socio-laborales **docentes, asistenciales, científicos investigativos, gerenciales y extensionistas**, pero todavía la atención a lo espiritual, a la dignidad, a la bondad, a la honradez y al decoro era insuficiente.

Una cuestión importante a señalar es que en este periodo, la década del noventa constituyó una etapa de crisis en todas las esferas del país, cuyos avatares muchos han sufrido en todos los sentidos, por un lado se **desmotivó** la formación de profesionales en todos los niveles y esferas, incluyendo la formación gerontogeriátrica, se deterioran las intervenciones asistenciales de los profesionales de la salud para con la sociedad, la condición humana en su totalidad se ve afectada, se deterioran los valores, se desestimula en sentido general la apropiación de la cultura en la sociedad y aunque es la década en que la Universidad del

Adulto Mayor tiene un empuje (Clemente: 2007, 2010 y García Tamayo: 2012) y se crean algunas salas y servicios de gerontogeriatría como la del Hospital en Contramaestre, merma además la atención espiritual y la sensibilidad humana.

No se puede dejar de mencionar la II Revolución Educacional que en esa época fue sentando las bases estructurales para ocuparse en la actualidad de un mejor desarrollo cultural en salud gerontogeriatrica en la labor comunitaria que desarrollan estos profesionales en su práctica asistencial, como un medio de formación en ejercicio de la profesión.

Otra cuestión a la que no se le puede negar su influencia es la revolución científico-técnica en este periodo, que comienza a tener auge en nuestro país, fundamentalmente con la aparición y desarrollo de la época digital y los programas lógicos educativos, así como el desarrollo de las TICs (Tecnología de la Informática y de las Comunicaciones), lo que también se convierten en premisas indispensables para la posterior sistematización y generalización de la cultura en salud gerontogeriatrica con un carácter más totalizador en las intervenciones asistenciales, destinadas a la prevención, promoción, curación y rehabilitación de la salud. Estos avances tecnológicos condicionaron por otro lado una tendencia a la deshumanización en salud.

III. **Del 2000 hasta la actualidad: (desarrollo cultural en relación a la atención social, aún insuficiente en los aspectos espirituales)**

A partir del 2000 ocurre en Cuba la III Revolución Educacional, esta vez focalizada a la educación superior, materializada en salud pública primero con el programa Revolución en la APS destinado a una remodelación de los policlínicos comunitarios en policlínicas generales integrales con nuevas atenciones, incluyendo las urgencias médicas, los estudios endoscópicos, las salas de fisioterapias entre otros.

Se precisó gestionar entonces un conjunto de cursos y diplomados para enfrentar este proceso, lo que condicionó el diseño y la oferta de maestrías de amplio acceso para la Atención Primaria de Salud (APS), entre la que se encontraba la de **Longevidad Satisfactoria**, Urgencia Médicas, Atención Integral a la

Mujer y al Niño, Atención Estomatológica, entre otras; en las cuales este investigador se ve inmerso, constatando que le faltaban sustentos teóricos y praxiológicos que vincularan la formación al pleno ejercicio profesional en la asistencia comunitaria, así como su relación con los aspectos espirituales, el decoro, la dignidad y la sensibilidad humana.

Posteriormente se desarrolla la Universalización y Municipalización que se concreta en el contexto de la salud pública con las creaciones de las Sedes Universitarias Municipales (SUM) en el 2003, luego en el 2004 con la fundación del Proyecto Policlínico Universitario (PPU), en las cuales este investigador fue partícipe. Esto condicionó, la formación de profesionales de la salud de manera extensiva en contextos diferentes hasta los que en ese momento se venían efectuando y por tanto en condiciones históricas-sociales y culturales concretas y diferentes, lo que trajo consigo transformaciones profundas en los programas y los planes de estudios, con las creaciones de los llamados “nuevos modelos pedagógicos” que adolecen de una concreción didáctica propia que vincule la formación del profesional con las intervenciones asistenciales en la comunidad y la atención a la esencia y condición humanas.

El estudio histórico lógico devela a manera de resumen una tendencia que transcita **de una etapa de no consideración de los problemas humanistas y sociales en el estudio y la atención espiritual gerontogeriátrica, a una en la cual aunque se reconoce la necesidad aún es insuficiente y poco contextualizada a la formación en el propio ejercicio comunitario del profesional de la salud.** Esto permite transitar hacia nuevos estadios en la **gestión formativa** del profesional de la salud, sustentados en la esencia y la existencia del humano.

1.2- Caracterización epistemológica y praxiológica del proceso de formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud y su gestión, relacionado con a la atención gerontogeriátrica

Se tienen como sustentos epistemológicos, lógicos, praxiológicos y axiológicos a los resultados investigativos de maestrías y doctorados por más de 20 años de experiencia del CeeS-UO/SC, en relación con la pedagogía de la educación superior. Así se tienen como referentes fundamentales, investigaciones

de los doctores Homero Fuentes (2000-2009), Eneida Catalina Matos Hernández (2005-2008), Jorge Montoya (2006-2009), Silvia Cruz (2004-2007), Clara Suárez (2004-2007), Yarihtza Tardo (2008), Lorna Cruz (2008), A. Estrabao (2007), Clemente (2010), Verdecia (2011), entre otros.

Además, se apoya en la propia cultura en salud (gerontogerítrica), en la didáctica de salud y en teoría y praxis de la llamada intervención asistencial en salud, para la promoción y prevención de la misma en la comunidad.

Siendo así, se aborda un proceso formativo como totalidad y sus procesos como partes, desde el paradigma sistémico, con una mirada en ocasiones sistémico estructural funcional y en otra holístico-configuracional. Ambos acercamientos, como dos teorías de un mismo paradigma según plantean autores como Cruz, Fuentes y Montoya (2006), nos permitirán comprender con un enfoque hermenéutico (Fuentes: 2009-2011) el objeto, sin ser ecléctico. Estos presupuestos posibilitaron transitar por juicios, razonamientos y conceptos que permitieron la comprensión, la explicación, la interpretación y la generalización, para sistematizar experiencias.

- **La formación destinada al desarrollo cultural socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud como un proceso social, en relación a la gerontogeriatría**

Al considerar el desarrollo cultural formativo en comunidad por el profesional de la salud como un **proceso social** que ha de desarrollarse desde las instituciones formadoras del nivel superior y su extensión a la comunidad mediante intervenciones asistenciales de salud que promuevan, prevengan, curen y rehabiliten, hay que considerar y asumir que es un proceso que también ha de preservar, desarrollar, difundir (Fuentes H: 2008), crear, transformar y revolucionar la cultura universal, nacional y regional, consecuente con una salud.

Es así que considerando la concepción martiana de que "...Educar es preparar al hombre para la vida...", y asumir a Martí, como un defensor de la divulgación de los temas relacionados con la salud, y que concientizó claramente que tanto el conocimiento individual como colectivo en temas de salud, son de

necesidad vital para el hombre y los pueblos, cuando señaló:“...deberían darse cátedras de salud, consejos de higiene, consejo prácticos, enseñanza clara y sencilla del cuerpo humano y su **naturaleza**, sus elementos, sus funciones, los modos de ajustar aquellas a éstas, y ceñir éstas a aquellas, y encontrar las fuerzas y dirigirlas bien, para que no haya después de repararlas...” (O.C.t-8 p: 298-29), entonces su influencia se hace más necesaria y evidente en la medida en que las sociedades tienen un mayor envejecimiento y desarrollo, pero la pertinencia, la optimización y el impacto con que dicho proceso se constituya como preservador, desarrollador, difusor, creador, transformador y revolucionador de la salud en su carácter cultural socio-asistencial en comunidad, determina tener en cuenta la **espiritualidad** como condición de la **naturaleza humana**. Esto al decir de Fuentes H. (2009) no se logra de manera espontánea ni depende sólo de criterios subjetivos y mucho menos de improvisaciones; se necesita un accionar indagativo que permita su desarrollo desde la ciencia.

El desarrollo actual e incluso perspectiva de una sociedad que envejece y padece en su espiritualidad, de una buena calidad de vida o de áreas de servicios para la atención en la comunidad, genera una necesidad social porque es un problema social. Estos problemas en gran medida encuentran solución mediante la labor comunitaria de los profesionales de la salud, los cuales deben estar preparados integralmente con competencias profesionales pero también **humanas** para acometer dicha solución, lo que aún puede ser perfectible en los procesos asistenciales formativos de tales profesionales en su labor comunitaria.

El vínculo entre la formación en salud por los profesionales de la salud y la labor socio-comunitaria a través de las intervenciones asistenciales de salud, ha de ser permanente en tanto es consustancial a los procesos que en el seno de dicha formación continuada han de desarrollarse, los que a su vez repercuten en los procesos sociales. Sin embargo esto puede perfeccionarse en la atención a la espiritualidad, al decoro, a la dignidad y a la sensibilidad en relación a la cultura gerontogeriatrica, porque a pesar de estar bien definidos los motivos, el interés no es suficiente y la necesidad no se hace consciente en una gran

mayoría, por lo que las **gestiones** encaminadas al desarrollo de esos procesos en el ámbito socio-comunitario para con esa cultura demanda renovados ajustes.

Lo anterior se apoya en los planteamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) fundamentalmente en 49.o consejo directivo, 61.a sesión del comité regional, Washington, D.C., EAU, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009, donde se deja claro un plan de acción sobre la salud de las personas ..., incluido el envejecimiento activo y saludable (ver anexo) y en el informe final de la Conferencia Regional sobre Políticas y Estrategias para la Transformación de la Educación Superior en América Latina y el Caribe, celebrada en La Habana-1996, lo que aun tiene dificultades para su desarrollo en la atención de la espiritualidad, la dignidad y la sensibilidad humana, cuando se plantea "...las instituciones de educación superior deben producir, por propia iniciativa, las necesarias transformaciones para convertirse en los referentes de los cambios que las sociedades reclaman y que deben gestarse en el consenso de sus propias comunidades, respondiendo a la urgencia y magnitud de sus desafíos".

Lo anterior implica una necesaria interacción permanente del desarrollo cultural socio-asistencial-formativo del profesional de la salud con la comunidad mediado por su labor en ejercicio donde, con una conducta preñada de sensibilidad espiritual y amor, proporcione una respuesta a las demandas del individuo, la familia y la comunidad (envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria), respetando sus ideologías, creencias, costumbres, valores y principios. Esta respuesta determina el grado de pertinencia que ha de alcanzar dicho proceso y debe ser incrementado permanentemente, teniendo en cuenta el vínculo universidad-comunidad, lo que demanda, por la problemática social develada una prioritaria atención que es perfectible si se logra tener en cuenta también la apropiación de la cultura salubrista en las intervenciones asistenciales y espirituales para la salud en la propia comunidad.

Es desde lo anterior que las acciones de **gestión** que se realicen para el desarrollo cultural socio-asistencial por el profesional salubrista en su labor comunitaria, carecen por un lado de un verdadero

sentido si no son anticipadoras de los escenarios futuros de actuación y por otro si no manifiestan su intención de modificar la realidad vigente en relación a la esencia y existencia del humano, cuestiones aún perfectibles, como se constatará posteriormente.

- **Consideraciones sobre el desarrollo en la formación socio-asistencial en comunidad de la cultura en salud por el profesional salubrista**

Asumiendo desde los postulados de Homero Fuentes (2009), la formación socio-asistencial en comunidad de la cultura en salud por el profesional salubrista como proceso de la universidad médica, esta ha de desempeñar el papel de ser la fuente principal de preservación, desarrollo, difusión, creación, transformación y revolución de esa cultura, mediado y desarrollado además en la dinámica de los procesos que lo constituyen en la labor comunitaria de ese profesional.

Siendo así, se considera la formación socio-asistencial por el profesional de la salud en la comunidad como un proceso cultural y a sus procesos por su propia naturaleza social, como procesos conscientes que se desarrollan en la relación que se establece entre la conciencia social y la conciencia individual, como expresión de una intencionalidad formativa en consecuencia.

Es entonces que el desarrollo cultural socio-asistencial en salud en y por el profesional de la salud en su labor asistencial comunitaria visto como proceso, se comprende de manera esencial como un todo integrado por otros procesos, los que en sus relaciones revelan las cualidades de dicho proceso y su concreción en un determinado contexto histórico social, destacando su carácter **histórico cultural**, haciendo que la formación adquiera un carácter propio y singular en el propio ejercicio comunitario del profesional de la salud. Cada uno de estos procesos como parte del todo, adquiere significación en el contexto según las condiciones históricas concretas donde se desarrolle, las cuales a su vez se expresan a través de procesos pertinentes, óptimos e impactantes.

Es decir, las propiedades y cualidades del todo están dadas por las relaciones entre los procesos que se dan en el todo; lo mismo ocurrirá para cada proceso en el que las regularidades entre sus componentes o

configuraciones determinen las propiedades de cada uno, como demuestran los estudios correspondientes a la educación superior efectuados por el CeeS/UO/SC. Estas cuestiones pueden recibir mayor atención de los implicados actuales en el proceso destinado al desarrollo socio-asistencial de la cultura salubrista en general y la gerontogerítrica en particular, en la labor comunitaria.

Desde los referentes teóricos y epistemológicos asumidos, se considera que en la tríada: **preservación-desarrollo-difusión** de la cultura socio-asistencial de salud en comunidad incluyendo la gerontogerítrica, tanto la preservación como el desarrollo, son sólo posibles a través de su difusión, lo que permite asumir que es precisamente, la difusión de esa cultura, uno de los componentes más dinámicos y síntesis de los dos primeros, mediante la cual los profesionales de la salud pueden contribuir a la apropiación de dicha cultura en comunidad a través de las **intervenciones asistenciales**.

Es entonces que el proceso para el desarrollo cultural formativo socio-asistencial en comunidad en los profesionales de la salud como totalidad, ha de manifestarse externamente a través de su **función**, que es desarrollar conocimientos, habilidades, valores y valoraciones para formar competencias profesionales y **también humanas**, que permitan actuar y contribuir en los logros que se demandan; el envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria, los cuales están determinados por la relación entre categorías presentes en el objeto.

Lo anterior parte de asumir la definición de función de H. Fuentes (1997) como la manifestación generalizada que se da en el desarrollo de un proceso interpretado como un todo, dirigido a un **fin** determinado que cumple condiciones establecidas y depende de la estructura interna del proceso. Las funciones de cada proceso dependerán de su naturaleza y de su estructura más interna y que en esta investigación se relacionan con la **prevención, promoción, curación y rehabilitación de la salud**, a la vez que son las competencias esenciales de todo profesional de la salud.

Así también se puede hablar de un proceso formativo para el desarrollo cultural socio-asistencial en comunidad de los profesionales de la salud que como un todo, ha de estar conformado por un número de

componentes que a su vez son procesos (gestión, Investigación, extensión, docente, académico, asistencial, gerencial,) dependientes de categorías funcionales denominadas como tales, pues las funciones propias de cada componente del sistema dependerán de los valores que éstas tomen y de cómo se relacionen, constituyendo las funciones socio-laborales que aún pueden perfeccionarse en el ejercicio de la profesión en la comunidad.

Por otro lado, si se tiene en cuenta que esto ha de desarrollarse a través de lo docente, lo asistencial, lo investigativo y lo gerencial, se puede asumir y colegir con Homero Fuentes (2009) que son éstas las categorías funcionales presentes en el todo, visto desde lo sistémico-estructural-funcional sin desprestigiar el vínculo con lo holístico configuracional, donde la prevención, promoción, curación y rehabilitación son categorías que además de ser competencias de todo profesional de la salud, son configuraciones que develan conocimientos, habilidades, valores y valoraciones profesionales y humanas a la vez que son contenidos de la didáctica específica de salud, todavía no bien definidas.

Además desde la concepción holística compleja configuracional y dialéctica asumida, todos estos procesos para el desarrollo del proceso formativo socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud como un todo, pueden darse en un mismo espacio-tiempo en el ejercicio profesional comunitario, dialécticamente interrelacionados y constituir categorías que se identifiquen con configuraciones, dimensiones, eslabones y estructura de relaciones.

Lo anterior también hace que la **gestión** para con el desarrollo de una cultura en salud en un proceso formativo socio-asistencial desde el ejercicio comunitario, se asuma como una totalidad, donde se interrelacionen dialécticamente todos los procesos en lo docente, lo asistencial, lo gerencial y lo investigativo para que pueda ser pertinente, óptima e impactante mediante la prevención, promoción, curación y rehabilitación, pero tomando las potencialidades y necesidades del contexto, desde una cultura que tenga en cuenta la esencia y la condición humana, para que pueda ser eficiente, eficaz, efectivo y de

calidad. Sin embargo esto puede tenerse más en cuenta en la formación del profesional de la salud en pleno ejercicio comunitario.

La posición desde la esencia y la condición humana, por tanto humano cultural y socio-cultural (Fuentes H. 2009) también está en la necesidad de que los implicados tengan un alto **compromiso** social, profesional y humano relacionado con la espiritualidad, la sensibilidad, el decoro y la dignidad. Este compromiso puede perfeccionarse en relación al envejecimiento saludable y la longevidad satisfactoria, pero con **flexibilidad** (que también es perfectible, como se verá en capítulos posteriores) para que el trabajo del profesional de la salud pueda **trascender** y hacerlo todo con un **infinito amor**, en cuya formación aún se puede influir.

Estos profesionales han de ser capaces y poseer una consecuente **conciencia ética**, y una gran sensibilidad espiritual, respecto a la dignidad humana, empatía, asertividad, respeto a las creencias y a las ideologías; luego, su objetivo es la formación y superación humana y profesional en salud y su contenido la cultura en salud de la humanidad que incluye: la ciencia, la tecnología y el arte. Con lo anterior se estaría a tono con los sueños de José Martí cuando quería que la ley fundamental de todos los cubanos fuera el respeto a dignidad plena del hombre.

Otra cuestión que determina esa posición es tener en cuenta en el propio proceso formativo comunitario, que los implicados en él y del propio contenido tiene en su centro al hombre donde tanto el sujeto que estudia y se forma, como el objeto que se estudia para transformarse, son por naturaleza **biológicos, ecológicos, sociales y espirituales**. Esto puede priorizarse más para el desarrollo socio-asistencial del profesional de la salud en plena formación comunitaria.

Así los problemas de salud en una sociedad que envejece y sus demandas, más las influencias externas para satisfacerlas como expresión de las necesidades de la sociedad, han de tener su incidencia en diferentes aspectos del proceso de formación como son la formulación de los objetivos; la estructuración, la composición y la concepción del proceso; el desarrollo de las **investigaciones** y obtención de resultados

científicos y de innovación tecnológica, así como la **extensión** a la comunidad, lo cual todavía se puede perfeccionar.

Los procesos vistos, también se asumen estrechamente relacionados y necesariamente determinados por el desarrollo socio-cultural y asistencial para el profesional de la salud con una posición más holística; por tanto al decir de Fuentes. H (2010)...“un proceso de formación **motivado**, que desarrolle la **comprensión, la explicación, la interpretación desde la observación**, así como la **intencionalidad formativa, la sistematización y la generalización** de la cultura”..., lo cual también adquiere validación a través de la formación en la comunidad donde se labora.

- **Intervenciones asistenciales para la salud, como sustento teórico y praxiológico para la caracterización epistémica del objeto y el campo**

Considerando que en la formación socio-asistencial del profesional de la salud en la comunidad, ha de tenerse en cuenta el vínculo entre la formación y las intervenciones asistenciales que se desarrollen para la prevención, promoción, curación y rehabilitación de la salud en la comunidad donde laboren con tales competencias y funciones, se asumen los referentes teóricos y praxiológicos de tales intervenciones, para permitir una mejor caracterización del objeto y del campo.

Es así que con ese sustento, se hace un acercamiento más esencial para proponer soluciones que permitan contribuir al mejor desarrollo socio-asistencial en salud gerontogerítrica para solventar las demandas del envejecimiento poblacional.

Conviene partir de develar que en las investigaciones realizadas por ejemplo, por, **Rudolf Virchow**, en Alemania, al investigar una epidemia en los distritos industriales de Silesia, tan temprano como en 1847 ya enunciara que “...**El remedio que recomiendo es el de la prosperidad, educación y libertad, los cuales sólo se pueden desarrollar sobre las bases de una democracia completa y sin restricciones...**”. Resulta este, entonces, un enunciado válido para sustentar el desarrollo socio-cultural formativo en la asistencia comunitaria de la salud, que tenga en cuenta el decoro y la dignidad humana.

Por otro lado, en correspondencia con otros investigadores, se considera que el concepto original de promoción de la salud se usa por primera vez en 1945 por el médico historiador Henry E. Sigerist, cuando definió las cuatro grandes tareas de la medicina como: 1) la promoción de la salud; 2) la prevención de la enfermedad; 3) el restablecimiento del enfermo (curación); y 4) la rehabilitación, reclamando además los esfuerzos coordinados **...entre la educación y los médicos con ese fin**, cuestiones válidas que permiten asumir la formación en salud en su carácter socio-asistencial comunitario con las competencias básicas de todo profesional de la salud, que aún no quedan lo suficientemente claras en la teoría para permitir desarrollar una didáctica en pleno ejercicio comunitario de ese profesional.

Desde otro presupuesto como es el informe Lalonde se asume que aún en la actualidad "...Las vastas sumas de dinero que se han estado gastando tratando las enfermedades han podido gastarse mejor previniéndolas...". Así dicho informe establece algunas estrategias, entre las que se encuentra la de promoción de salud que se dirigía al cambio de los estilos de vida, donde dentro de sus acciones propuestas incluían programas educacionales dirigidos tanto a las personas como a las organizaciones y a la generación de recursos adicionales, lo que a pesar de estarse haciendo en el contexto estudiado, puede ser perfectible en la propia labor comunitaria del profesional de la salud que también es formativa, enfatizando en los aspectos espirituales.

Otro presupuesto teórico que se tiene en cuenta es lo planteado en la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 donde se emite una carta dirigida a la consecución del objetivo **"Salud para Todos en el año 2000."** En esta carta se toman como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento **"Los Objetivos de la Salud para Todos"** de la OMS, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud, sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

Sin embargo, ninguno de los presupuestos anteriores deja clara una concepción teórica ni metodológica concreta con carácter socio-asistencial desde la esencia y existencia humana, que encamine la praxis

formativa en comunidad que se requiere para lograr dichos objetivos, lo que ha acarreado que pasados más de diez años, aún dista mucho su logro.

El amplio concepto de la promoción de la salud de la Carta de Ottawa (ver anexos) es consistente con el concepto epidemiológico de las intervenciones asistenciales que hoy han de desarrollarse al considerar todos los factores causales, tanto los generales como los específicos, pero el investigador considera que puede profundizarse más en la esencia y la existencia humana al no ver develada una atención espiritual. Ello conduce a reorientar las estrategias para que sean más efectivas en la labor comunitaria asistencial de los profesionales de la salud.

Por otro lado se puede considerar que en los referente anteriores, si bien queda claro un reconocimiento multifactorial, no se propone un modelo que permita desarrollar procedimientos para la apropiación de la cultura socio-asistencial en salud en pleno ejercicio profesional en la comunidad y cuando se ha intentado, se sustenta en teorías pedagógicas descontextualizadas donde no se tiene en cuenta lo suficiente, la existencia y la esencia del humano.

Así las intervenciones **asistenciales** se consideran básicas en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de salud en la comunidad. Se aplican desde que el hombre se agrupó y se preocupaba por obtener experiencias sistematizadas de conceptos que luego serían transmitidos y aplicados de generación en generación en las propias comunidades y que le servirían para subsistir.

Es entonces que con el objetivo de acometer el proceso formativo en pleno ejercicio profesional en comunidad, resulta necesario que el profesional de la salud se apropie de conocimientos fundamentales acerca de la salud y de la enfermedad, domine y aproveche en el trabajo asistencial diario las técnicas pedagógicas y didácticas adecuadas para facilitar el aprendizaje en la labor comunitaria en materia de salud. Lo que no quiere decir que se apropie de una didáctica de otros niveles educacionales (como está ocurriendo) más formales, sino que tenga en cuenta la necesidad de una didáctica propia con enfoque más genuino donde se asuma una sensibilidad humana en su labor asistencial-formativa.

- **Gestión para la formación destinada al desarrollo cultural socio-asistencial del profesional de la salud en la comunidad**

Teniendo en cuenta todo lo anterior se asume que la formación destinada al desarrollo cultural socio-asistencial en salud en el profesional de la salud en su ejercicio en comunidad requiere ser gestionada en todos sus procesos y en toda su extensión, asumiendo además la gestión con un carácter holístico (Estrabao A.: 2006- y Fuentes H.: 2009).

Se parte entonces de que los modelos históricos de gestión que se han manejado en la educación superior, definidos dialécticamente en términos de gestión para la eficiencia económica, gestión para la eficacia pedagógica, gestión para la efectividad política y gestión para la pertinencia e impacto de la cultura en la sociedad, son consecuencia del paradigma heurístico y praxiológico de la gestión de la educación superior, resultante de un esfuerzo superador y **a la vez superable** de síntesis teórica de la experiencia latinoamericana de la gestión educativa en el ámbito nacional e internacional (Estrabao A.: 2006). Esto puede ser reconsiderado y perfectible en la formación socio-asistencial del profesional de la salud en comunidad.

En ese sentido, en la literatura revisada no se han encontrado referentes teóricos ni praxiológicos que se focalicen a la **gestión** para que desarrollen específicamente la cultura **socio-asistencial referente a la esencia y existencia humana en la dinámica formativa en comunidad del profesional de la salud** y a pesar de estar bien definido que la didáctica como proceso demanda ser gestionada en su totalidad y en sus partes, esto trae discusiones, por lo que se requiere un acercamiento a los fundamentos epistémicos destinados a este tipo de gestión.

Así se asume desde los resultados investigativos del CeeS “Manuel F Gran”, que todo proceso formativo, visto desde la didáctica general para la educación superior está configurado en los eslabones de **diseño, dinámica, resultados y evaluación**, y es prudente considerar que cada uno de estos eslabones requiere ser **gestionado** también en el propio ejercicio comunitario del profesional de la salud.

En este sentido se aborda la gestión destinada al desarrollo de la formación socio-asistencial de salud con sustento en la espiritualidad y sensibilidad humana por los profesionales de la salud en su labor comunitaria, a partir de asumir dicha formación como un sistema de procesos de carácter consciente, de naturaleza holística, compleja, configuracional y dialéctica, que tiene que ser visto de forma multidimensional, con un enfoque transdisciplinario, interdisciplinario, intradisciplinario, que permita explicar las influencias económicas, políticas, ideológicas, espirituales, culturales y religiosas del individuo, la familia, la comunidad y de la sociedad en general, en la gestión de dicho proceso.

Asimismo se partirá como hasta ahora de asumir las funciones fundamentales de dicho proceso formativo y su gestión en vínculo con la prevención, promoción, curación y rehabilitación de la salud.

Por otro lado las **estrategias de gestión** a partir de la integración de los procesos destinados al desarrollo de una cultura socio-asistencial en salud, asumiendo desde H. Fuentes (1998-2009) se han de valorar según los procesos de pertinencia, impacto y optimización de su gestión para satisfacer las necesidades de salud de una sociedad que inevitablemente envejece y padece, con lo que se da respuesta a las expectativas de la sociedad de envejecer saludablemente y disfrutar de una longevidad satisfactoria.

Se observa además que el término **gestión** aparece en la literatura especializada a partir de la década del noventa del pasado siglo, primero en el mundo empresarial y adaptado al mundo universitario, encontrándose detractores y defensores de este concepto.

Desde la perspectiva organizacional, el término **gestión** en el desarrollo formativo socio-asistencial en comunidad para los profesionales de la salud se asume como el conjunto de acciones integradas para lograr el objetivo de formar personal con competencias profesionales y humanas para que influyan en el logro de sus demandas a cierto plazo. Es desde aquí que gestionar el proceso como totalidad es gestionarlo también en las partes que lo constituyen.

En recientes investigaciones para la caracterización de la dirección de instituciones de educación superior en el CeeS/UO/SC se ha utilizado el Modelo Holístico Configuracional, el cual parte del reconocimiento del

carácter **humano-cultural** y por tanto consciente y ético de dicho proceso que se desarrolla en la universidad a través de las relaciones de carácter social que se establecen entre sus participantes, con el propósito de preservar, desarrollar, difundir, crear, transformar y revolucionar la cultura acumulada por la humanidad, dando respuesta con ello a las demandas sociales (Fuentes H: 1998-2009). Es importante tener en cuenta lo anterior en la formación del profesional de la salud en su trascendencia comunitaria, con lo cual el proceso destinado para el desarrollo socio-asistencial-formativo en salud que se desarrolle en la labor comunitaria, requerirá ser más atendido en su totalidad.

“Esto - al decir de Fuentes “... posee una profunda significación no sólo en el plano teórico, sino en el práctico, ya que en las relaciones establecidas entre las configuraciones en los diferentes procesos, pueden sustentarse estrategias encaminadas al perfeccionamiento de la gestión...” (H. Fuentes.: 2011).

Lo anterior justifica la reconsideración constante de la teoría y la praxis, ajustados a las realidades cambiantes de la organización y su entorno (Estrabao: 2006) teniendo en cuenta lo humano cultural (Fuentes H.: 2009) y por tanto la sensibilidad espiritual, el altruismo, la autoestima y la dignidad humana.

Otra consideración necesaria está en que los procesos de gestión formativa no son idénticos, lo que está relacionado con su estructura y las funciones (desde lo sistémico estructural funcional) o con sus configuraciones, dimensiones, eslabones y estructura de relaciones (desde lo holístico, complejo, configuracional y dialéctico) que este proceso tenga en el ámbito del territorio y región donde se encuentre insertada, siendo consecuente con el enfoque humano cultural develado por Fuentes (2009) en sus estudios sobre una universidad humano cultural. Esto puede hoy tenerse más en cuenta en la formación del profesional de la salud en relación a las intervenciones asistenciales en la comunidad.

Se necesita así para una buena gestión, establecer una estrategia, ésta a partir de la definición que ofrece E. Gutiérrez (1999), se define como “...un patrón o modelo de decisiones inspirado en una visión proactiva, que tiene premisas y requisitos; que a partir de las regularidades que se dan en el proceso, y a través de métodos y procedimientos, permite definir y lograr objetivos a largo plazo de carácter

trascendente y asignar recursos, lo que posibilita alcanzar la visión y desarrollar la misión...”.

Es desde lo anterior que en la gestión estratégica o en una estrategia para la gestión y en la gestión formativa socio-asistencial del profesional de la salud propiamente dicha en comunidad, es necesario una **visión proactiva**, como mirada de futuro que implica desarrollar capacidades para el cambio y la transformación, sin olvidar las realidades presentes y flexibles ante los posibles escenarios, sin apego exagerado a la tradición, pero consecuente con el contexto, que es constante y trascendente, lo cual constituye al decir de Estrabao (2006) “...una idea básica en la que se sustenta toda la estrategia de una institución de carácter social...”.

1.3- Caracterización de la situación actual en la formación socio-asistencial en la comunidad del profesional de la salud, mediante la valoración crítica en la atención gerontogeriátrica

Desde el análisis epistemológico del proceso de formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud y su gestión, a continuación se puntualiza en la situación actual del mismo en relación a la gerontogeriatría. En tal sentido para el diagnóstico que se concreta, desde el materialismo dialéctico, se tiene en cuenta la hermenéutica, (Matos y Fuentes: 2008, Matos y cruz: 2011).

Es entonces que por diferentes procedimientos (**ver anexos**) entre los que se encuentran las encuestas a pacientes y familiares en la comunidad, las entrevistas a profesionales y directivos, las observaciones de diferentes procesos en la atención comunitaria, la revisión de la bibliografía y de documentos así como la sistematización de experiencia, se develan las siguientes manifestaciones que potencian **las dificultades e insuficiencias**:

- **En el insuficiente tratamiento espiritual gerontogeriátrico por los profesionales de la salud:**
muchos profesionales del sector en su labor asistencial socio-comunitaria al paciente, a la familia y a la propia comunidad, carecen de habilidades, conocimientos, valores y valoraciones; relacionados con la esencia y la condición humana desde los presupuestos que se asumen, mermando la sensibilidad humana en el trato al paciente, el respeto a la dignidad del mismo, a sus creencias e ideología, lo que

se muestra en la insatisfacción sustentada en las entrevistas y las encuestas expuestas en los anexos y que está relacionada con la insuficiente atención espiritual, que emana no solo de los profesionales de la salud sino de casi toda la comunidad investigada.

Los profesionales en la atención gerontogeriátrica, en la mayoría de las oportunidades se centran en los aspectos biológicos y ecológicos y cuando atienden las cuestiones psicológicas, estos dejan fuera la espiritualidad en su vínculo con lo que cada individuo es, sabe, hace y cómo conviven, su ideología, sus creencias, además apenas se tiene en cuenta su actividad en cuanto a cómo se comunican, lo que ellos conocen, sus valoraciones ante determinadas situaciones de salud, ni sus acciones transformadoras, y ello merma en ese sentido la sensibilidad espiritual y la ética humana, así como el respeto a la dignidad del paciente la familia y la comunidad.

Cuando son atendidos, se es poco sensible con los compromisos del individuo que envejece o está envejecido en su contexto de desarrollo y se focalizan para lo que el que atiende, está comprometido en su especialidad, eso acarrea incumplimiento con la flexibilidad en la atención social y espiritual de los individuos.

- **En la escasa comunicación y relación entre el paciente y el profesional en el tratamiento a los problemas de salud en relación con la gerontogeriatría** se manifiesta en las intervenciones asistenciales con el paciente y la familia en la comunidad, cuando adolece de un escaso desarrollo de una sensibilidad comunicativa hacia la actividad humana y profesional del paciente en su entorno y en consecuencia, la comunicación, la valoración, la cognición y la transformación cultural que dependen de la espiritualidad se hacen insuficientes. En ese sentido la labor asistencial en el ejercicio profesional en las comunidades carece de acciones en la que se tenga en cuenta la totalidad de la naturaleza humana como debe ser realmente asumida, apartándose de ese modo de los aspectos espirituales.

Numerosas consultas observadas en la atención al individuo que sobrepasa los sesenta años, casi solo se focalizaron al cuándo, cuánto y qué comió, qué enfermedades padece y qué tratamiento es

impuesto, cómo se conduce físicamente y si es o no independiente en sus labores de conservación (alimento, baño otros cuidados materiales). Esto se manifiesta más, cuando se restringe la atención gerontológica a valoraciones por la escala de evaluación funcional que más se usa en Cuba, la cual consta de 13 ítems, **(ver anexos)** donde se resume la valoración geriátrica, y a pesar de ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública, no aborda la sensibilidad y especificidad de los aspectos espirituales mencionados.

También cuando se usa la escala de Katz y Lawton así como la de Brody para medir grado de dependencia poco se tiene en cuenta la esencia y la existencia del humano como totalidad **(ver anexos)**.

En y durante la comunicación, los que atienden al paciente que envejece o está envejecido muchas veces se comportan poco empáticos y resilientes, en muchas ocasiones se tiene un solo sentido, donde hay un solo emisor y el atendido se comporta como receptor solamente. (Así hemos visto expresarles “Haga solamente lo que yo le oriento y le digo, nada más, que somos los capacitados para eso”).

- **En la limitada solución a los problemas que se presentan en relación con el envejecimiento y la longevidad en las intervenciones comunitarias del profesional de la salud:** se expresa en los profesionales recién graduados fundamentalmente, ya que en su mayoría por sí solos, no son los suficientemente independientes para resolver los problemas más comunes y cotidianos en su esfera de actuación comunitaria en relación con un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria mediante las intervenciones asistenciales, tampoco la espiritualidad es suficientemente tenida en cuenta en la labor asistencial individual y social por los profesionales de la salud y cuando se intenta efectuar, carecen de un enfoque humano-cultural en relación a la esencia y la existencia, lo que afecta negativamente la sensibilidad humana, el amor, la flexibilidad, la ética, entre otros aspectos, por lo que

no satisface a cabalidad las expectativas espirituales de pacientes individuales y la comunidad en su conjunto.

En muchas oportunidades los profesionales no son capaces de tener independencia creativa para resolver problemas de salud en la comunidad donde laboran, y esperan ser orientados por instancias superiores que trazan por otro lado acciones y estrategias descontextualizadas, lo que trasciende a aspectos espirituales.

- **En la poca presencia de profesionales de la salud adiestrados o especializados en el servicio de la atención gerontogeriátrica.** Se muestra en los pocos optantes por la Especialidad de Geriatria y Gerontología así como la Maestría en Longevidad Satisfactoria, lo que se traduce en el escaso número de estos graduados para influir en el envejecimiento saludable y la longevidad satisfactoria, quedando demostrado en los anexos donde se expone además el número de estos especialistas en Cuba y el territorio en que se investiga, así como el número de instituciones destinadas a esas funciones en relación a la cantidad de gerontes.

Todo lo anterior se concreta en que el nivel de vida, la calidad de vida y el bienestar social de los individuos que envejecen y pasan de los sesenta años de edad no sean los adecuados y permite que se resuma en sentido general, que en el contexto donde se desarrolla el investigador existe una insuficiencia en la atención socio-asistencial en los procesos de salud por los profesionales de la salud, lo que limita la satisfacción espiritual comunitaria trascendente a cualquier otro problema de salud.

- **Procesos de la formación destinada al desarrollo socio-asistencial del profesional de la salud en la comunidad**

Con la municipalización (contextualización) y universalización (globalización) en el contexto de la III Revolución Educacional de la Educación Médica Superior (EMS), la formación del profesional de la salud se ha extendido a nuevos contextos de la (APS) controlada, fiscalizada y guiada por los policlínicos comunitarios, personalizada en sus funcionarios docentes (subdirector docente, profesores del grupo

básico de trabajo (GBT) “metodólogos” y otros) y asistenciales (directores de áreas, subdirectores de asistencia médica, grupos multidisciplinario de atención a los diferentes programa de salud, entre otros).

Estos han de garantizar la formación del profesional de la salud en todos sus niveles.

En correspondencia con la caracterización y sustentos teóricos hasta aquí asumidos sobre el desarrollo socio-asistencial en salud en la labor comunitaria del profesional de la salud como proceso y sus procesos a desarrollarse en la comunidad y asumiendo los resultados de los estudios del CeeS (Estrabao: 2006) en vínculo con los presupuestos referentes a las intervenciones asistenciales en salud que permitieron caracterizar epistemológicamente el objeto y el campo, se valoran a nivel académico los siguientes procesos y su caracterización actual, lo que permite un acercamiento a la causas que condicionan las deficiencias asistenciales :

1. **Proceso de formación de:** médicos, enfermeras, tecnólogos, psicólogos y estomatólogos cuya preparación pertinente a una cultura en salud gerontogeriatrica con carácter socio-asistencial es insuficiente en la práctica comunitaria en los momentos actuales, ya que no es adecuadamente generalizada ni sistematizada en la educación en el trabajo comunitario como parte de una totalidad formativa de los profesionales salubristas, y a pesar de estar en el discurso aún los recién-graduados carecen de habilidades asistenciales sensibles con la espiritualidad del ser humano en la labor actual de estos profesionales, lo que se develó concretamente en las manifestaciones fácticas obtenidas mediante la observación, las entrevistas y las encuestas.
2. **Proceso de formación de:** especialistas en geriatría y gerontología, másteres en longevidad satisfactoria como específicos de la cultura, además de cursos, diplomados y adiestramientos para el desarrollo de la misma; pero también otros especialistas desde cuya cultura puedan influir en satisfacer las demandas de salud, mediante intervenciones asistenciales, que no son suficientes en pleno ejercicio de la profesión comunitaria.

Hoy por los problemas socio-económicos, entre otros, existe una **desmotivación** en estos procesos formativos y por otro lado los programas de formación de los diferentes especialistas no desarrollan suficientemente los contenidos referentes a dicha formación, porque la **sistematización y la generalización** de la misma no se desarrolla en correspondencia a lo que la sociedad demanda espiritualmente y casi no se aplican intervenciones asistenciales formativas en comunidad de manera totalizadora, en las que exista una profundización humano-cultural y de sensibilidad espiritual en la asistencia comunitaria.

3. **Proceso de investigación y de servicios científico-técnicos**, destinado a crear, transformar y revolucionar la cultura socio-asistencial en salud en pleno ejercicio comunitario a los que pueden prestársele una mayor atención en su vínculo con los demás procesos en comunidad, pues a pesar de hacerse por los residentes de la especialidad (geriatría y gerontología), así como los maestrantes (longevidad satisfactoria) y más reciente aún, en tesis doctorales como la de Clemente (2010) y Verdecia. (2010) poco se vinculan con la formación del profesional de la salud en pleno ejercicio comunitario en sentido general y a pesar de que muchas investigaciones de maestrías y de especialistas en Medicina General Integral se enfocan a las intervenciones asistenciales, éstas no tienen un sustento teórico propio desde lo humano-cultural que debele una didáctica específica que desarrolle la sensibilidad espiritual.
4. **Proceso de extensión a la comunidad**, mediante la proyección y la difusión de la cultura socio-asistencial en salud en pleno ejercicio del profesional en el seno de la comunidad, lo que hoy no es suficiente y es apreciado por las insuficientes intervenciones de los profesionales, que deberían ser pertinentes a las demandas de una sociedad que inevitablemente envejece y padece además de múltiples problemas de salud.

En ese sentido a pesar de hacer extensión universitaria a la comunidad, esta no se hace mediante una pedagogía en consecuencia, que tenga en cuenta aspectos didácticos propios, cuando más se trata,

se traslada sin sustentos científicos una didáctica descontextualizada al asumir la pedagogía de la educación primaria o media.

Tampoco las intervenciones que se hacen, tienen un suficiente vínculo con la esencia y la condición humana desde los presupuestos que asume este investigador que retroalimente la sensibilidad espiritual en la formación del profesional en la propia comunidad.

5. **Proceso de dirección de los recursos humanos.** Encaminados a fomentar la cultura socio-asistencial en salud en ejercicio comunitario, mediante las preparaciones científico-metodológicas y la **gestión** del los profesores encargados de desarrollar esos contenidos en la labor comunitaria, y a pesar de hacerse **gestiones** al respecto, aún la **motivación** para su desarrollo no está lo suficientemente desarrollada.

Faltan acciones encaminadas a desarrollar un pensamiento pedagógico y didáctico en todos y cada uno de los profesionales de la salud para que en todo su accionar comunitario concienticen la formación en salud con sustento socio-asistencial que tenga en cuenta en la labor comunitaria lo esencial y lo existencial del ser humano.

6. **Proceso de gestión de recursos materiales y financieros,** que logísticamente garanticen el proceso para el desarrollo socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud por los profesionales, lo que en la actualidad no es suficiente. Esto queda develado cuando se muestra la ínfima relación que existe cuando en Cuba hasta el año 2012 solo había 266 geriatras y en Contramaestre, solo uno actualmente para una población que pasa del 17% de personas mayores de sesenta años en relación con la población total. Por otro lado las instituciones destinadas a la atención gerontogeriátrica solo alcanzan para atender alrededor de 100 ancianos; se le presta insuficiente atención política al desarrollo de los círculos de abuelos y a la universidad del adulto mayor.

En lo que se ha venido develando, existen dificultades que evidencian un insuficiente desarrollo cultural socio-asistencial-formativo de la gerontogeriatría por y en el profesional de la salud en su plena labor

comunitaria, lo que lacera el desarrollo de conocimientos, habilidades, valores y valoraciones para un buen desempeño **profesional y humano** en solventar las demandas de una sociedad que envejece. Así no se ha visto, ni teórica ni metodológicamente acercamiento que integre de manera holística la formación socio-asistencial en salud del profesional en comunidad en relación con la esencia y la condición humanas ni para este ni para ningún otro aspecto de salud.

Por otra parte se asume que el desarrollo socio-asistencial-formativo en comunidad de la gerontogeriatría como cualquier otro aspecto cultural en salud como proceso, demanda establecer la interacción más directa entre los implicados y por tanto se concretan los supuestos de salud, de una planificación de los contenidos que se desarrollan a partir del reconocimiento de su realidad, desde la cultura y la espiritualidad de los implicados, como expresión del contexto en unidad con la sistematización de la cultura universal, lo que hace indispensable una formación contextualizada y universal, aún insuficiente.

En otras palabras, que se desarrollen en labor y práctica comunitaria sus capacidades **transformadoras humanas** en lo socio-asistencial dadas en su saber, hacer, ser y convivir, que se expresen en la actividad transformadora, cognitiva, valorativa y comunicativa y sus cualidades humanas y profesionales esenciales de **compromiso, flexibilidad, trascendencia y amor**, en lo social y profesional. Todo ello se manifiesta en su autoestima, autonomía, independencia, sensibilidad humana, entre otros aspectos, que requieren de una atención inmediata.

Reconociendo además la naturaleza humana dada en lo biológico, lo ecológico, lo social y lo espiritual, cuestiones no tenidas lo suficientemente en cuenta para la formación profesional socio-asistencial en salud en su pleno ejercicio profesional en comunidad.

Lo anterior muestra que no se es todavía lo suficientemente consecuente con la praxis comunitaria del profesional de la salud y sus potencialidades formativas, lo que se concreta en las deficiencias develadas luego de hacer un análisis hermenéutico de los métodos utilizados para la obtención de los datos primarios.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el autor se permite plantear que las deficiencias e insuficiencias develadas son una expresión particular de la cultura salubrista en general, específicamente en lo referente a los aspectos comunicativos, la independencia creativa y las intervenciones comunicativas para desarrollar la cultura socio-asistencial y humana del profesional de la salud en comunidad.

En consecuencia con el enfoque hermenéutico el investigador, luego del análisis realizado en los apartes anteriores, asociados a los métodos para la obtención del dato primario, arriba a las causas que le explican las manifestaciones fácticas lo que se identifica y se concreta con el **diagnóstico causal** develado en la introducción de este informe.

Todo lo expuesto permitió develar un deficiente desarrollo de una formación socio-asistencial en salud en los profesionales del sector en la práctica comunitaria como modalidad de formación postgraduada continua y permanente, que limita el desempeño pertinente con el tratamiento a un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria. Esto muestra una contradicción epistémica dada entre el desarrollo de la cultura socio-asistencial en los procesos formativos del profesional de la salud y la gestión formativa en el contexto de intervención socio-profesional en comunidad.

El análisis epistemológico, lógico, ontológico, praxiológico y axiológico de este objeto ha permitido entonces develar, como **inconsistencia epistémica**: los insuficientes referentes teóricos(modelo) y metodológicos(estrategias) para relacionar un enfoque didáctico integrador entre la cultura salubrista y su desarrollo a través de una gestión desde la condición humana, que desarrolle competencias encaminadas a una correcta intervención socio profesional desde la formación del profesional de la salud en ejercicio comunitario.

Conclusiones del capítulo-1

La utilización del método histórico lógico permitió determinar los antecedentes en el proceso formativo del profesional de la salud referente al desarrollo socio-asistencial en relación a la gerontogeriatría para la formación de competencias profesionales y también humanas, que se logró periodizar. Esto permitió

introducirse en aspectos más generales y esenciales relacionados con la salud, ya que al que envejece y el que sobrepasa los sesenta años de edad le es inherente cualquier problema de salud.

El análisis histórico permitió develar una tendencia para transitar hacia nuevos estadios en la gestión formativa socio-humanista en comunidad del profesional de la salud, sustentados en la esencia y la existencia del humano, que aún es insuficiente en los aspectos espirituales y poco contextualizados hacia la formación en el propio ejercicio comunitario del profesional de la salud.

El análisis de las concepciones teóricas de la gestión para la formación socio-asistencial de la salud en comunidad relacionadas con la gerontogeriatría desde el punto de vista ontológico, epistemológico, lógico, axiológico y praxiológico, permitió analizar los principales presupuestos, a saber:

- La importancia de la gestión para el desarrollo de la formación socio-asistencial en salud estriba en la capacidad de la interpretación totalizadora de dicho proceso.
- La gestión para el desarrollo socio-asistencial del profesional de la salud en general y en vínculo a la gerontogeriatría en particular, está en estrecha relación con el considerar la esencia y la condición humanas, donde se tengan en cuenta las necesidades y potencialidades espirituales del contexto que haga posible un proceso de formación en la labor comunitaria.

El diagnóstico realizado permitió determinar las principales insuficiencias de la formación del profesional de la salud pertinente al desarrollo socio-asistencial en comunidad, de la salud en general y de la gerontogeriatría en particular.

El análisis crítico de la situación actual para el desarrollo socio-asistencial en salud en comunidad revela la necesidad de contribuir a un proceso formativo del profesional de la salud pertinente con el logro de un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria que trascienda a la apropiación de dicha cultura en el ejercicio de la profesión en la comunidad, teniendo en cuenta los valores más universales de compromiso, flexibilidad, trascendencia y amor, con gran sensibilidad espiritual en los contextos de universalización y municipalización de la educación superior.

Mediante los juicios, razonamientos y conceptos, junto a la inducción y deducción mediadas por la abstracción y la generalización fue posible analizar y sintetizar que los problemas relacionados con una cultura gerontogeriátrica en su desarrollo socio-cultural-formativo-asistencial en comunidad, trascienden a cualquier problema de salud, lo que permite pensar en una propuesta teórica más abarcadora y trascendente que se desarrollará en el siguiente capítulo.

CAPITULO-2: LA GESTIÓN PARA LA FORMACIÓN SOCIO-ASISTENCIAL EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO COMUNITARIO, CON CARÁCTER HUMANISTA

Introducción

Se desarrolla y fundamenta el modelo **de gestión para la formación socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en el ámbito comunitario**, revelándose sus relaciones y regularidades, con lo que se sustenta epistemológicamente una **estrategia de gestión para la formación socio-asistencial** de postgrado, que ha de ser continua y permanente en esos profesionales en el ejercicio de su profesión en la labor y práctica comunitaria, que luego pueda ser concretada en cualquier proceso formativo. Se reconsidera la labor asistencial, en las condiciones del trabajo en comunidades y los requerimientos de un **humanismo** que caracterice lo asistencial.

Los sustentos teóricos y metodológicos de la propuesta han sido asumidos desde la teoría general de sistema, con una mirada que integra lo holístico, complejo y dialéctico con lo sistémico-estructural-funcional, igualmente en la consideración de lo humano-cultural, con un enfoque hermenéutico dialéctico. Esto permite asumir un pensamiento complejo en la clara comprensión del **proceso de formación socio-asistencial en salud de los profesionales en ejercicio en la comunidad**.

Constituyen referentes esenciales: **la teoría y praxis de la cultura en salud, la pedagogía de la educación superior y la didáctica de salud**, campos en los que se inscribe la investigación.

2.1: Modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en salud en el ámbito comunitario

Desde la caracterización epistémica del objeto y el campo en el capítulo anterior, se reconsidera que para el desarrollo de la cultura socio-humanista-asistencial en salud en la labor comunitaria, es necesaria una **sistematización** en la profundización cultural por el profesional de la salud de una cultura socio-humanista en la labor asistencial en el ejercicio de esa profesión en la comunidad, que exprese la relación entre lo asistencial y lo socio-humanista.

Lo anterior permite vislumbrar entonces un elemento contradictorio, definitorio y necesario, donde la asistencia es un proceso totalizador que integrado a lo docente, lo científico-investigativo y lo gerencial en la labor comunitaria del profesional de la salud, son funciones socio laborales que se han de desarrollar en dichos profesionales y que han de ser potenciadas por una cultura socio-humanista que requiere una profundización continua y permanente. Procesos mediados por la atención al individuo, a la familia y a la comunidad donde estos profesionales ejercen, potenciando su formación posgraduada, continua y permanente en su propio trabajo y práctica profesional en la comunidad.

Para entender lo anterior se parte entonces de considerar al proceso de formación socio-asistencial del profesional de la salud en el ámbito comunitario como:

1. Un proceso **social** en su totalidad, desarrollado por los humanos en su **esencia y existencia** en la labor y la práctica en la comunidad donde el profesional de la salud presta asistencia.
2. Una **totalidad** por su carácter **holístico**, asumido desde la teoría general de sistema, ya que es un proceso totalizador que se desarrolla en el propio ejercicio comunitario del profesional de la salud, mediado por una práctica asistencial continua, dada en la actividad cognoscitiva, transformadora, comunicativa y valorativa que dichos profesionales desarrollan en la labor comunitaria.
3. **Consciente**, por desarrollarse en la relación que se establece entre la conciencia social y la conciencia individual con una intencionalidad que requiere una **sistematización** formativa de la cultura socio-asistencial en salud que fomente el humanismo, contextualizada en pleno ejercicio profesional en el

seno de la comunidad, donde se distinga el compromiso, la flexibilidad, la trascendencia y el amor, como valores más universales que guíen la sensibilidad espiritual, el respeto al otro en sus creencias, ideologías y costumbres, el decoro, el interés, la empatía y la dignidad humana.

4. Integrado por procesos que son considerados como configuraciones, dimensiones, eslabones y estructura de relaciones para lograr en el ejercicio comunitario de la profesión, la formación posgraduada continua y permanente del profesional de la salud, que le permitan mejores desempeños en el logro de la prevención, promoción, curación y rehabilitación de salud, aspectos que además de ser competencia de todo profesional de la salud, son núcleos de contenidos generales y esenciales a desarrollar en la didáctica de dicha profesión. Estos están vinculados a sus funciones socio-laborales identificadas con las docentes, asistenciales, científico-investigativas y gerenciales; todas con un carácter social y humanista.
5. Constituido por los eslabones de diseño, dinámica, resultados/evaluación y gestión, que se dan en su totalidad e integralidad para su desarrollo como proceso didáctico y que a la vez son procesos sociales, resultando entonces un proceso formativo en y desde la educación superior, mediado por la universidad médica y sus dependencias docente-asistenciales a desarrollar en el ejercicio comunitario del profesional de la salud.
6. Dependiente de un proceso de **gestión para la totalidad del desarrollo de la cultura socio-asistencial con carácter humanista del profesional de la salud**, como aquel que de modo consciente se desarrolla a través de un sistema de carácter social que se establece entre los sujetos implicados, al estar dirigido a preservar, desarrollar, difundir, crear, transformar y revolucionar en un clima formativo adecuado, el talento humano competente y motivado que comprenda, **sistematice** y generalice la cultura en salud, donde se signifiquen los aspectos sociales, existenciales y esenciales de la espiritualidad. Se dirige entonces a lograr competencias profesionales y humanas, mediado por planeamientos, conducciones, seguimientos y evaluaciones de un conjunto de decisiones y acciones,

con el fin de buscar la solución a los problemas de la comunidad y al mismo tiempo para alcanzar determinados objetivos.

Todo lo anterior es expresión de un proceso de gestión socio-cultural, que a la vez es formativo y humano. Éste también puede desarrollarse en pleno ejercicio de la profesión en la comunidad.

La gestión en este caso como en otros casos, se tiene como un eslabón intermedio entre la planificación del proceso y los objetivos concretos que se pretenden alcanzar en la formación del profesional de la salud en los escenarios donde labora en el seno de la comunidad, que también es formativo en el contexto actual de universalización y municipalización de la educación superior y su proyección a la comunidad.

A partir de esa posición y tomando en cuenta las características propias del campo donde se inscribe la investigación, es que la **gestión para el desarrollo socio-asistencial del profesional de la salud en pleno ejercicio de su profesión en la comunidad**, es la que de modo consciente se ha de desarrollar a través de un complejo sistema de carácter social para que se desarrollen también: lo docente, lo científico investigativo, lo gerencial, lo administrativo y lo evaluativo, con pertinencia, optimización e impacto en el logro de competencias profesionales y humanas en el propio desempeño y la satisfacción de las demandas de salud de la comunidad, en plena formación comunitaria de postgrado. Ello ha de tenerse más en cuenta en los programas de estudios para la formación posgraduada, continua y permanente del profesional de la salud en la comunidad, como se pudo comprobar en el diagnóstico reflejado en la caracterización actual expresada en el capítulo anterior.

7. **Entonces demandante de una dinámica**, que es un eslabón esencial de la didáctica de la educación superior, donde a través de la interacción entre los implicados en un espacio de construcción de significados y sentidos, desarrolle la actividad formativa y con ello su capacidad transformadora profesionalizante (Homero Fuentes: 2009). Su esencia está en estimular y potenciar el desarrollo individual y social del profesional de la salud que se forma en pleno ejercicio comunitario, capaz de propiciar la independencia y la creación, lo que no ocurre evidentemente al margen de la concepción

sustentada por los implicados en este proceso, inmersos en las relaciones con otros procesos sociales como totalidades complejas y realidad del contexto social y profesional donde se convive en múltiples situaciones familiares, políticas, sociales, ecológicas, ideológicas, **espirituales**, laborales, profesionales, entre otras, lo que potencia su carácter socio-cultural y humanista totalizador, según los valores contextuales.

8. Por otra parte, en el proceso de la dinámica es donde se ha de establecer la interacción entre los implicados y por tanto se han de concretar los supuestos culturales que se desarrollen, a partir del reconocimiento totalizador de su realidad, desde la cultura de los implicados como expresión del contexto comunitario en unidad con la **sistematización** de la cultura en general, lo que hace indispensable una formación contextualizada y universal, en el propio ejercicio profesional en comunidad, sustentado en las potencialidades humanas de ser, saber, hacer y convivir en relación con los problemas de salud.
9. **Relacionado con una pedagogía social** como aquella destinada a la formación de y en la comunidad en sentido general, cuando se asume que una de las misiones del profesional de la salud es la intervención asistencial en el seno de la sociedad y lograr que esta última participe también desde su interior en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de salud, autosolucione sus problemas de salud y autogestione las vías para lograrlo. Así recordamos y asumimos a Martí cuando expresó “... con un tanto de atención, cada cual puede ser un poco médico de sí mismo” (O. C. t 23 p 266), todo lo cual potencia además lo asistencial como educativo.
10. Este proceso ha de tener implícito fomentar y desarrollar un respeto a la vulneración de los derechos humanos en relación con su cuerpo y su honor, los cuales se identifican con el derecho a la vida, a la integridad, la libertad, la intimidad, la imagen, los sentimientos (dada en su naturaleza, sus potencialidades y en su práctica humana); donde muchos son tradicionalmente innatos, intrasmisibles e imprescriptibles, vinculados con los ideales deseados como muestra de los valores fundamentados

en las necesidades del ser humano, mediado por el compromiso y la flexibilidad. En fin, tener respeto y amor por encima de todas las cosas al decoro y la dignidad del hombre.

Se puede considerar entonces, la **formación socio-humanista en la labor comunitaria fundamental del profesional de la salud**, que es la **asistencial** (sin separarse de la docente, la científico investigativa y la gerencial), como la acción y efecto de formar conocimientos, habilidades, valores y valoraciones que permitan transformaciones y un mejor desempeño, pertinente al logro de una adecuada promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud donde se promueva/incentive la espiritualidad, el respeto, la sensibilidad, la lealtad, el compromiso, la flexibilidad, y el amor del ser humano. Es la preparación adecuada y permanente de los profesionales de la salud en su labor comunitaria donde se dedican a solventar los problemas de salud en su propio espacio formativo de postgrado, que sea continuo y les permita desarrollar su actividad profesional, pero fundamentalmente humanista.

En ese sentido es la actividad cuyo objetivo es descubrir y desarrollar las potencialidades y capacidades profesionales y fundamentalmente humanas en el ejercicio profesional en comunidad, lo que también es formativo, para que sea entonces más satisfactorio. Es una actividad educativa que se orienta a proporcionar conocimientos, habilidades valores y valoraciones necesarios para el correcto desempeño profesional, laboral y humanista del salubrista.

Ella está integrada por dimensiones tanto teóricas como prácticas, pero con mayor peso de las segundas y posee un carácter marcadamente laboral, no sólo dado por sus contenidos técnicos, sino también porque prepara a los profesionales de la salud para insertarse dentro de determinadas relaciones humanas en el trabajo comunitario.

Pero lo anterior requiere para su desarrollo, una **sistematización** en el propio quehacer comunitario del profesional de la salud, asumida como “una categoría pedagógica que define esto con un carácter de continuidad y conectividad, que se dinamiza en estadios de desarrollo cualitativamente superiores en dicha

apropiación y que conlleva a la recreación y creación de esa cultura” -criterio asumido de Fuentes González (2009).

Así, puede develarse una categoría esencial que expresa la contradicción entre la **formación**, controlada por el centro de educación médica superior y sus dependencias docentes asistenciales, que tiene un carácter pedagógico y la **asistencia** en el seno de la comunidad, que tiene un carácter socio-laboral, la cual se identifica con **la sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria del profesional de la salud**.

Esta categoría está condicionada además por la relación formativa y dialéctica que se desarrolla entre lo asistencial en el ejercicio del profesional de la salud en la comunidad y la cultura socio-humanista, donde la primera condiciona a la segunda y ésta cualifica a la primera.

Esa categoría distingue el humanismo que ha de tener el profesional de la salud con el paciente, los familiares y la comunidad, configuración que garantiza además el **desarrollo de una cultura socio-humanista-asistencial del profesional de la salud** en su propio quehacer comunitario, como intencionalidad, cuando se tenga en cuenta la esencia y la condición humanas desde los presupuestos asumidos, que condicionó proponer una definición de salud*. *Plasmada en el texto publicado por el autor y colaboradores en la Universidad de Málaga-España-2012 [“Didáctica de la formación gerontológica del profesional de la salud: aproximación desde la concepción holística complejo configuracional y dialéctica”](#).*

En esa definición se considera que la **salud** no es solo el pleno bienestar bio-psico-social del individuo con ausencia de enfermedad, sino también un bienestar **ecológico y espiritual**, en estrecha relación con las potencialidades humanas de **ser** saludable como lo aptitudinal, **saber** sobre los problemas que la dificultan o la potencian como lo conceptual, **hacer** por conservarla o reconquistarla como lo actitudinal y procedimental, más el **convivir** como la capacidad del ser humano a adaptarse al medio social, económico, político, ideológico, espiritual, ecológico y cultural en que se desarrolla, para estar en equilibrio;

sin separarse de su actividad **cognoscitiva** sobre los problemas que entorpezcan o faciliten bienestar del ser humano, unido a la **comunicación** sobre las condiciones de la que dependa el buen vivir (digno y decoroso), para condicionar las **valoraciones** correspondientes que permitan las **transformaciones** de la realidad en aras de un adecuado nivel de vida. En lo que hay que tener un **compromiso** con las situaciones concretas en las que interviene, donde se encierra: la responsabilidad, el interés, la sensibilidad, el cumplimiento de la palabra empeñada, el secreto y la identidad entre otras cualidades, pero con **flexibilidad** que signe la empatía, el respeto a las opiniones y conductas ajenas, la inteligencia emocional, la asertividad, la resiliencia y el consentimiento informado, entre otras, para que pueda entonces **trascender** las condiciones de bienestar, y hacerlo todo con un infinito **amor** que encierre la autoestima y el altruismo.

Es así que la garantía del **desarrollo de la cultura socio-humanista-asistencial del profesional de la salud** está en asumir dicho desarrollo como un proceso que transcurre en el tiempo y en el espacio donde se transforman las potencialidades humanas a través de estadíos sucesivos de desarrollo, que propicien niveles superiores en las cualidades de salud y por tanto de bienestar en relación con la esencia y la condición humana, donde resultan factores decisivos la complejidad de los sujetos y del ámbito comunitario en que se desarrollan, la falta de sensibilidad o de respeto hacia el otro, todo lo cual reclama de una ética y una sensibilidad espiritual, así como capacidad para el desarrollo de un humanismo en la asistencia al sujeto, a la familia y a la comunidad como proceso de desarrollo humano-cultural. Estas consideraciones son comprensibles para la formación de los profesionales del campo de la salud que ejercen la labor asistencial en la comunidad.

Lo anterior condiciona, por tanto, una **cultura socio-humanista-asistencial del profesional de la salud**, entendida como aquel conjunto de conocimientos que garantice considerar el bienestar en el ser humano, que además de dinámico condicione una salud desde la concepción, el nacimiento y hasta la muerte, dada

así por una mejor calidad de vida, que no está identificada con el mayor o menor tiempo vivido, sino con que lo vivido sea cada vez más satisfactorio, procesos en los cuales se siguen y se demandan sucesivos estadios de evolución saludable.

Así se puede considerar que la **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria**, para lograr desarrollar la **cultura socio-humanista-asistencial del profesional de la salud** como intencionalidad, ha de estar condicionada además por la **apropiación de cultura asistencial en salud** que se desarrolla en la propia labor comunitaria de ese profesional, en relación dialéctica con la **profundización de la cultura socio-humanista**, entendiéndose ésta en el discurrir con mayor atención al examinar o intentar penetrar en la esencia y la existencia humanas, para un mejor desempeño, sustentado en conocimientos, habilidades, valores y valoraciones en relación con la condición del humano, donde se potencie, asegure y garantice la sensibilidad, la dignidad y la espiritualidad. La apropiación de la cultura en salud se identifica, entre tanto con la incorporación de contenidos relacionados con la cultura en salud a desarrollarse en la propia labor asistencial comunitaria y que incluye la promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Lo anterior devela que la labor asistencial junto con las demás funciones socio-laborales del profesional de la salud (docente, científico investigativa, y gerenciales) para que tenga pertinencia, optimización e impacto, tiene que ser socio-humanista, pero a la vez la labor asistencial de ese profesional condiciona la profundización de la cultura socio-humanista (Ver Fig.2.1.1).

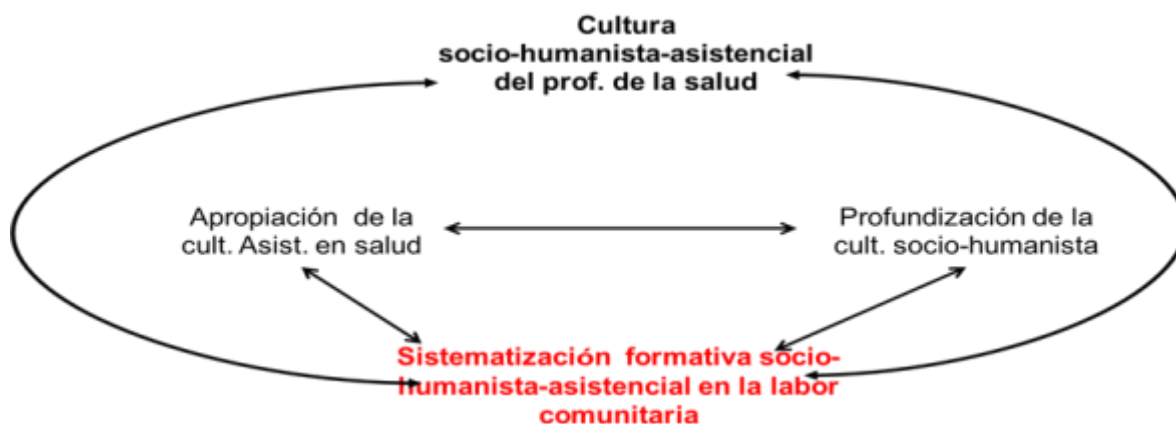


Fig. 2.1.1

Es entonces que la sistematización que se define es una configuración que constituye la síntesis de la relación entre dos configuraciones identificadas con la **apropiación de la cultura asistencial en salud** y la **profundización de la cultura socio-humanista**, cuya relación ha de garantizar el desarrollo de la **cultura socio-humanista-asistencial del profesional de la salud**, lo que le confiere desde la unidad de análisis holístico configuracional y dialéctico, una **dimensión socio-cultural**. (Ver Fig. 2.1.2).



Fig.2.1.2

Es así que se puede considerar a la **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria** del profesional de la salud, como aquella que se ha de realizar en el propio ejercicio de ese profesional en el seno comunitario, contextualizado en el quehacer cotidiano, no solo del médico general

básico, sino también del rehabilitador social, del enfermero y enfermera, del psicólogo de la salud y los demás profesionales del sector en cualquier lugar de la comunidad donde se desempeñen.

Por otro lado, lo anterior solo puede ser alcanzado por una **práctica** en la asistencia comunitaria del profesional de la salud que a la vez es formativa, ya que va condicionando y potenciando la sucesiva, continua y permanente formación de cualquier profesional, afianzando los conocimientos, habilidades, valores y valoraciones. Es donde se forma y se adiestra el profesional, mediado en su actividad cognoscitiva, transformadora, valorativa y comunicativa.

En este caso, es el medio de ejercer el arte salubrista conforme a sus reglas, es una forma de adiestramiento en el ejercicio profesional comunitario, que al ser un modo o método observable por alguien, es un ejercicio que puede ser guiado por cierto tiempo bajo la dirección de un docente. Estos docentes pueden de ser: los profesores del Grupo Básico de Trabajo (GBT), los metodólogos, los subdirectores docentes y demás administrativos, entre otros.

Lo anterior condiciona entonces una **práctica asistencial formativa** del profesional de la salud, configuración que incluye la práctica preventiva, promotora, curativa y rehabilitadora de salud, que a en la medida que se ejecutan también son formativas porque en ella se sistematiza la cultura y se desarrolla también una autoformación, guiada y orientada por docentes que pueden ser clínicos, obstetras, pediatras, psicólogos, licenciados en rehabilitación social y ocupacional, fisioterapeutas, entre otros, fiscalizados por los directivos docentes y asistenciales de forma coordinada.

Además, la **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria** del profesional de la salud requiere de un **trabajo** a desarrollar en la propia comunidad por ese profesional, entendido dicho trabajo como el esfuerzo necesario para suministrar bienes o servicios de salud mediante el trabajo físico, mental o emocional para beneficio propio o de otros, que puede ser remunerado o gratuito en un lugar determinado y dentro de un horario específico en la comunidad.

Ese trabajo del profesional de la salud que se desarrolla en la comunidad, siempre es retribuido, ya que al ser obra y resultado de la actividad humana (transformadora, cognoscitiva, valorativa y comunicativa), es el esfuerzo humano aplicado a la obtención o mantenimiento de un logro, que en este caso es la salud del individuo, la familia y la comunidad. En él se ejecutan las labores asistenciales, docentes, científicas investigativas y también gerenciales, consolidándose las competencias, preventivas, promotoras, curativa y rehabilitadoras del profesional de la salud, condicionando **el trabajo comunitario del profesional de la salud**, como configuración que no solo ha de ser orientada por los administrativos sino también por los docentes en estrecha vinculación, y en un equilibrio que distinga lo asistencial como elemento inseparable de las demás labores socio-comunitarias.

Se puede plantear entonces que la **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria** solo es posible con una **práctica asistencial formativa** y el **trabajo comunitario del profesional de la salud** en estrecha relación dialéctica.

La primera considerada como el ejercicio de cualquier profesional de la salud en la comunidad, conforme a sus funciones socio-laborales que garantiza una formación constante y continuada de posgrado que está en relación contradictoria con la segunda, determinada esta por sus funciones: preventivas, promotoras, curativas y rehabilitadoras, que además son los núcleos de contenidos en la didáctica de salud que condicionan las competencias, habilidades, valores y valoraciones, a desarrollar en el proceso formativo socio-humanista y asistencial de esos profesionales, pero donde ese trabajo se significa en las labores asistenciales, docentes, científico-investigativas y gerenciales en estrecha relación contradictoria y determinante una de otra (ver Fig.2.1.3).

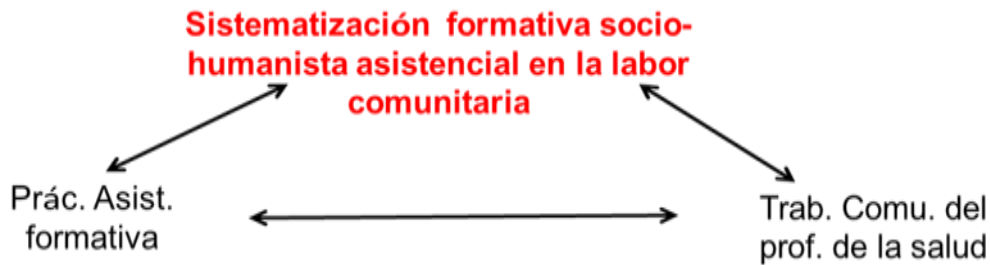


Fig.2.1.3

Por otro lado, la **práctica asistencial formativa** y el **trabajo comunitario del profesional de la salud** han de lograrse desde una **gestión formativa socio-cultural-asistencial y humana en salud** como un conjunto de procesos para la pertinencia, la optimización, el impacto y la existencia, así como para: lo docente, lo asistencial, lo científico investigativo y lo gerencial, relacionados todos entre si por alguna forma de interacción, dada por el conjunto de elementos que se identifican por las relaciones de significación dentro de límites establecidos, las que determinan una organización y aportan coherencia a dicha gestión socio-cultural para el proceso de formación profesional y humanista en salud.(ver Fig.2.1. 4).



Fig.2.

1.4

La gestión en este caso se tiene como un eslabón que condiciona la planificación del proceso y los objetivos concretos que se pretenden alcanzar, comprende los procesos de **planeamiento, conducción, seguimiento y evaluación** de un conjunto de decisiones y acciones, con el fin de buscar la solución a los problemas de salud comunitaria que se presenten y al mismo tiempo para lograr determinados objetivos de

una organización, que en este caso se identifica con la formación socio-humanista-asistencial del profesional de la salud, instituida en los escenarios comunitarios donde se labora, la cual también es formativa en el contexto actual de universalización y municipalización de la educación superior.

En otras palabras es posible afirmar que la **práctica asistencial formativa** y el **trabajo comunitario** del profesional de la salud, solo pueden ser logrados cuando medie una **gestión** que las garantice, pero que tenga un carácter formativo que condicione la formación posgraduada continua y permanente de ese profesional en pleno ejercicio social y comunitario de su profesión, que ineludiblemente ha de ser una **gestión humanista y cultural**.

Se puede aseverar entonces que la **gestión formativa socio-cultural-asistencial y humana en salud** como configuración es síntesis de dos configuraciones que son: **la práctica asistencial formativa** y el **trabajo comunitario del profesional de la salud**, confiriéndole al proceso desde la unidad de análisis asumida una **dimensión socio-formativa**, que se desarrolla en la formación continua y permanente de postgrado del profesional en la comunidad, lo que sustenta una especificidad pedagógica y didáctica que se desarrolla a partir de la propuesta de la investigación.(ver Fig.2.1.5)



Fig.2.1.5

Así se devela como categoría fundamental en la modelación del proceso de formación socio-humanista-asistencial en salud en la labor del profesional salubrista en el ámbito comunitario, la **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria**, la que emerge de la **apropiación** de la cultura asistencial en salud y la **profundización** socio-humanista, que en su unidad contradictoria se van a desarrollar en la **práctica** del ejercicio asistencial en la comunidad y en el **trabajo** comunitario que realice el profesional de la salud, lo que permite por tanto una formación en el contexto comunitario, que requiere ser **gestada**.

Es importante enfatizar que en la apropiación de la cultura asistencial en salud radica la formación tradicional de competencia para la prevención, promoción, curación, y rehabilitación de salud que requiere necesariamente una profundización formativa humanista en la propia atención que se le brinda al paciente, a los familiares y a la comunidad, caracterizada por la sensibilidad espiritual, el compromiso, la flexibilidad, el amor, el respeto a la dignidad plena y demás cualidades de los valores humanos.

Esa profundización de la cultura socio-humanista que se desarrolla en la asistencia, o sea en el propio ejercicio de la profesión en la comunidad, ha de tener entonces particularidades especiales, pues además de incluir un humanismo en general desde la esencia y la existencia humanas, incluye aquel que emana

directamente de la atención al paciente, los familiares y la comunidad que puede estar dado en el respeto, el pudor, el secreto, la honradez, la ética profesional, la asertividad, la resiliencia, el afecto, el cariño, el decoro, la ideología y otros aspectos que caracterizan la espiritualidad, la autoestima y el altruismo.

La relación dialéctica develada entre lo asistencial y lo socio-humanista, conlleva por otro lado que se forme un profesional de la salud para un mejor trabajo en el contexto donde está laborando a través del desarrollo de una práctica comunitaria.

En tal sentido queda definida la categoría: **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria**, mediante un proceso de análisis y síntesis, de abstracción y de generalización que permite proponer una transformación del proceso de formación socio-asistencial en la comunidad de los profesionales de la salud, como una intencionalidad esencial de este investigador.

Por otra parte la **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria** del profesional de la salud se va a desarrollar solo si se gesta la práctica asistencial formativa en su labor comunitaria posgraduada, constituyendo esta gestión, una actividad de postgrado que propicia que el profesional de la salud se forme continua y permanentemente en el propio ejercicio comunitario de la profesión.

Ahora bien, al quedar definida la intencionalidad para el desarrollo de la cultura socio-humanista-asistencial mediante las dos categorías develadas, queda entonces demostrado que la **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria**, está condicionada por una contradicción dialéctica que se da entre la apropiación de la cultura asistencial en salud y la profundización de la cultura socio-humanista.

La apropiación de la cultura asistencial en salud está centrada entonces en la formación de las competencias esenciales del profesional salubrista identificada con la promoción, prevención, curación y

rehabilitación, definidas de manera tradicional en los contenidos formativos del profesional de la salud, que además de venirse formando desde el pregrado, se continúan ejercitando en el trabajo comunitario una vez graduado dicho profesional, pero en la que tiene que existir necesariamente una **profundización de la cultura socio-humanista**, pues su profesión es ejercida en el trabajo con los humanos en interacción socio-comunitaria. Humanos sensibles, con determinadas creencias religiosas u otras, con ciertas ideologías, que requieren un nivel de vida decoroso, con cierta identidad por su cultura e idiosincrasia, que aman a otros y a sí mismos, que son amados y necesitan ser amados; demanda en fin, respeto a su dignidad .

Es entonces que la atención necesaria desde lo socio-humanista y por tanto la necesaria profundización de dicha cultura, condiciona la continuidad en el posgrado de la apropiación de la cultura asistencial en el propio trabajo comunitario, lo cual demanda una formación posgraduada continua y permanente, que en los profesionales de la salud se da en el propio ejercicio de su profesión, mediado por una práctica asistencial formativa y el trabajo del profesional en la comunidad.

Por otra parte se deduce de lo anterior una dimensión socio-cultural en la **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor del profesional de la salud en la comunidad**, de la que se puede derivar la relación dialéctica entre lo asistencial y lo socio-humanista, que distingue además la labor asistencial del profesional de la salud de otros profesionales en relación con la esencia y la existencia del humano, donde se distinga la sensibilidad espiritual.

De esta manera se puede revelar del modelo una relación esencial que como abstracción expresa los movimientos y transformaciones del proceso de formación socio-asistencial del profesional de la salud en su labor comunitaria, dada en que:

1. El desarrollo de la cultura socio-humanista-asistencial en el profesional de la salud está condicionado por la relación entre la apropiación de la cultura asistencial con la profundización de la cultura socio-humanista en comunidad.

Por otro lado en la práctica asistencial formativa se ha de tener presente la formación continua y permanente del profesional de la salud una vez graduado y en la consideración de que esta se desarrolla en el propio ejercicio comunitario de su profesión, que también demanda ser gestada y que ha de estar condicionada por los profesores del GBT, o sea los: Jefe de GBT, clínicos, médicos generales integrales (MGI), obstetras, psicólogos, pediatras y otros, quienes tienen que gestionar este tipo de formación postgraduada, fundamentalmente en los profesionales recién graduados, que cuando egresan como médicos generales básicos (MGB), rehabilitadores sociales (RS), psicólogos, enfermeros u otros, van a prestar asistencia en la comunidad y tienen que seguir una formación y superación continua y permanente como cualquier profesional.

En ese sentido se fundamenta que la práctica asistencial del profesional de la salud sigue siendo ilimitada en tiempo y en espacio, es decir, un ejercicio formativo de este profesional, que se da en el trabajo comunitario, el cual deviene proceso que se gesta a la vez que es formativo.

Lo anterior condiciona y potencia entonces otro par dialéctico dado entre la **práctica asistencial formativa** y el **trabajo comunitario del profesional de la salud**, ya que la práctica se da en el trabajo y donde una permite ir configurando la otra. Ese par dialéctico se sintetiza entonces como se expresó anteriormente en la **gestión formativa asistencial social y humana del profesional de la salud**, lo que condiciona la **dimensión socio-formativa** de la **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria** de ese profesional. (Ver Fig.2.1.5).

Lo anterior permite significar una modalidad en la formación postgraduada del profesional de la salud, donde radica lo pedagógico y lo didáctico del modelo que se está proponiendo, ya que devela la formación

en el ejercicio comunitario de ese profesional, dirigida por los GBT, quienes tiene la responsabilidad de gestarle en el cumplimiento de su labor docente, asistencial e investigativa.

Esto devela así, una segunda relación esencial del proceso de formación socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en su labor comunitaria, identificada con:

2. La sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria del profesional de la salud, se gesta en la relación entre la práctica asistencial formativa con el trabajo comunitario.

Ambas relaciones esenciales reveladas que a la vez expresan los movimientos y transformaciones en el proceso de formación socio-asistencial del profesional de la salud en la comunidad, constituyen una abstracción más esencial que deviene **modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en el ámbito comunitario** (ver Fig.2.1.6), en el cual se devela que el desarrollo de la cultura socio-humanista se constituye y construye a través de una práctica formativa asistencial dirigida y gestada por los profesores de los GBT en la formación de los recién egresados, que demanda una estrategia de gestión que ha de tener un programa.

MODELO DE GESTIÓN FORMATIVA SOCIO-HUMANISTA-ASISTENCIAL EN EL ÁMBITO COMUNITARIO



Fig. 2. I.6

Por otro lado las relaciones develadas pueden condicionar regularidades en su comportamiento para lo cual es oportuno hacer algunas reconsideraciones que subyacen en la modelación que se está develando y que potencian también el sustento epistémico para la posterior propuesta estratégica; y es que queda claro que desarrollar una cultura socio-humanista-asistencial en el profesional de la salud implica que la gestión del mismo es imprescindible.

En ese sentido, la **gestión formativa socio-cultural-asistencial y humana en salud revelada en el modelo** tiene implícito:

- **Gestionar la formación de funciones socio-laborales en el profesional de la salud**, como la formación de las funciones específicas de ese profesional, identificadas con las docentes, asistenciales, investigativas y gerenciales.

- **Gestionar la formación de competencias profesionales y humanas en salud**, dadas en acciones preventivas, promotoras, curativas y rehabilitadoras de salud, sustentado en la esencia y la existencia del ser humano desde el concepto de salud que se propone.

Por otro lado en ella subyace **una gestión humano-cultural para la formación del profesional de la salud en comunidad**, determinada en acciones que se realicen sustentadas en la existencia y la condición humana dado en su naturaleza, su capacidad transformadora, su actividad y la escala valorativa, para lograr que los profesionales de la salud profundicen en los contenidos en su propio ejercicio profesional en la comunidad acordes con dicha concepción, trascendente a su labores socio-asistenciales en la propia comunidad, dado en una correcta administración y dirección del proceso, a través de una adecuada organización.

Lo anterior entonces se relaciona dialécticamente con **una gestión para la dinámica del desarrollo socio-humanístico-asistencial en el profesional en salud** también en comunidad, determinada por acciones para lograr un adecuado espacio de construcción de significado y sentido que se dé entre los implicados en el proceso de formación socio-asistencial comunitario de ese profesional, donde se tenga en cuenta la motivación, la comprensión, la explicación, la sistematización, la generalización, la interpretación y la observación socio-humanista-asistencial, mediada por una correcta administración y una adecuada organización desde una concepción humanístico-cultural.

Estas oportunas reconsideraciones potencian además lo epistemológico del modelo de gestión en su **dimensión socio-formativa** con los dos tipos de gestión develadas para la formación, y la **dimensión socio-cultural** como síntesis de la gestión humano cultural y la gestión para la dinámica consideradas, las cuales constituyen condiciones esenciales que subyacen en el **modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en salud en el ámbito comunitario**.

De las relaciones develadas en esta modelación emerge una regularidad como una abstracción aún más esencial, que se enuncia como sigue:

El trabajo y la práctica asistencial en la comunidad condicionan el desarrollo social y humano del profesional de la salud en ejercicio. Ello es un proceso formativo continuo de posgrado condicionado por la gestión socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario.

Es entonces que a partir de las reconsideraciones teóricas develadas y que devienen sustento epistémico, se puede proponer una **estrategia de gestión formativa** que desarrolle lo **asistencial** y lo **humanista** en el propio ejercicio comunitario del profesional de la salud como significación práctica de dicha modelación.

Se defiende entonces la **hipótesis** de que si se aplica una **estrategia de formación socio- asistencial** en los profesionales de la salud sustentada en un **modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en salud en el ámbito comunitario** que desarrolle la contradicción entre el carácter asistencial y la necesaria impronta humanista en la atención a los problemas de salud en la comunidad, se podrá contribuir a solucionar las insuficiencias en la atención socio-comunitaria.

2.2 Estrategia de gestión para la formación socio-humanista-asistencial en salud

Se puede proponer entonces una estrategia de gestión para la formación socio-humanista-asistencial en salud en plena labor comunitaria a partir de las relaciones y regularidades que emanan de la modelación teórica (abstracción) como expresión de una comprensión, explicación e interpretación generalizadora de la gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario. Inspirada en una visión proactiva, que parta de la concepción de premisas y requisitos culturales y espirituales relacionados con las regularidades de la teoría aportada, en relación con la práctica asistencial en el ejercicio de la profesión y con el trabajo comunitario. Ello permite la construcción de un conocimiento científico, así como la definición y logro de objetivos con carácter trascendente, posibilitando el cumplimiento de los objetivos

estratégicos como intencionalidad a través del desarrollo de los subprocesos que lo contienen. Estos procesos son: el subproceso docente, el subproceso científico-investigativo, el subproceso gerencial y el propio proceso asistencial.

Por tanto, a través de la **estrategia de gestión para la formación socio-humanista-asistencial en salud** se viabiliza la profundización cultural socio-humanista y la apropiación de la cultura asistencial en salud en un trabajo comunitario del profesional y en su práctica asistencial formativa.

Todo lo anterior es mediado por la **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria** de ese profesional, como relación necesaria y trascendente, al ser expresión del desarrollo de su cultura consecuente con el carácter humano y cultural de la formación socio-asistencial, todo lo cual está sustentado en el desarrollo contextual y universal de una **gestión formativa asistencial social y humana** de ese profesional, que es síntesis de la **práctica asistencial formativa** y del **trabajo comunitario** que desarrolla la formación de funciones socio-laborales y la formación de competencias profesionales y humanas de forma continua y permanente en el propio ejercicio comunitario del profesional de la salud. (Ver Fig.2. 2.1)



Ó

Fig.2. 2.1

En esta estrategia al decir de Fuentes H (2012) "...se establece una ruptura con la tendencia de trasladar los modelos de estrategia empresarial a las instituciones de carácter social, pues se parte de considerar que las empresas se fundamentan en la búsqueda de beneficios, lo cual condiciona todo el planteamiento en la determinación de la misión, la visión y los objetivos, mientras que en instituciones de carácter socio-formativo..., (como es el caso de la universidad médica en la formación socio-humanista-asistencial en comunidad del profesional de la salud) ...se desarrollan sobre la base de la contradicción entre preservar, desarrollar, difundir, crear, transformar y revolucionar la cultura..." en salud, lo cual constituye una premisa en la elaboración de esta estrategia.

Al diseño de esta estrategia le es inherente una visión de futuro en el desarrollo de la **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor del profesional de la salud en la comunidad**, desde una flexibilidad que logre dar respuesta a las crecientes demandas de salud en el propio desarrollo contextual comunitario de esta cultura, para insertarse en la construcción de la cultura universal, a su vez enriquecedora de lo contextual inicial como presupuesto esencial.

De ese modo se favorecerá la respuesta de la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud al desarrollo de los procesos que en ella se dan, particularizándose en la región y el territorio donde esta se inserta, singularizándose para un contexto comunitario determinado en relación con el

centro de educación médica superior dado y en sus entidades docentes-asistenciales de la comunidad, (policlínicos, consultorios del médico de la familia, casas de abuelos, hogares de ancianos, salas de fisioterapia, entre otros) en correspondencia con las premisas y requisitos que prevean tanto el actual desarrollo como los escenarios futuros en el pleno ejercicio de los profesionales de la salud en la comunidad.

Se parte entonces de concebir esta estrategia a partir de la elaboración de una serie de procedimientos relacionados dialécticamente y que tienen su sustento en las relaciones esenciales del **Modelo de Gestión Formativo Socio-humanista-asistencial en Salud en el Ámbito Comunitario**, al ser éstas contentivas de un nivel de esencialidad que garantiza el grado de sistematización y generalización necesarios, en tanto es posible especificar su aplicación desde las acciones previstas en la propia estrategia.

Lo anterior posteriormente se concreta en el diseño de estrategias particulares coherentes con **los niveles fundamentales** que se proponen, lo cual facilita instrumentar los presupuestos epistemológicos concebidos para cualquier contexto, en tanto su aplicación se hace específica a partir de los procedimientos previstos en la misma.

Los niveles fundamentales han sido definidos como:

- Primer nivel de esencialidad socio-humanista-asistencial en salud.
- Segundo nivel de valoración
- Tercer nivel de concreción.

El **primer nivel** es expresión de la comprensión de la esencia de la formación socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en la comunidad, que a su vez tiene su sustento y se sintetiza en los valores humanos y asistenciales, los que son síntesis de las **premisas** y los **requisitos** que garantizan la **práctica asistencial formativa** y el **trabajo comunitario** como proceso esencial del desarrollo de la cultura socio-humanista-asistencial del profesional de la salud, a través de una **sistematización formativa socio-**

humanista-asistencial en la labor del profesional de la salud en la comunidad. (Como se muestra en la Fig.2. 2.2.)

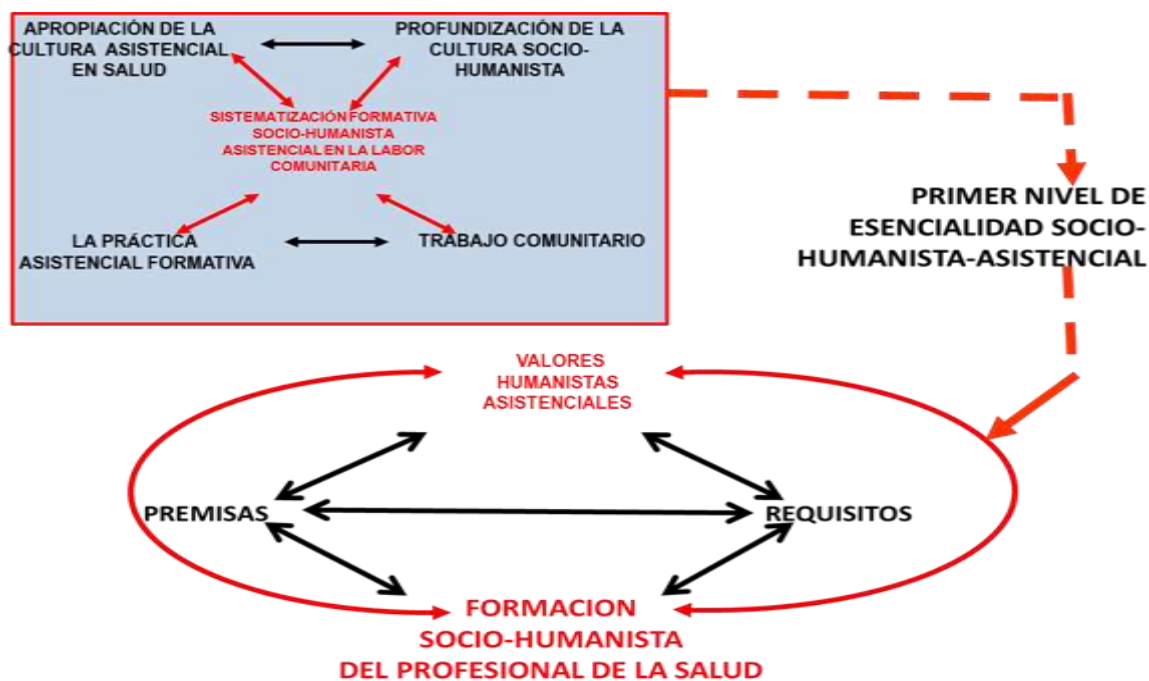


Fig.2. 2.2.

Los valores humanos y asistenciales, entonces, son condicionados por las premisas dadas y los requisitos diseñados en la **estrategia de gestión que se requiere**, pero esta al mismo tiempo condiciona y enriquece dichos valores. (Ver Fig.2. 2.3.)

PRIMER NIVEL DE ESENCIALIDAD SOCIO-HUMANISTA-ASISTENCIAL



Fgu.2.

2.3

Por eso estas premisas y requisitos se constituyen en antecedentes de los valores humanistas y asistenciales, los que a su vez condicionan la **práctica asistencial formativa** y el **trabajo comunitario del profesional de la salud**, constituyendo par dialéctico que se sintetiza en un proceso de **gestión formativa asistencial, social y humana del profesional de la salud**, que determina como cualidad la cultura socio-humanista-asistencial en salud, sobre la que se sustenta toda la subsecuente gestión formativa.

Las premisas en este caso se identifican con las circunstancias que presuponen a la cultura socio-humanista-asistencial en salud contextualizada en la comunidad donde se desarrollará la formación del profesional de la salud, al favorecer su profundización desde el contexto socio-laboral-formativo y que se constituye en las **prácticas asistenciales formativas** y en el **trabajo comunitario**, sustentados en valores formados a partir de condicionamientos históricos, ideologías, creencias, tradiciones salubristas asistenciales y humanistas, estas pueden ser personales, pero en este caso deben estar basadas en estructuras de valores compartidos socialmente, a través de las cogniciones sociales implícitas en la

gestión formativa socio-humanista-asistencial en salud que han ido conformando valores universales, regionales, territoriales, comunitarios e institucionales.

Estas premisas se asumen entonces como el nivel de desarrollo de la cultura socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en cada instante de su labor comunitaria, expresión sintética de las tradiciones y creencias culturales de un contexto asistencial formativo determinado en la comunidad; por tanto, no es posible asumirlas como un estadio estático; por el contrario, a cada momento se enriquecen con los requisitos culturales.

Por otro lado, reconociendo y asumiendo que las premisas representan los condicionamientos que propician el desarrollo de la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud, son factores que independientemente de la conciencia de los implicados en el proceso, están presentes y desde su análisis pueden influir positiva o negativamente en la dinámica de dicho desarrollo, condicionar en tal sentido la entropía y la negaentropía. Éstas no se cambian a voluntad: son condicionamientos históricos y culturales, y entre ellas están:

1. La relación entre los procesos (docente, asistencial, científico investigativo, gerencial o cualquier otro) con el desarrollo de la formación socio-asistencial del profesional de la salud en el contexto comunitario y espiritual donde se desarrolla el ejercicio profesional y se desenvuelve el proceso.
2. La implicación de la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud con el contexto histórico concreto y espiritual donde ejerce su profesión, mediante la práctica asistencial formativa y el trabajo comunitario, en el que se desarrolla un proceso formativo continuo y permanente como modalidad de postgrado, potenciando la esencia y existencia del humano.
3. El aprovechamiento de las potencialidades y necesidades espirituales del contexto comunitario en el proceso de formación socio-asistencial del profesional de la salud en el pleno ejercicio de su profesión

en la comunidad.

4. El desarrollo de la motivación espiritual y la hermenéutica socio-humanista como dimensiones didácticas –García Tamayo 2012- para el desarrollo de una cultura socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en pleno ejercicio comunitario de su profesión.
5. La calificación teórica y técnica del personal docente concerniente al contenido socio-humanista-asistencial en salud; donde se haga énfasis en la sensibilidad, la espiritualidad y la dignidad humana.
6. La preparación del personal docente en el campo didáctico y del saber específico.
7. La resistencia al cambio.

En caso de que las valoraciones de las premisas al aplicar la estrategia de gestión propuesta sean favorables (negaentrópicas) o no (entrópicas) se hace necesario imponer determinados requisitos que favorezcan la influencia de las premisas positivas y reviertan la negativas.

Asumiendo que los **requisitos** son condiciones que se imponen al diseño y aplicación de la estrategia en la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud, y que deben lograr lo anteriormente planteado, se exponen algunos ejemplos que necesariamente serán enriquecidos por los participantes en el contexto comunitario donde se desarrolle la estrategia para dicho proceso, lo que le confiere carácter flexible y contextualizado, entre los que se tienen:

- Los sujetos a implicarse en el proceso de formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud han de reflexionar sobre los aspectos contextualizados referentes a los problemas relacionados con la esencia y la existencia del humano, para poder desarrollar una dinámica en la profundización y desarrollo cultural socio-humanista en salud de esos profesionales que se desarrollen en pleno ejercicio en el seno de la comunidad donde laboren.

- Los profesionales que implementen la estrategia tendrán que disponer de recursos epistemológicos y metodológicos en función de las demandas del propio proceso formativo contextualizado en la comunidad y de esta manera poder actuar de modo estratégico mediante el ejercicio del profesional de la salud en su práctica asistencial formativa y en su de trabajo comunitario, como una modalidad formativa de postgrado, que además sea permanente y continua.
- La puesta en marcha de la estrategia de gestión para la formación socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en pleno ejercicio profesional en la comunidad, requiere del dominio de métodos y procedimientos didácticos, en especial para garantizar la construcción continua y permanente de significado y sentido de los contenidos de la cultura socio-humanista y de la cultura asistencial de salud a desarrollar por los implicados.
- Los docentes han de estar preparados para desempeñarse como orientadores del proceso de formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud y ser poseedores de una gran sensibilidad humana, una alta espiritualidad y una gran disposición para respetar el decoro y la dignidad humana. Esto implica que los discentes los reconozcan como guías y ejemplos del proceso para el desarrollo de esa cultura socio-humanista-asistencial en su propio ejercicio profesional.
- Los implicados deben estar positivamente dispuesto para asumir esta estrategia como medio didáctico en la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud en plena práctica asistencial y en pleno trabajo comunitario de ese profesional, sobre la base de una comprensión precisa de sus potencialidades y necesidades espirituales contextualizadas, ya que su aplicación puede resultar laboriosa, sobre todo teniendo en cuenta que no es muy común que el GBT cumpla su verdadero papel de orientador docente y por tanto tampoco está el discente suficientemente preparado para una participación más activa e independiente en el proceso. Con esto deberá enfrentarse entonces, la resistencia al cambio.

- Las reflexiones profundas por parte de todos los implicados del contexto en el que se desenvuelve el proceso de formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud; de lo contrario no podrían diseñarse las actividades para que se interactúe con el contexto para el desarrollo del proceso.

Por otro lado, reconociendo que los **requisitos** se dan en unidad dialéctica con las **premisas** en tanto que tales premisas se transforman en interacción con los requisitos y estos a su vez se convierten en premisas, como expresión de la unidad y la contradicción constante, es posible reconocer que la **gestión formativa, asistencial, social y humana del profesional de la salud** es una expresión cultural en desarrollo, que a su vez dinamiza dicha contradicción.

Es necesario resaltar que las premisas no se varían a voluntad pues constituyen condicionamientos históricos y culturales, mientras que los requisitos se imponen desde dentro para lograr los nuevos valores humanos y asistenciales que la formación socio-humanista-asistencial en comunidad del profesional de la salud requiere. Ello es consecuente con la idea de que la estrategia misma transforma los valores a partir de los existentes, en tanto está presente la voluntad de cambio y desarrollo.

La consideración de estos valores en la aplicación de la estrategia es importante para lograr con un enfoque proactivo las transformaciones en todos los ámbitos en que se aspira a hacerlo, desde la universidad médica hasta la comunidad.

Desde esta estrategia entonces se posibilita dinamizar la contradicción entre las premisas y requisitos a través de la **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor del profesional de la salud en la comunidad**, como categoría que expresa la sucesión intencional en los cambios culturales en salud, al estar dinamizada en dicha dialéctica, lo que necesariamente ha de garantizar la formación socio-asistencial en la comunidad del profesional de la salud, desde la gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario.

El carácter de unidad dialéctica dado entre la **gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario** y la **formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud** está determinado por la relación entre las premisas y los requisitos.

Lo anterior permite potenciar la consecución y desarrollo intencional de la **gestión formativa socio-humanista-asistencial en salud en el ámbito comunitario** en una dinámica holística reveladora de la coherencia de esta estrategia con la concepción científica holístico configuracional, que permite comprender a la gestión develada como totalidad, posibilitando a su vez sustentar esta **estrategia**.

Se aplican entonces en este **primer estadio de desarrollo** entre las **premisas y requisitos culturales** procedimientos específicos, que serán desglosados más adelante.

Posteriormente, es posible diseñar la macroestrategia como **segundo nivel estratégico**, desde la relación contradictoria entre la **valoración del entorno**, comprendida como aquellas potencialidades y necesidades para el desarrollo del proceso de formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud, como compromiso social de la universidad médica en la formación continua y permanente de sus profesionales en pleno ejercicio comunitario de la profesión, mediado en una práctica asistencial y en un trabajo comunitario que también son formativos y que significa no un diagnóstico de información, sino una valoración cultural y espiritual de dicha formación en su contexto comunitario.

La valoración del entorno de hecho es la contextualización cultural y espiritual y por otra parte, las **relaciones y regularidades que caracterizan el modelo de gestión formativa socio-humanístico-asistencial en el ámbito comunitario**; esta última como expresión de las relaciones esenciales que se establecen al interior de dicha gestión y que por tanto ambas permiten predecir el comportamiento futuro de este proceso particular desde sus relaciones internas. (Ver Fgu.2. 2.4.)



Fgu.2. 2.4

La valoración del entorno permite estimar los factores espirituales y de sensibilidad humana -tanto externos como internos- que inciden en el cumplimiento del objetivo estratégico para la formación socio-asistencial del profesional de la salud en pleno ejercicio en la comunidad, a partir del análisis del contexto comunitario donde se desarrolla el proceso y las regularidades que se dan en la gestión formativa socio-humanista-asistencial.

Esta valoración ha de incluir el estudio de los factores de caracteres políticos, ideológicos, religiosos económicos, sociales, culturales, tecnológicos, medio ambientales, en fin todo lo relacionado a la espiritualidad desde la esencia y la condición humana, factores estos, que están presentes e inevitablemente inciden sobre la acción del proceso de formación socio-asistencial del profesional de la salud en la comunidad.

De igual modo, es necesario valorar aquellas entidades docentes y asistenciales que brindan servicios de salud individual y social en el contexto comunitario, como son: el centro de educación médica superior en su labor extensionista, el policlínico, el consultorio del médico de la familia, las casas de abuelos, los hogares de ancianos, los centros de atención secundaria de salud, las agrupaciones gubernamentales y no

gubernamentales, instituciones religiosas y todas las demás; con el objetivo de identificar ventajas y desventajas en la cooperación formativa socio-asistencial del profesional de la salud en comunidad.

Por otra parte, no es posible dejar de considerar las restantes dependencias universitarias o centros de investigación que brindan servicios y que guardan relación con la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud, dejando al descubierto las ventajas y desventajas que se revelan en ello.

Esta valoración del entorno también ha de considerar los factores internos de la universidad médica y de la no médica en los que puede apoyarse para lograr el objetivo estratégico, así como aquellas áreas donde el desempeño en comunidad es insuficiente y cuyo desarrollo se ha de potenciar para limitar su influencia negativa en la consecución del objetivo.

La contradicción entre la **valoración del entorno** y las **relaciones y regularidades del modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario** se sintetiza en la cualidad expresada en el **objetivo estratégico**, lo cual (por su alcance) es condicionado y a su vez condiciona la **gestión formativa, asistencial y humana del profesional de la salud** como referente esencial y obligado de esta estrategia.

Ese objetivo estratégico permite que se precisen los procesos que conforman la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud (procesos de pertinencia, optimización e impacto y los procesos de existencia de la propia formación), pero en ella están implícitas como dimensiones el compromiso con la salud y las tradiciones salubristas, la voluntad de transformación, que conlleva la necesaria mirada prospectiva y la capacidad o posibilidad de cambio, como la mirada futura con carácter proactivo, que implica desarrollar capacidades para la creación, la transformación y la revolución, sin olvidar las realidades presentes, flexible ante los posibles escenarios, constante y trascendente, sin exagerada precisión, todo con un infinito amor.

De este modo, la macroestrategia concebida expresa la lógica de preservación, desarrollo, difusión, creación, transformación y revolución de la cultura socio-humanista-asistencial en el profesional de la salud, mediada por la **gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario**, como elemento esencial del quehacer cultural continuado y permanente de la universidad médica en la construcción de su carácter universal y contextual, en la continua y permanente formación social y humana de sus profesionales ya graduados y en el pleno ejercicio comunitario.

Consecuentemente, en este **segundo estadio de desarrollo** las categorías que se constituyen en pares en una dialéctica contradictoria son la **valoración del entorno** y las **relaciones y regularidades** del modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en salud en el ámbito comunitario, siendo esta la categoría que expresa el objetivo estratégico y el camino a través del cual se desarrolla la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud en el ejercicio de su profesión.

En este momento se transita a un tercer nivel de **concreción** que trasciende de la valoración de los entornos y el modelos de gestión, al permitir concebir las **políticas** y las **relaciones específicas** y transformadoras de la **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria del profesional de la salud**, en una dialéctica entre las prácticas asistenciales formativas y el trabajos comunitarios del profesional de la salud, que se expresan en **acciones concretas** y las regularidades que determinan el movimiento de los eslabones. (Ver Fig.2. 2.5)



Fgu.2.

2.5

En este estadio de desarrollo de la estrategia la concreción alcanzada en coherencia con la esencialidad de la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud, desde el análisis del entorno comunitario, se expresa en políticas, que en su dialéctica con las relaciones específicas para cada subproceso identificado, permiten reconocer las acciones específicas de este subproceso.

Esta dialéctica entre las políticas y las relaciones específicas para cada subproceso propician el aseguramiento de los eslabones de este subproceso, en tanto las políticas como acciones encaminadas a su ejecución, se dirigen a posibilitar la consecución temporal y la calidad de las tareas inherentes a cada eslabón del proceso, las cuales a su vez se expresan como síntesis en acciones concretas de la microestrategia para cada subproceso.

La integralidad en el movimiento de la gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario se garantiza desde la integración de los diferentes subprocesos (que pueden ser **el posgrado, la investigación y la extensión** por una parte) o (**docente, lo asistencial, lo científico investigativo y lo gerencial**, por otra) que componen la microestrategia, cuyas relaciones de espacio y tiempo propician la

coherencia de todo el proceso al permitir que se diseñen de manera coordinada las acciones de los diversos subprocesos desde la coherencia con la política institucional, lo que garantiza la articulación horizontal en los diversos procesos.

Para lograr esta interrelación temporo-espacial, los eslabones de los diferentes subprocesos deben diseñarse en unidad con las políticas que de manera horizontal se desarrollen en la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud y deberán ser reguladas por la instancia de mayor nivel de decisión en dicha formación, como concreción de la integración entre la formación cultural socio-humanista-asistencial del profesional de la salud y la gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario.

La coherencia en la estrategia entonces dependerá de la interrelación entre los procesos y la horizontalidad de las políticas, aspecto que garantiza la transformación sustentable de la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud y desde aquí la transformación y perfeccionamiento de la **gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario**, lo que garantiza la retroalimentación como cualidad esencial de la gestión del proceso formativo.

Para desarrollar, entonces la gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario en el profesional de la salud es necesario trazarse los objetivos estratégicos específicos en el contexto de la práctica asistencial formativa comunitaria y del trabajo comunitario del profesional de la salud, así como las políticas que han de expresarse, relacionarse y corresponderse con las regularidades de esa gestión, que a su vez conducen a las **acciones** que finalmente permiten implementar la estrategia, a través de los subprocesos que repercuten favorablemente en la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud, como resultado de la relación que se establece entre las premisas y los requisitos, que como ya se ha planteado en párrafos anteriores de este mismo epígrafe es contentivo de los valores humanistas y asistenciales.

Desde esta perspectiva nuevamente se es consecuente con la idea de que la estrategia misma transforma la **gestión** en su **dimensión socio-cultural** y en su **dimensión socio-formativa** para la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud, a partir de los valores humanos y asistenciales contextuales existentes, en tanto está presente la voluntad de cambio y desarrollo, con lo que se logra potenciar el enfoque proactivo, las transformaciones en todos los ámbitos formativos en el ejercicio profesional en la comunidad, desde favorecer el desarrollo de la profundización de la cultura socio-humanista y la apropiación de la cultura asistencial en salud, contextual y universal.

De este modo, es posible considerar que en el tercer estadio de desarrollo, la contradicción se revela entre las **políticas** y las **relaciones** específicas del subproceso, relacionada éstas últimas con el modelo, siendo la formación socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en el ejercicio en comunidad, el objetivo más general y primordial del que se derivan los objetivos específicos de cada subproceso y el camino para lograrlo son las acciones resultantes de la relación dialéctica entre las políticas, las relaciones y regularidades específicas de cada subproceso.

En ese sentido la estrategia de gestión para la formación socio-humanista-asistencial en salud se particulariza al tomar en consideración la **macroestrategia** y las **microestrategias** desde las regularidades del modelo, que a partir de un enfoque sistémico caracterizan la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud.

La **evaluación** en este caso no se considera un último procedimiento dentro de la estrategia como tradicionalmente se concebía en la extrapolación de estrategias empresariales a las acciones de salud, fueran asistenciales, docentes, investigativas o gerenciales; sino que está presente en todo el proceso, por lo que permite la retroalimentación y la valoración del grado de cumplimiento de los objetivos, al transitar por la valoración de los resultados en la integración de los diversos procesos, a través de las políticas formativas. Todo ello propicia valorar las transformaciones de la formación socio-asistencial en comunidad

del profesional de la salud en la gestión formativa socio-humanista-asistencial en salud en el ámbito comunitario, desde su coherencia estructural y de gestión contextual.

Se propicia entonces la formación socio-humanista-asistencial en comunidad del profesional de la salud cuando se precisan el objetivo estratégico fundamental y esencial y los objetivos específicos de cada subproceso, e igualmente se valora y perfecciona la **gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario**, cuando se es consecuente con la concepción científica holística configuracional que sustenta el modelo. Esta propuesta de evaluación permite por tanto la retroalimentación de todo el proceso y la valoración del grado de cumplimiento de los objetivos, al valorar la pertinencia, la optimización y el impacto.

Las políticas y regularidades específicas se expresan en acciones concretas que son valoradas desde las expectativas trazadas en primera instancia en los objetivos estratégicos y específicos y, en última instancia en la **gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario**, lo que revela el carácter de microestrategia que se expresa en esa matriz, en la cual se relaciona la sucesión de eslabones de cada proceso con las políticas trazadas para cada uno.

La implementación de la estrategia en cada uno de sus niveles se realiza a través de la aplicación de un método, que a pesar de tener un carácter general ha de aplicarse en dependencia de las características de cada estadio de desarrollo, en consonancia con las características de la construcción intencional de la cultura socio-humanista-asistencial del profesional de la salud a través de la **gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario**, en correspondencia con procedimientos que están íntimamente vinculados al desarrollo cultural y que en su generalización se pueden desarrollar en el primer nivel de la manera siguiente:

1. Precisar las categorías que expresen la profundización de la cultura socio-humanista y la apropiación de la cultura-asistencial en salud contextual comunitaria y universal

2. Revelar la relación dialéctica entre las categorías identificadas y a partir de interpretar este par dialéctico considerado...
3. ...determinar la categoría que expresa la intencionalidad formativa socio-humanista-asistencial en comunidad para el profesional de la salud en pleno ejercicio de la profesión, durante la práctica asistencial formativa y la gestión del trabajo comunitario.
4. Identificar la categoría que expresa la sistematización formativa socio-humanística-asistencial en el profesional de la salud en la labor comunitaria, a partir de las categorías y del par dialéctico

Estos son los procedimientos de carácter esencial que se aplican en el primer estadio de desarrollo entre las premisas y requisitos culturales que se identifican con carácter de intencionalidad en la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud.

En la evaluación de la estrategia el par dialéctico que se revela está dado entre las **políticas transversales de la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud** que delimitan las políticas de cada subproceso y que deben ser desarrolladas desde el nivel superior de decisión y asesoría de la institución (el consejo superior, los profesores del GBT, los subdirectores docente y el médico que labora en la propia comunidad, entre otros) y la **sucesión de eslabones de los diversos procesos**.

Lo anterior ha de garantizar la valoración del desempeño de los implicados en la gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario mediante el desarrollo de la implementación de la estrategia, logrando la necesaria retroalimentación como vía efectiva para rectificar su curso.

Nuevamente se regresa la **gestión formativa asistencial, social y humana del profesional de la salud** a un estadio más esencial de su desarrollo, al valorar con intencionalidad los resultados de la transformación cultural socio-humanista-asistencial a nivel del contexto formativo comunitario donde se

aplica la estrategia, lo que deviene estrategia de desarrollo y a la vez síntesis de la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud en un desarrollo dialéctico ascendente a través de la **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria del profesional de la salud en su dimensión socio-formativa y su dimensión socio-cultural**, como movimiento integrador de la gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario, centro del constructo aportado a través del modelo teórico.

En la implementación de la estrategia se elaboran criterios de evaluación que resumen las acciones y su valoración, lo cual se concreta en la aplicación de la estrategia, en tanto los indicadores serán expresión de la relación entre las categorías que caractericen los procesos que ocurren en el interior de la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud en pleno ejercicio de su profesión en su relación con el contexto espiritual identitario y universal.

Por tanto los criterios de evaluación presentes en la estrategia de gestión para la formación socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario expresan relaciones de carácter general y esencial, y precisan aquellos resultados esperados para cualquier proceso formativo de carácter social y humanístico en salud.

Sin embargo es oportuno aclarar que lo anterior no significa que el reconocer un número de criterios de evaluación constituya un constructo estático e invariable, en tanto en el desarrollo funcional del proceso de formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud es posible considerar otros criterios de carácter más específico, cuya efectividad dependerá por una parte de la intencionalidad cultural profesional y por otra parte de la **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria del profesional de la salud** en coherencia con las relaciones estructurales en la cultura contextual.

La estrategia entonces como instrumento destinado al trabajo de transformación y búsqueda de un perfeccionamiento continuo y permanente de la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud, conlleva la implantación de un sistema de gestión que estará destinado a todos aquellos gestores sobre los cuales recaen estas tareas de transformación y gestión y que no están imbuidos de la conceptualización teórica requerida. Por ello el documento de la estrategia incluirá las bases teóricas en las que se sustenta la propuesta.

Dentro de la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud a cualquier instancia, la elaboración y la utilización de la estrategia de gestión para la formación socio-humanista asistencial en el ámbito comunitario en su calidad de instrumento para la gestión de cada uno de sus diferentes subprocesos y de la universidad y la comunidad (sociedad) en general, permite establecer las relaciones de subordinación en el enfrentamiento y desarrollo de los procesos. También están presentes las relaciones de coordinación y de colaboración entre las diferentes instancias no subordinadas entre sí.

Las estrategias particulares han de incorporar entonces la cooperación y la colaboración con las restantes entidades docentes asistenciales de salud (hospitales, policlínicos, consultorio del médico de familia, hogares de ancianos, casas de abuelos, entre otros), universidades (médicas y no médicas) y centros de estudio e investigación, tanto de la universidad como de otras instituciones del territorio, de la región y del mundo, así como de instituciones y organizaciones políticas y de masas gubernamentales o no, organizaciones religiosas, agrupaciones de recuperación espiritual (Alcohólicos Anónimos, peñas culturales, entre otros). Estas relaciones deberán mantener integralmente la preservación, desarrollo, promoción de la cultura socio-humanista-asistencial del profesional de la salud, hacia su transformación y revolución contextual y universal como un proceso totalizador que no depende de una o algunas esfera de la sociedad, sino de toda la sociedad en sus conjuntos como totalidad.

Se puede decir entonces que esta estrategia tiene como rasgos fundamentales:

- El carácter **proactivo**, que implica desarrollar potencialidades y capacidades socio-humanístico-asistenciales en la formación posgraduada del profesional de la salud en plena labor comunitaria de manera continua y permanente, a largo plazo.
- El hecho de ser **expresión y guía de las transformaciones trascendente** que emana de las regularidades del modelo, al tener como objetivo la formación socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en la comunidad.
- La **flexibilidad**, ya que es adaptable ante las posibles situaciones en los diferentes contextos que emanan de los requisitos que se determinen para la formación socio-humanista asistencial en comunidad del profesional de la salud.
- El sustento en **tradiciones culturales**, relacionadas con la espiritualidad, la sensibilidad y la ética humana.
- La **trascendencia** al propiciar cambios que se concretan en el perfeccionamiento de la atención socio espiritual del individuo, la familia y la comunidad, por el profesional de la salud.
- El **autodesarrollo** que se garantiza por la autorregulación intrínseca que tiene lugar entre las relaciones dialécticas que se establecen entre los diferentes niveles de aplicación.
- La **sistematización**, no solo por tener como eje la configuración aquí sustentada como sistematización formativa socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en la comunidad, sino que también organiza como un sistema la cultura comunitaria dada en valores humanistas y asistenciales que se han venido sustentando en los contextos formativos, que no solo dependen de la comunidad sino de todo lo que se impliquen en el proceso.
- Es **dinamizadora** de un modelo de gestión formativa socio-humanístico-asistencial en el ámbito comunitario, y por tanto de la propia práctica asistencial y trabajo en la comunidad del profesional de la salud.

- Es **holística**, por asumirse como una totalidad, al tener en cuenta un proceso de formación socio-asistencial del profesional de la salud en comunidad que depende de todos los factores implicados, ya sean: sociales, políticos, económicos, espirituales, culturales, medioambientales y cualquier otro que influya en la esencia y la existencia del humano.
- Es **compleja**, por el entramado de relaciones entre las categorías que sustentan los diferentes niveles: de esencialidad, de valoración y de concreción.
- Es **configuracional**, por irse configurando en su propio desarrollo, alcanzando nuevos y mejores estadios cada vez más trascendentales.
- Es **dialéctica**, por las relaciones contradictorias que se dan en el propio proceso de desarrollo de la estrategia y que condicionan su autodesarrollo.

Por otro lado si se quiere resumir los procedimientos tenemos entre ellos:

- I. Determinación de las **premisas y requisitos para la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud y para una gestión** formativa asistencial social y humana de ese profesional en pleno ejercicio comunitario de su profesión y condicionar los valores humanistas y asistenciales.
- II. Valoración del entorno como **diagnóstico estratégico en relación a las regularidades del modelo que permita definir el objetivo estratégico.**
- III. Determinación de las principales alternativas estratégicas teniendo en cuenta los subprocesos de la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud, delimitando y definiendo **los objetivos específicos** para cada uno de los procesos(ej. pertinencia optimización e impacto) determinados por las políticas y la relaciones para determinar acciones
- IV. Establecimiento de los **criterios de medidas, y las acciones** para su **Implementación.**

V. Evaluación de los resultados.

Es importante destacar que tales procedimientos de esta estrategia expresan en sí mismos la relación dialéctica entre los diferentes niveles y no se identifican con una sucesión lineal de los mismos, sino con diferentes estadios de desarrollo, donde su aplicación evoluciona en un espiral dialéctico que se establece entre el nivel de esencialidad, el de valoración y el de concreción como manifestación del auto-desarrollo de la estrategia, para garantizar la formación socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en comunidad, teniendo como eje integrador la sistematización formativa socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en el ámbito comunitario, desde la dimensión socio-cultural y la dimensión socio-formativa develada en la modelación.-Fig-2. 2.6 y Fig-2. 2.7-.

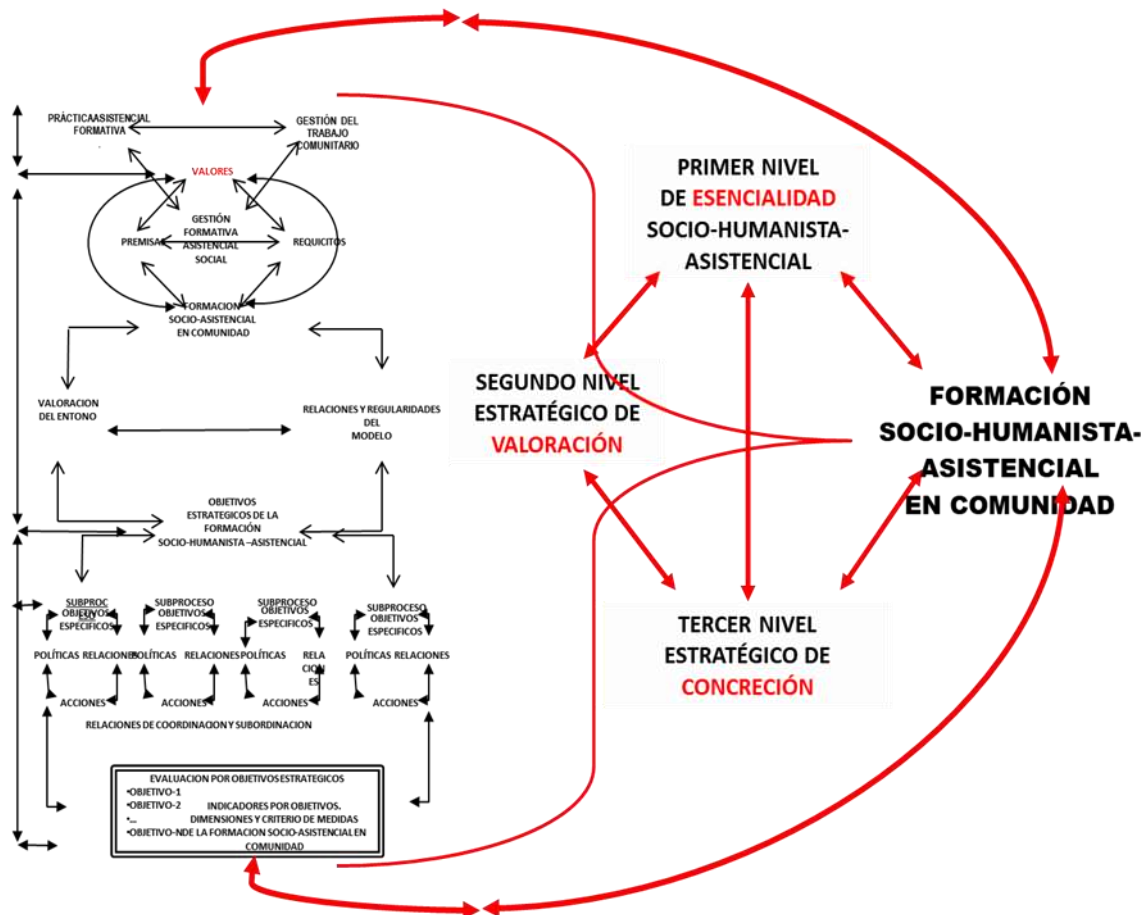


Fig.2. 2.6

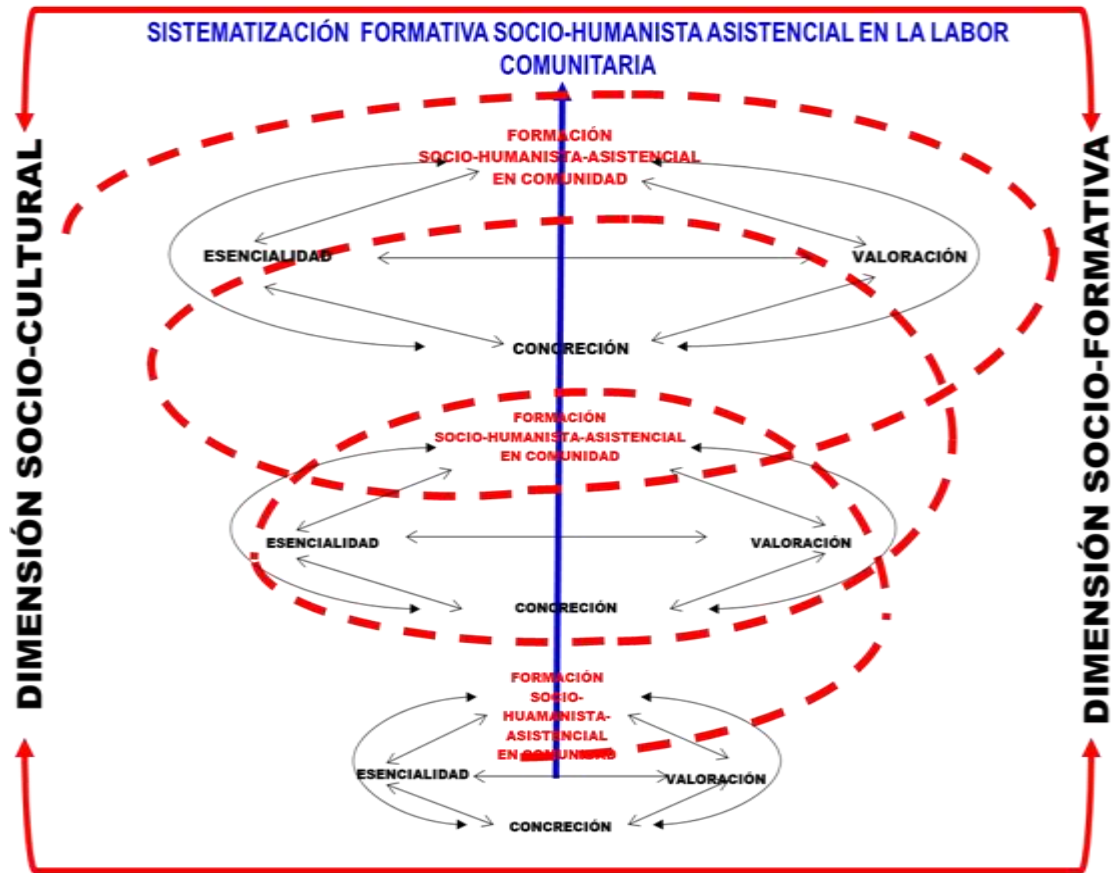


Fig.2. 2.7

Eso condiciona entonces que la estrategia es el centro que con significación práctica, condiciona el desarrollo de la cultura socio-humanista-asistencial del profesional de la salud como intencionalidad y la gestión formativa, asistencial, social y humana del profesional de la salud como medio de lograrlo, mediado por la sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria -Ver Fig.2.2.8 y 2 .2.9-

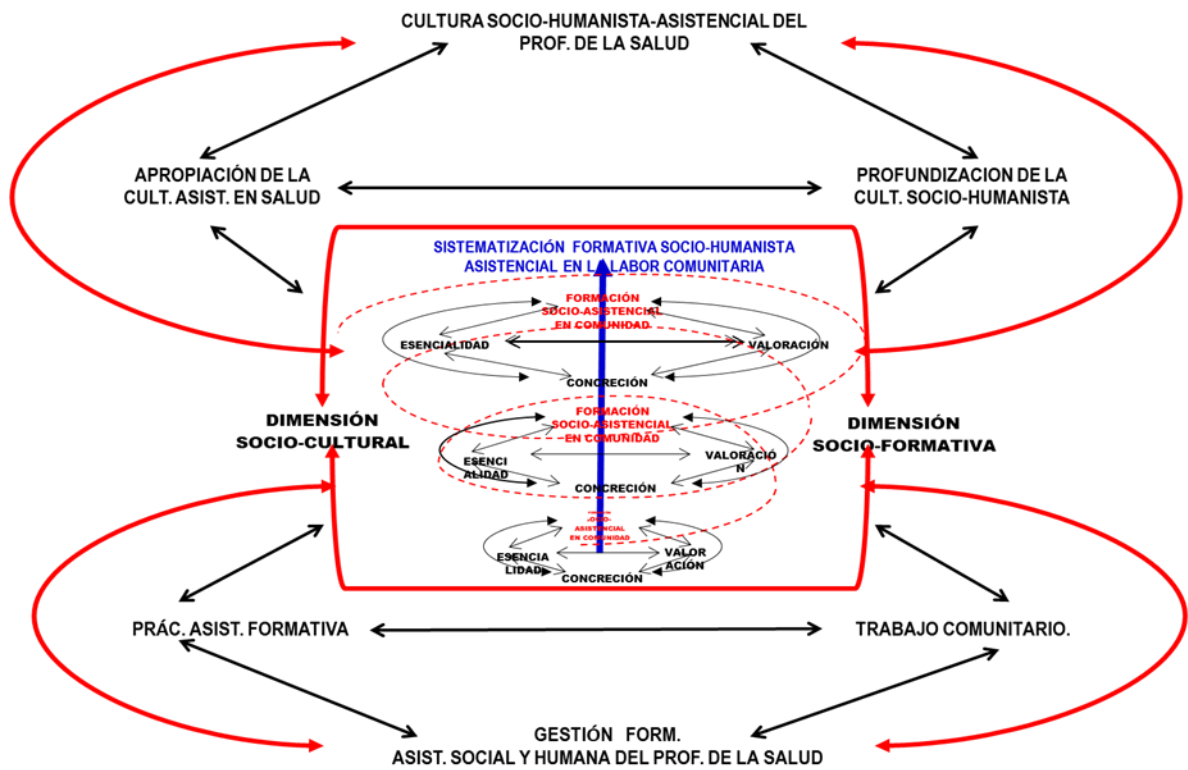


Fig.2. 2.8



Fig.2. 2.9

Conclusiones del capítulo-2

En el capítulo que concluye se aborda un modelo novedoso en la gestión formativa socio-asistencial del profesional de la salud en el ámbito comunitario para el **desarrollo** de la formación socio-humanista-asistencial en comunidad del y por el profesional de la salud.

Es así, que se definen cada una de las categorías y se le determinan sus contradicciones, lo que permitió asumir lo holístico-configuracional y dialéctico para abordar **el desarrollo** de la cultura socio-humanista-asistencial del profesional de la salud como síntesis de la relación que se establece entre las dimensiones en el desarrollo de dicha cultura.

De lo anterior se pudo develar que es necesario un proceso de **sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor del profesional en la comunidad** que emana como síntesis de una **profundización de la cultura socio-humanista** y de una **apropiación de la cultura asistencial en salud**, develando una **dimensión socio-cultural** por un lado, relacionada dialécticamente a una **dimensión socio-formativa** por el otro, que emana de la **práctica asistencial formativa** y del **trabajo comunitario del profesional de la salud** que constituyen síntesis también a la sistematización develada, desde una **gestión formativa asistencial, social y humana del profesional de la salud**.

Las relaciones entre todas las configuraciones anteriores garantiza el desarrollo de la formación socio-asistencial en la comunidad del y por profesional de la salud, en relación dialéctica con una gestión para el desarrollo de competencias en profesionales de la salud desde una gestión humanística cultural en la que se tiene en cuenta la esencia y la condición humana, que devela un **modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en salud en el ámbito comunitario**.

Seguidamente y en correspondencia con la modelación teórica develada a la vez que constituyen sustento epistémico del investigador, se propone una estrategia de gestión para la formación socio- asistencial en

salud que deviene en significación práctica de esta investigación, la cual está concebida en tres niveles identificados con: Primer nivel de esencialidad cultural socio-humanista en salud, Segundo nivel de valoración y Tercer nivel de concreción, cuya relación dialéctica garantizan su autodesarrollo.

Para lo anterior se parte de determinar premisas y requisitos que condicionaron valores para el desarrollo de una cultura socio-humanista-asistencial del profesional, para luego precisar la valoración del entorno como diagnóstico estratégico en relación a las regularidades del modelo, de donde parten los objetivos estratégicos.

Es a partir de aquí que se aborda la determinación de objetivos específicos en cada subproceso de pertinencia, optimización e impacto; docente, asistencial, científico investigativo y administrativo, lo que permite trazar pautas (políticas) teniendo en cuenta las relaciones, es así entonces que se toman acciones, se implementa la estrategia y se valora con un proceso evaluativo que transita por toda ella.

Es con todo lo anterior que se pretende contribuir a solucionar la contradicción epistémica inicial. **Para poder disminuir las insuficiencias que limitan la intervención asistenciales comunitarias del profesional de la salud y concretarse posteriormente en el tratamiento a un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria.**

CAPÍTULO-3: VALORACIÓN CIENTÍFICA DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

En el capítulo se hace una valoración científica del modelo y la propuesta estratégica de gestión socio-humanista-asistencial en salud aplicada en el ámbito comunitario en grupos de profesionales de los policlínicos docentes universitarios correspondientes a las áreas América-I y América-II del municipio de Contramaestre en la provincia Santiago de Cuba, en su vínculo con la de la filial de ciencias médicas del territorio (FCM-C), como gestora fundamental de los procesos formativos en el contexto donde se investiga.

Teniendo en cuenta que los datos primarios para esta investigación se obtienen a partir de la satisfacción en la atención gerontogerítrica para el logro de un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria, la aplicación de la misma se hace fundamentalmente pertinente a la gerontogeriatría.

Siendo así y consciente de que el modelo y la estrategia son inherentes a la cultura socio-humanista-asistencial en comunidad para la formación del profesional de la salud en sentido general en pleno ejercicio de su profesión, se muestra su trascendencia, que no solo es a la gerontogeriatría sino a cualquier problema de salud sobre los que se quiera educar, tanto a cualquier profesional del sector como a la sociedad en sentido general.

Se hace por tanto una aplicación parcial de dicha estrategia como ejemplificación del funcionamiento de la misma, consecuente con el modelo teórico develado y con los procedimientos estratégicos propuestos; paralelamente se valoran los resultados por diferentes métodos como son: talleres de socialización, criterios de expertos, evidencias en los sujetos implicados en la investigación, entre otros.

3.1. Estrategia de gestión para la formación socio-humanista-asistencial en comunidad para profesionales de la salud aplicada a la gerontogeriatría

Siendo coherente con la problemática social en relación a la cultura gerontogeriatría, el diagnóstico fáctico y el causal, que permitió develar el problema investigativo, así como la determinación del objeto a transformar y la delimitación del campo junto a la inconsistencia epistémica, desde los presupuestos epistémicos asumidos y la hipótesis planteada, fue posible retomar las premisas e imponer los requisitos expuestos en el capítulo anterior, a donde remitimos al lector.

Se asumen las configuraciones didácticas de problema, objeto, objetivo, contenido, resultados y método pero contextualizado a la formación socio-asistencial de los profesionales de la salud en pleno ejercicio de su profesión en la comunidad donde laboran. Se valoraron sus planes de estudio y programas de las asignaturas en los cuales estaba sustentada su formación inicial y post graduada.

Fue posible determinar que los contenidos para la atención espiritual individual y social en la comunidad vinculado a la sensibilidad humana, el amor, la dignidad y el decoro en relación con la cultura socio asistencial son efímeros y su desarrollo en la profundización cultural socio-humanista relacionado a apropiación de la cultura asistencial en salud en el ejercicio profesional en comunidad, no era suficiente.

La relación dialéctica entre premisas y requisitos contextualizados a estos profesionales en su práctica asistencial formativa y en el trabajo comunitario, permitió determinar valores humanistas asistenciales contextuales positivos o negativos (Anexo-estrategia-), y para ser coherente con el enfoque humano cultural en que se sustenta la investigación, se partió de los valores más universales de **compromiso, flexibilidad, trascendencia y amor**.

Es entonces que los valores analizados están en relación con los presupuestos socio-humanístico-asistenciales en comunidad desde la esencia y la existencia del humano; en tal sentido, la gestión socio-

humanista-asistencial en el ámbito comunitario donde laboraban estos profesionales que permitiera al desarrollo de una cultura socio-humanista-asistencial del profesional de la salud pertinente a la gerontogeriatría en el ejercicio de la profesión comunitaria, no era suficiente, lo cual se hacía patente en su labor y práctica en la comunidad.

En ese sentido la práctica asistencial formativa y el trabajo comunitario del profesional de la salud, estaba poco identificados con la esencia y la condición humana relacionada con el envejecimiento poblacional ascendente en el municipio de Contramaestre, lo que repercutía en la capacidad transformadora del humano y así su actividad no estaba acorde con la problemática develada para lograr un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria. Cuando en algunos casos particulares se atendían las cuestiones gerontogerítricas con sus diversos problemas de salud, la sensibilidad ante los aspectos espirituales tenía ciertas limitantes.

Estos y otros valores se comenzaron a transformar con los requisitos impuestos, a partir de los cuales los implicados en el proceso comenzaron a comprometerse con la problemática social e interesarse entonces (desde los presupuestos asumidos) por **el desarrollo** de una cultura socio-humanista-asistencial en salud, particularizada en este caso a la salud gerontogerítrica en su propia labor comunitaria, mediada por el ejercicio de su profesión.

Eso permitió, para seguir desarrollando dicha transformación estratégica, ir determinando el objetivo estratégico esencial y contextualizado, sustentado en las potencialidades y necesidades del contexto, desde la valoración del entorno, lo que consistió, sin apartarse de los intereses políticos, ideológicos, morales, espirituales y sociales, en desarrollar conocimientos, habilidades, valores y valoraciones para desarrollar competencias profesionales pero fundamentalmente humanas pertinentes a una cultura socio-humanista-asistencia en salud, para que dichos profesionales se desempeñen en la contribución a un

envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria desde la esencia y la existencia del humano, como se asume por el investigador.

Lo anterior permitió que desde la cultura y la espiritualidad de los implicados se valorara mejor el entorno. Para hacer un diagnóstico más esencial en el contexto referido, se consideraron los **escenarios** posibles para desarrollar el proceso de formación socio-asistencial del profesional de la salud en plena labor comunitaria en relación a la cultura gerontogeriatrica. Así se determinaron las regularidades que se presentaban en relación con la gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario para garantizar una adecuada salud, identificando factores internos y externos que frenaban o estimulaban el proceso (oportunidades, amenazas, debilidades y fortalezas).

El entorno considerado como un sistema de relaciones y condiciones externas e internas para desarrollar la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud en relación con la cultura gerontogeriatrica en pleno ejercicio profesional, sobre el que se aplicó la estrategia como el medio en que se desarrollara el proceso y orientara hacia el futuro de la misma fue integrado por (**Anexo -estrategia-**) los círculos de abuelos, la universidad del adulto mayor, el puesto de trabajo, la comunidad, los consultorios del médico de la familia, entre otros, como las visitas en el hogar y las intervenciones asistenciales comunitarias.

Siendo así, se determinó que el proceso de formación socio-asistencial en comunidad para los profesionales de la salud referente a la cultura gerontogeriatrica se desarrollaría en un contexto histórico social y económico caracterizado por ser un municipio altamente poblado, con más de 105 000 habitantes, con un envejecimiento poblacional de un 17% lo que lo ubica en el GEP-III, bajo índice de natalidad, con alta incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, entre otros, siendo por lo demás un territorio eminentemente agrícola, habitado por personas con ideología diversa, multicultural, con diferentes

creencias religiosas, con un amplio movimiento migratorio, con una gran sensibilidad espiritual, comprometidas con su identidad individual y social y muchos aspectos más.

En el municipio está instituida una filial de ciencias médicas con un claustro de profesores suficiente para enfrentar el proceso, con múltiples escenarios que se interrelacionan, distribuida en las siguientes sedes e instituciones docentes-asistenciales, entre otros:

- Hospital General Docente “Orlando Pantoja Tamayo”
- Policlínicos universitarios: América-I, II y Baire.
- Tres clínicas estomatológicas.
- Dos casas de abuelos.
- Un hogar de ancianos.
- Más de 60 consultorio del médico de la familia

Las anteriores dispone del personal suficiente y la tecnología para desarrollar el proceso; en tal sentido se cuenta con un **escenario probable y optimista** donde a pesar de existir barreras contamos con voluntades y un capital humano con nivel de responsabilidad, con capacidad y potencialidades para desarrollar el proceso.

Como regularidades, la limitada **comprensión** socio-humanista-asistencial en comunidad de los profesionales de la salud relacionados con la gerontogeriatría, así como insuficiente **explicación socio-humanista-asistencial** de la misma, que dificultaba la **interpretación pertinente de la cultura en salud gerontogeriatría con carácter social y humano**, pues poco se observaban las **cuestiones espirituales en relación con la esencia y la existencia del humano que envejece o ya envejecido**; lo anterior dificultaba el desarrollo de las dimensiones **empíricas y teóricas** para el **desarrollo** de la cultura en consecuencia, lo que disminuía el interés por la misma.

Para el diagnóstico de las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades se tuvieron en cuenta el macroentorno, el mesoentorno y el microentorno, **(Anexo-estrategia-)** y se usaron diferentes métodos como son: lluvia de ideas, entrevistas, talleres, reflexiones y la observación.

En el macroentorno:

- Desde lo **político** y por supuesto desde el discurso se retoma el “concepto” dado por Fidel Castro en el acto por el Primero de Mayo del 2000, cuando expresó el concepto de: Revolución “...es **igualdad y libertad plenas; es ser tratado y tratar a los demás como seres humanos; es emanciparnos por nosotros mismos y con nuestros propios esfuerzos ...es defender valores en los que se cree al precio de cualquier sacrificio; es modestia, desinterés, altruismo, solidaridad ...es no mentir jamás ni violar principios éticos... es unidad, es independencia, es luchar por nuestros sueños de justicia ...**”

De igual forma se consideraron los lineamientos del VI Congreso del Partido Comunista de Cuba en lo concerniente a la formación de recursos humanos, la superación científico-técnica y la atención al adulto mayor. Todo lo anterior devino **fortalezas** para la aplicación de la estrategia.

- Desde lo **económico**, la precaria economía del país propia de las circunstancias y acentuada por la crisis económica mundial, su repercusión en los países tercermundistas como el nuestro y su influencia en la salud de la población y por tanto en las posibilidades de lograr/formar la conciencia de que se puede envejecer con salud y vivir de modo satisfactoria en la edad geriátrica, en ese sentido transitar por un envejecimiento saludable y alcanzar satisfacción en la calidad de vida de la edad geriátrica, lo que constituyó **debilidades** del macroentorno para la aplicación de la estrategia.
- Desde lo **social**, el esfuerzo y los logros del estado cubano en el mantenimiento de indicadores de salud con lo que se intentan potenciar el bienestar biológico, ecológico, social y espiritual de la sociedad en su conjunto y entre los que se encuentra el interés por mantener el programa de

atención integral al adulto mayor, así como la preocupación de las sociedades de geriatría en estimular la formación de especialistas, lo que condicionó **oportunidades** para la implementación y el desarrollo estratégico.

- La insuficiente concientización de que vivimos un mundo hipercomplejo, lleno de incertidumbre, globalizado que necesita un cambio del paradigma de la revolución científico técnica a la revolución del conocimiento en el que se tenga en cuenta la esencia y la condición humana. Cuya insuficiencia fue considerada como una **amenaza** potencial que es necesario revertir.

En el mesoentorno.

- Atención limitada por las organizaciones políticas, de masas y gubernamentales a los aspectos espirituales, religiosos, grupos de recuperación espiritual (alcohólicos anónimos) relacionados entre otros con un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria, así como su poca vinculación con los procesos formativos de los profesionales de la salud, además del limitado apoyo logístico a los procesos de universalización y municipalización de la educación superior, lo cual constituyó una **amenaza** en la implementación de la propuesta.
- Pocos especialistas (sólo uno) en Geriatría y Gerontología unido a un número insuficiente de másteres en longevidad satisfactoria (cuatro) poco relacionados con la docencia, lo asistencial, lo científico investigativo y lo gerencial, lo que dificulta la sistematización y la generalización de la cultura socio-humanista-asistencial en comunidad para la salud gerontogeriátrica a los procesos de pertinencia optimización e impacto, devenido **debilidad** para el proceso.
- Número creciente de maestrantes en las diferentes maestrías de amplio acceso relacionadas con la educación superior y a la APS, que permitió investigaciones de salud y pedagógicas para potenciar los procesos formativos entre los que se encuentra la formación socio-humanística-asistencial en salud gerontogeriátrica de los profesionales de la salud en la comunidad.

(Fortaleza). Donde mucho de los aspirantes a máster estuvieron dispuestos además a la aplicación de esta estrategia.

- La flexibilidad prevista en los planes y programas de estudios para comenzarse a aplicar la estrategia a partir del curso 2010-2011 y que vienen condicionados por las tendencias educativas actuales, lo que permitió que los implicados en el proceso formativo negociaran los contenidos en dependencia de las potencialidades y necesidades del contexto y que haya condicionado en el territorio un pensamiento flexible. **(Oportunidades).**

En el microentorno.

Los factores anteriormente determinados desde el macro y el mesoentorno influyen directamente en el microentorno, como se verificara con la aplicación de las encuestas y las entrevistas, por lo que puede aseverar el autor que **el desarrollo** de una cultura socio-humanista en salud gerontológica en el ámbito comunitario como modalidad de posgrado para la formación continuada y permanente de los profesionales de la salud es insuficiente. Esto constituyó factor suficientemente ilustrativo de dificultades para que ésta no se desarrolle adecuadamente y no resulte por tanto pertinente.

En relación con lo anterior se determinó un objetivo estratégico general, no de forma lineal y consecutiva sino en relación dialéctica **con el entorno y las regularidades, dependiente del modelo en relación con las premisas y los requisitos, así como con los valores humanistas-asistenciales**, cuyo objetivo se identificó: como la formación socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en su propio ejercicio comunitario, capaz de influir en la comunidad donde se desempeñe en el logro de un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria, preparado mediante un proceso formativo donde se desarrolle una cultura socio-humanista-asistencial en salud en la propia comunidad donde labora, en la vinculación de los procesos de pertinencia, optimización e impacto.

La constatación de lo anterior permitió trazar **objetivos específicos** que se vincularon a los procesos de pertinencia optimización e impacto para revertir las valoraciones negativas y potenciar las positivas y con esta entonces, modificar los valores humanista-asistenciales contextuales. (Ver anexo-estrategia)

Todo lo develado condicionó la implementación y aplicación de la Microestrategia.

Hasta aquí se muestra la factibilidad de la estrategia, la que permite en un contexto comunitario determinado precisar las necesidades y potencialidades contextuales para actuar conforme a un enfoque humanístico cultural, donde se tenga en cuenta el respeto al honor y la dignidad del hombre que envejece o esta envejecido, e incluye velar por la vida, la integridad personal del individuo y la sociedad, la libertad, la intimidad, la imagen, los sentimientos, las ideología; en fin tener en cuenta una salud que no solo depende de los factores biopsicosociales, sino también ecológico y espirituales, en relación a sus potencialidades, su actividad y sus valores.

En cuanto a la microestrategia se determinaron unas acciones y criterios de medidas (políticas) para la **planificación, organización, ejecución y control**, (Ver anexo-estrategia)

La aplicación de la estrategia de gestión para la formación en comunidad de los profesionales de la salud en este caso centrada en la atención gerontogeriatrica, fue focalizada en el eslabón de la **motivación** socio-humanista-asistencial en comunidad, para ser consecuente con la reconsideración teórica develadas en el texto que se adjunta a esta investigación y que forma parte de la misma⁻¹ , estimulando y creando primeramente patrones motivacionales individuales y luego compartidos para ser coherentes con la **heteromotivación, automotivación y coomotivación** desde sustentos focalizados en la esencia y la existencia del humano, ante todos los que estuvieran implicados en el desarrollo del proceso.

Es así que desde la motivación lograda por el autor en el transcurso de la investigación y la propuesta estratégica, se trazaron acciones y criterios de medidas, que fueron ejecutados por los colegas motivados

con anterioridad y se controlaron por los investigadores, en constatación de las fechas de cumplimiento propuestas y se evaluaron los resultados.

Fue necesario desarrollar la motivación en relación a los aspectos docente (**D**), asistencial (**As**), científico investigativo (**CI**), administrativo (**A**), gerencial (**G**) y evaluativo (**E**); mientras se efectuaba la planificación, organización, ejecución y control en cada uno de estos procesos (Ver anexo estrategia)

Los resultados a esperar fueron parcialmente evaluados durante la aplicación de la estrategia y al final de la misma, y se obtuvieron entre otros, los siguientes:

- Se despertó el interés por el desarrollo de una cultura socio-humanista-asistencial en salud gerontogeriatrica en todos los implicados en el desarrollo de la estrategia.
- Se motivaron los profesionales, así como otros relacionados con la formación hacia las investigaciones socio-humanistas-asistenciales, pertinentes a una población que según estudios socio-demográfico inevitablemente envejece y sus demandas.
- Se incentivó la difusión de los contenidos socio-humanista-asistenciales de la cultura en salud gerontogeriatrica a diferentes contextos.

3.2: Valoración de la factibilidad de los aportes fundamentales de la investigación a partir de la realización de Talleres de Socialización con especialistas y otras técnicas de valoración

Partiendo de que esta investigación se inserta a un proyecto llevado a cabo por un equipo cuyo trabajo se dirige a la formación gerontogeriatrica del profesional de la salud, se han realizado varios talleres de socialización en diferentes contextos, lo que constituye a la vez una triangulación, entre los que se encuentran: taller en la FCM de Palma Soriano, provincia Santiago de Cuba, en la FCM de Contramaestre en la misma provincia (ver anexo-validación), así como en la sede municipal de la universidad pedagógica en dicho territorio.

Se muestra entonces que se realizaron varios, donde uno de los más importantes fue el segundo de los anteriormente mencionado por haberse realizado en el propio contexto donde se desarrolla el investigador, en este participaron másteres en ciencias de la educación superior, cuyos resultados investigativos son tributarios a esta investigación, tutorados además por el autor de este informe; en ese espacio fue también lanzado y presentado el libro que como parte de esta investigación se adjunta, sobre el cual se emitieron múltiples criterios favorables y se hicieron recomendaciones para próximas ediciones.

Fue partícipe de este encuentro un grupo multicultural y diverso, integrado por: médico(a) s, enfermera(o) s, psicólogo(a) s, pedagogo(a) s, filósofo(a) s, entre muchos más, entre los que se incluyeron profesionales extranjeros de la salud, como fue la directora de la escuela de enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar en Ecuador, doctores en ciencias pedagógicas, profesores auxiliares y titulares de la educación superior, representantes de las organizaciones políticas y de masa del territorio y directivos docentes y asistenciales del sector salud. Este taller en específico tuvo una relevancia social, al ser apoyado por los órganos de prensas y publicitarios de del territorio en el municipio Contramaestre y la provincia Santiago de Cuba, donde copias de estas ediciones se adjuntan al informe de la investigación.

Los talleres compartían el objetivo general de valorar y enriquecer los aportes fundamentales de la investigación. Se logró en fin, reunir a diferentes grupos de especialistas de los diferentes contextos referidos con el propósito de comprobar la trascendencia de la investigación; los especialistas fueron seleccionados a partir de su experiencia profesional vinculada con la temática que se investiga, su experiencia docente y trayectoria científico-metodológica en cuanto a las investigaciones realizadas y vinculadas con dicha temática. Asimismo se tuvo en cuenta su grado científico o títulos académico y su categoría docente.

Al computar los datos **acerca de las mencionadas características de los especialistas convocados** se verifica que tienen una amplia experiencia científico-metodológica en la formación de los profesionales de

la salud y otros en otras esferas formativas. Este elemento constituyó un aspecto esencial por el nivel crítico-valorativo aportado por los mismos, como contribución importante al perfeccionamiento de las propuestas investigativas.

Los objetivos específicos de los talleres estuvieron dirigidos a validar y enriquecer el modelo teórico y la estrategia develada en el capítulo anterior para lo cual se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores:

- Las similitudes y diferencias en los criterios básicos referidos al modelo propuesto.
- La interpretación de los aportes, las sugerencias y recomendaciones ofrecidas.
- La corroboración de la factibilidad y pertinencia de los procedimientos estratégicos.

En los talleres se optó por la implementación de procedimientos fundamentalmente cualitativos, que partieron de la exposición de la lógica de la investigación y la explicación exhaustiva de los aportes por él investigador. Los participantes en busca de una comprensión más eficiente plantearon interrogantes (un promedio de 5 preguntas por taller) que fueron respondidas por el aspirante. Ello facilitó la interpretación de la síntesis de los resultados presentados desde sus posiciones epistemológicas y la expresión de juicios, razonamientos y conceptos a partir de los cuales se realizaron sugerencias y recomendaciones para el perfeccionamiento de la investigación.

Por tanto, los procedimientos metodológicos permitieron arribar a los siguientes resultados:

- La lógica de la investigación expuesta, sustentada en pertinentes fundamentos epistémicos, ontológicos, lógicos, praxiológicos y axiológicos, permitió declarar que la tesis se inscribe, desde una posición socio-humanista-cultura, en el contexto de la III Revolución Educacional con la Universalización y Municipalización de la Educación Superior, en la profundización del desarrollo

del proceso formativo de los profesionales de la salud en su plena labor socio-comunitaria y en pleno ejercicio profesional, potenciando la formación continua y permanente de postgrado.

- La estrategia de gestión para la formación socio-humanística-asistencial en salud resultó coherente con las esencialidades del proceso objeto de estudio, ya que a partir de las relaciones esenciales entre sus configuraciones, dimensiones y eslabones o de sus componentes, estructuras y funciones se logra articular con la propuesta teórica que se presenta y a posiciones específicas precedentes, provenientes de estudios anteriores, por lo que la investigación se inscribe desde la didáctica, de manera innovadora en los contextos de universalización y municipalización de la educación médica superior, como una modalidad formativa de postgrado, aunque también puede ser aplicada a la formación inicial.
- El enfoque asumido en la modelación teórica así como la deducción genética, como métodos para asumir la formación socio-asistencial en los profesionales de la salud en el ejercicio de su profesión en la comunidad, garantizan profundidad en el nivel de esencialidad e integración; sin embargo, al explicar desde sus contradicciones esenciales un proceso social a través del método holístico-dialéctico, es primordial reconocer el carácter objetivo-subjetivo de las categorías que se revelan en tanto unidad dialéctica. Esta valoración se tuvo en cuenta para el perfeccionamiento del modelo propuesto.
- El Modelo de Gestión Formativa Socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en el Ámbito Comunitario se consideró desde las categorías develadas como un aporte fundamental a la pedagogía de la educación superior particularizada en la formación socio- asistencial de ese profesional, trascendente incluso a las intervenciones asistenciales comunitarias como una forma más de pedagogía social.

- Se valoró la posibilidad de aplicación de la propuesta teórica y práctica en otros profesionales y contextos, fundamentalmente a otras carreras de las ciencias sociales que como tal tienen al hombre en su esencia y condición como objeto de estudio, considerando además al envejecimiento saludable no sólo responsabilidad de la salud pública, sino un fenómeno holístico, lo que confiere un carácter trascendente a los aportes referidos.
- Se reconoció la especificidad del aporte en tanto el profesional de la salud se revela como un mediador para la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, determinado por la intencionalidad en un contexto socio-cultural dado, que son en última instancia las competencias profesionales a desarrollar en cualquier profesional de la salud para su desempeño, pero que en el contexto de esta investigación se relacionan a la gerontogeriatría. Esta valoración se consideró muy oportuna y se utilizó en la argumentación de la especificidad de la propuesta.
- Se determinó que la estrategia aportada expresa con precisión la funcionalidad lógica y gnoseológica de la modelación teórica develada, que facilita el desarrollo novedoso en su contextualización desde una posición humano-cultural y logra articular a los procesos de pertinencia, optimización e impacto, que permite su vínculo con los procesos docente, asistencial, científico investigativo y extensión a la comunidad.
- Se consideraron efectivos los procedimientos estratégicos propuestos ya que desde los resultados positivos obtenidos en su aplicación parcial se ha logrado transformar concepciones tradicionales del proceso de formación socio-asistencial no solo del profesional de la salud sino también de la comunidad.
- Se valoró que los procedimientos se construyen sobre la experiencia y la cultura establecida para el trabajo con los contenidos de la cultura socio-humanista-asistencial en salud en otros contextos,

que se articula coherentemente con las condiciones histórico-sociales concretas donde se desarrollará el proceso.

- Se recomendó sistematizar y generalizar los aportes de la investigación en la práctica, lo que permitirá continuar demostrando la validez de los mismos en tanto constituyen una dinámica renovadora de la propia estrategia que facilita el perfeccionamiento del proceso.
- Se recomienda que el modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario develado y aplicado a la gerontogeriatría, sea integrada a las estrategias curriculares existentes.
- La propuesta se distingue por su relevancia social, ya que además de su contribución a la didáctica de la formación socio-asistencial de los profesionales de la salud en ejercicio comunitario, propicia la formación humananística de la sociedad en su conjunto. para incidir en cualquier problema de salud, en busca del envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria.

Los juicios y valoraciones aportados por los implicados en los talleres permitieron la reflexión grupal que facilitó el reconocimiento y la argumentación de la validez y de la significación teórica y práctica de esta investigación para el proceso de formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud. De igual modo se reconoció la viabilidad y factibilidad de los mismos, así como la pertinencia y novedad de la lógica integradora revelada, que permite el perfeccionamiento del proceso.

Constituyeron otra forma de valoración, los resultados presentados en diferentes contextos de ciencias y eventos donde igualmente se discutieron en talleres, como fueron: la preparación científico metodológica de los docentes de la FCM-C y las diferentes aéreas de salud en el territorio, conferencias magistrales en relación con el método clínico epidemiológico, talleres provinciales “universidad 2010 y 2012, eventos de generalización de resultados en el fórum de ciencia y técnica a varios niveles, talleres pedagógicos

nacionales de tecnología de la salud y defensas de maestrías tutoradas por el autor, así como su aplicación a los implicados en los grupos de salud mental en relación con la rehabilitación del alcoholismo.

Criterios de expertos.

Otro procedimiento utilizado para validar los resultados de la investigación fue el criterio de experto, para cuya selección se precisaron indicadores. Entre los expertos se seleccionaron.

- Dra. Adela Fong Estrada: Médica, Especialista de Primer Grado en Medicina Interna, de Segundo Grado en Geriatria y Gerontología, MSc. en Longevidad Satisfactoria, Jefa del servicio de Geriatria y Gerontología del Hospital Provincial "Ambrosio Grillo", Profesora Auxiliar.
- Dr. Orlis Gámez Morgado: Profesor Instructor, Especialista de primer grado en Medicina General Integral, Especialista de primer grado en Geriatria y Gerontología, Jefe del servicio de Geriatria del hospital de Contramaestre.
- Otros (Ver anexo...).

Los criterios vertidos de casi la totalidad de los expertos fueron favorables a los resultados de la investigación y recomiendan en tal sentido su sistematización y generalización, le reconocen impactos sociales, científicos, metodológicos y hasta medioambientales.

Triangulación.

Otra técnica realizada para valorar la investigación y sus resultados y que además los potencia, fue la triangulación. Ésta se efectuó a través de la entrevista semiestructurada y a profundidad de diferentes especialistas y expertos de la salud pública y de la pedagogía, cuyos resultados también fueron alentadores, el autor estima no agotar en el acápite, por considerar suficiente los talleres de socialización abordados, pues muchos de los entrevistados participaron en los mismos y la valoración que partió de los

diferentes talleres de socialización constituyen en sí misma una triangulación.

Conclusiones del capítulo-3

Se concreta la investigación en una ejemplificación parcial de la estrategia de gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario para el desarrollo de una cultura gerontogeriátrica en el proceso formativo socio-asistencial del profesional de la salud. Se aplica la misma de manera parcial a grupos de profesionales de los policlínico docente universitario correspondiente al área América-I y II del Municipio Contramaestre en la Provincia Santiago de Cuba en su vínculo con la de la Filial de Ciencias Medicas del territorio.

Los resultados científicos tanto de la modelación teórica como la práctica, se corroboran en talleres de socialización con especialista, criterio de experto y triangulación, entre otras técnicas, obteniéndose resultados positivos en casi todos los aspectos.

La estrategia se ejemplifica parcialmente en el eslabón de la motivación obteniendo resultados alentadores.

CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES

El abordaje del comportamiento histórico en la atención asistencial teniendo en cuenta: la apropiación en comunidad de la cultura gerontogeriatrica en relación a los problemas de salud, las Intervenciones asistenciales comunitarias de salud y su relación a la gerontogeriatrica, así como el trabajo comunitario del profesional de la salud a ese tipo de atención realizado a través de la aplicación del método histórico lógico, permitió abordar la caracterización ontológica, epistemológica, praxiológica, lógica y **axiológica** del proceso de formación socio-asistencial del profesional de la salud en la labor comunitaria en ejercicio de su profesión como **objeto** y la gestión para el desarrollo socio-asistencial en salud como **campo** en el mismo ámbito comunitario.

En ese sentido, con el análisis histórico lógico en relación con la gerontogeriatrica, que inicialmente condujo a la determinación de los antecedentes de dicho proceso formativo referente a una cultura socio-humanista-asistencial en salud para la formación posgraduada del profesional del sector en comunidad, que desarrollara competencias también **humanas**, trascendente a las intervenciones asistenciales comunitarias de salud, permitió plantear unos periodos, para develar una tendencia histórica en la evolución y desarrollo del proceso formativo que se aborda como objeto, pero que aún es insuficiente en el tratamiento de aspectos espirituales y poco contextualizada a la formación en el propio ejercicio comunitario del profesional de la salud.

El abordaje de las concepciones teóricas para la formación socio-asistencia del profesional de la salud en comunidad y de su gestión en el ámbito comunitario, permitió asumir un conjunto de categorías procedente de la cultura salubrista, la pedagogía de la educación superior y de la didáctica de salud que trazaron

pautas para proponer un modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario.

La valoración crítica de la situación actual en la formación socio-asistencial en comunidad de los profesionales de la salud en relación a la atención gerontogeriátrica revela la necesidad de contribuir a un proceso formativo de posgrado en el profesional de la salud en ejercicio, pertinente con el logro de un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria que trascienda a la apropiación de dicha cultura en el ejercicio de la profesión en plena labor comunitaria, teniendo en cuenta los valores más universales de compromiso, flexibilidad, trascendencia y amor en los contextos de universalización y municipalización de la educación superior, así como una salud que no solo dependa de aspectos bio-psico-sociales sino también ecológico y espirituales en relación con las potencialidades humanas y a su actividad práctica.

El diagnóstico realizado permitió determinar las principales insuficiencias y deficiencias de la formación del profesional de la salud en su labor comunitaria, pertinente al desarrollo socio-humanista-asistencial, trascendente a todo y cualquier tipo de atención a problemas de salud en la comunidad, y que necesita en tal sentido una transformación, para la cual se determinó entonces actuar en **la gestión para el desarrollo socio-asistencial en salud en el ámbito comunitario**.

Lo anterior marcó pautas para desarrollar una modelación que explicitó desde la teoría un proceso formativo en consecuencia y sustentó una estrategia para gestionar dicha formación, trascendente a las intervenciones asistenciales en la comunidad como muestra de una pedagogía social.

Por otro lado se enfatiza que en el proceso investigativo quedó develado que los problemas relacionados a una cultura gerontogeriátrica en su desarrollo socio-humanista-asistencial formativo, trascienden a cualquier problema de salud, lo que permitió al investigador pensar en una propuesta teórica más abarcadora.

De lo anterior se pudo mostrar que es necesario un proceso de gestión formativa socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en pleno ejercicio comunitario, que emana de la relación entre la

dimensión socio-cultural con la dimensión socio-formativa de una sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la labor comunitaria del profesional de la salud.

Esta sistematización se desarrolla desde una apropiación de la cultura asistencial en salud y una profundización de la cultura socio-humanista en el profesional de la salud en una práctica asistencial formativa y en un trabajo comunitario de ese profesional, constituyendo ambas configuraciones un par dialectico que al gestionarse se sintetizan en una gestión formativa-asistencial-social y humana del profesional de la salud, en la que se tiene en cuenta la esencia y la condición humana, que potencia un modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en salud en el ámbito comunitario, obtenido con la aplicación del método holístico-configuracional y dialectico.

Este modelo mediado fundamentalmente por la sistematización formativa socio-humanista-asistencial en la comunidad, que depende -como se planteo anteriormente- de una profundización de la cultura socio-humanista y da la apropiación de la cultura asistencial en salud, que interrelacionado dialécticamente condicionan como **intencionalidad** el desarrollo de la cultura socio-humanista en el ejercicio de la profesión.

Por otro lado esa sistematización muestra la necesidad de una práctica asistencial formativa y un trabajo socio comunitario en el ejercicio de su profesión, categorías que constituyen entonces un par dialectico que se sintetiza en la gestión formativa asistencial social y humana del profesional de la salud como el **medio** para lograr la intención develada, esto condiciona y significa una configuración más esencial que revela lo pedagógico y lo didáctico del modelo que se identifica con la dimensión socio-formativa .

Es entonces que las relaciones dialécticas anteriormente explicadas, permitió develar en su movimiento interno y esencial relaciones que condicionan la transformación en la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud en su propio ejercicio como modalidad de postgrado a gestarse por los profesores de los GBT.

Ello permite significar entonces una regularidad que con carácter de ley identifica la viabilidad del modelo para la gestión formativa socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en el ámbito comunitario, dada en que:

El trabajo y la práctica asistencial en la comunidad, condiciona el desarrollo social y humano del profesional de la salud en ejercicio y ello es un proceso formativo continuo y permanente de posgrado condicionado por la gestión socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario.

Es con este modelo, el cual tiene como sustento epistémico las relaciones dialéctica que se dan entre las categoría que lo configuran que se sustenta una estrategia de gestión para la formación socio-asistencial en salud en el ámbito comunitario que deviene significación práctica de esta investigación, concebida en tres niveles identificados con: Primer nivel de esencialidad cultural socio-humanista en salud, Segundo nivel valorativo y Tercer nivel de concreción.

Para lo anterior se partió de determinar premisas y requisitos que condicionaron valores humanista asistenciales para la formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud, desde una **gestión formativa asistencia social y humana del profesional de la salud**, mediado por la **sistematización formativa socio-humanista-asistencial** para luego precisar la valoración del entorno como diagnostico estratégico en relación a la regularidades del modelo, de donde parten los objetivos estratégicos.

Es a partir de aquí cuando se aborda la determinación de objetivos específicos en cada subproceso (docente, asistencial, científico investigativo y administrativo) lo que permite trazar pautas (políticas), teniendo en cuenta las relaciones, es así entonces que se toman acciones y se implementa la estrategia con un proceso evaluativo que traza por toda ella.

Es con todo lo anterior que se pretende contribuir a solucionar las contradicciones, **para poder disminuir las insuficiencias que limitan las intervenciones asistenciales en comunidad que luego se aplica al tratamiento para un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria.**

Se concreta la investigación en una ejemplificación parcial de la estrategia de gestión para la formación socio-asistencial en salud en el ámbito comunitario que garantice **el desarrollo** de una cultura gerontogeriátrica en el proceso formativo socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud con un enfoque humanista teniendo énfasis en los aspectos espirituales. Se aplica la misma de manera parcial a grupos de profesionales de la salud de los policlínicos docente universitario correspondiente al área América-I y II del municipio Contramaestre en la provincia Santiago de Cuba en su vínculo a la de la filial de ciencias medicas del mismo territorio.

Los resultados científico tanto de la modelación teórica como la práctica se corrobora en talleres de socialización con especialista, criterio de experto y triangulación, entre otras técnicas, obteniéndose resultados positivos en casi todos los aspectos.

La aplicación de la estrategia, parcialmente ejemplificada, arroja resultados alentadores, que se resumen en (1) el interés de los profesionales de la salud y personal relacionado por el desarrollo de una cultura socio-humanista-asistencial en salud gerontológica, (2) su motivación hacia la investigación socio-humanista-asistencial pertinente con una población que envejece y sus demandas; y (2) la incentivación de la difusión de contenidos socio-humanista-asistenciales de la cultura en salud gerontológica a diferentes contextos.

Es entonces que de las relaciones entre configuraciones, dimensiones y eslabones como la integración para la inteligibilidad de la formación socio-asistencia del profesional de la salud en su labor comunitaria, deviene un modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario, que tiene como sustento epistémico las relaciones dialéctica que se dan, lo que sustenta a la vez una estrategia de gestión para la formación socio-asistencial en salud, que se operacionaliza a través de los procedimientos de la misma, lo cual permite gestionar la formación socio-asistencial de ese profesional y su propia evaluación en la comunidad.

RECOMENDACIONES

Promover otras investigaciones que revelen la esencia del proceso de formación socio-asistencial en comunidad para el profesional de la salud a partir de la experiencia científica de esta investigación, en los diferentes contextos comunitarios donde se puedan realizar acciones de formación con sustento socio-humanista, partiendo de la esencia y la condición humana.

Extender la interpretación de las relaciones esenciales del modelo de gestión formativa socio-humanista-asistencial en el ámbito comunitario, para la construcción teórica de posibles eslabones en el proceso de formación posgraduada continua y permanente del profesional de la salud que a la vez ha de ser gestionado y por tanto requiere de un nuevo proceso de investigación.

Integrar los recursos humanos y materiales indispensables para la paulatina inclusión al plan de estudio actual, con el objetivo de alcanzar un proceso generalizable y coherente de formación socio-asistencial postgraduada en comunidad para los profesionales de la salud en la diversidad contextual sociocultural de cada realidad comunitaria.

Sistematizar y generalizar la estrategia a la formación de todos los profesionales de la salud y a otras carreras del perfil social, profundizar en la modelación teórica y las inconsistencias que aun no satisfagan el proceso de formación socio-asistencial en comunidad del profesional de la salud para que puedan emerger perfeccionamientos del modelo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Álvarez I. B., (1999).** El proceso y su movimiento. Modelo de la dinámica del proceso docente educativo en la educación superior. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas.
2. **Asimov, I. (1986).** Grandes ideas de la Ciencia. Alianza Editorial S.A. Madrid.
3. **Andreiev, I.D. (1978).** Problemas lógicos del conocimiento científico. Editorial Progreso. Moscú.
4. _____. (1979). La ciencia y el progreso social. Editorial Progreso. Moscú.
5. **Aguerrondo, I. (1993).** “La calidad de la educación: Ejes para su definición y evaluación”, La Educación, XXXVII. (116).
6. **ANUIES. (1998).** La Educación Superior en el Siglo XXI Líneas estratégicas de desarrollo En soporte magnético.
7. **A. Didriksson (2000).** La universidad de la innovación. Una estrategia de transformación para la construcción de universidades de futuro. UNESCO. Estado de zacatecas, Universidad Autónoma de Zacatecas. México.
8. **Astin. (1990).** Achieving Educational Excellence: A Critical Assessment of Priorities and Practices in Higher.
9. **Arocha J.L.** Los contenidos de la salud pública. Los objetivos de “Salud para todos en el año 2000”. En Educación para la Salud y Salud Pública. ICEPSS, Canarias 1996.
10. **Arroyo H.** Informe de País. En: Promoción de salud y educación para la salud: Retos y Perspectivas: en La promoción de salud y la educación para la salud en América Latina. Universidad de Puerto Rico. 1997. pp. 279

11. **Bedoya, I. Gómez M.** (1989). Epistemología y Pedagogía. Editorial ECOE, Bogotá.
12. **Bernal, J. D.** (1954): La ciencia en su historia, Dirección General de Publicaciones, UNAM, México.
13. _____. (1986): Historia Social de la Ciencia. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, T.1 y II.
14. **Bernal, J.** (2007). La ciencia en la historia. Editorial Científico-Técnica. La Habana, Cuba.
15. **Bertalanffy, L.** (1950 -1968). (Trabajos publicados entre 1950 y 1968).
16. _____. (1987). Teoría General de Sistemas. Editorial Herder. Barcelona, España.
17. **Bohannan, P.** et. al. (2005). Antropología. Editorial Feix Valera, La Habana.
18. **Brunner, J.J.** (2007). Universidad y sociedad en América Latina. Universidad Veracruzana. Instituto de Investigaciones en Educación. Xalapa, Veracruz.
19. **Bunge, M.** (1975). La investigación científica. Editorial Ariel. Buenos Aires.
20. _____. (1980). La Ciencia su método y su filosofía. Editorial Siglo XX. Buenos Aires, Argentina.
21. _____. (1980). Epistemología: ciencia de la ciencia. Editorial Ariel, Barcelona.
22. _____. (1972). Teoría y Realidad. Editorial Ariel, Barcelona.
23. **Braslavsky, C Tiramonti,G.** (1990). Conducción educativa y calidad de la enseñanza media Buenos Aires: FLACSO/Miño y Dávila Editores.
24. **Bok D.** Educación superior. Editorial El Ateneo. Argentina. 1992.
25. **B. Clark.** (2000). Creando universidades innovadoras. Estrategias organizacionales para la transformación. UNAM.
26. **Bryant J., Kausar S, Hyder A.** Ética, equidad y renovación de la estrategia de salud para todos de la OMS. Foro Mundial de la Salud. Volumen 18. 1997.
27. **C. Tünnermann.** (2003). La universidad latinoamericana ante los retos del siglo XXI. Ciudad Universitaria, Edición UDUAL, México.
28. **C. Pallán.** Algunas reflexiones sobre los modelos de planeación para el desarrollo de la educación superior en América latina. Conferencia dictada el 27 de octubre de 1993, en el Primer Encuentro

Internacional de Planeación para el Desarrollo en la Universidad Nacional del Estado de México.
Secretario General Ejecutivo de la ANUIES. Tomado de revista de educación superior de Anuies No.
85

29. **Colectivo de autores. (2000).** Informe Universidad 2000. (Informe Bricol) CRUE.
30. **Cortina M.** Modelo para la Estructura y Estrategia de Dirección de la Universidad de Oriente. Tesis en opción al grado de doctor en Ciencias Pedagógicas. CeeS “Manuel F. Gran” U. O. 1999.
31. **Cave. Kogan y Smith. (Editores). (1990).** Output and Performance Measurement in Government. Londres, 1. Kingslev.
32. **Colectivo de Autores (1999).** Experiencias de Autoevaluación y acreditación. ASCUN. CNA. Colombia.
33. **Carta de ottawa** para la promoción de la salud, primera conferencia internacional sobre promoción de la salud; 1986.
34. **Castejón, Penélope; Abellán, Antonio.** Estado de Salud. En: Informe 2006. Las personas mayores en España. Observatorio de Personas Mayores. Madrid: IMSERSO, 2006.
35. **Campo Ladero, María José.** Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer Cuidadora. Opiniones y Actitudes nº 31. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), 2000.
36. **Delors, J. Et al. (1996)** La educación encierra un tesoro, Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el Siglo XXI, Santillana y Ediciones UNESCO, Madrid.
37. **Didriksson, A. (1993)** La Universidad del Futuro — Un Estudio sobre las Relaciones entre la Educación Superior, la Ciencia y la Tecnología en Estados Unidos, Japón, Suecia y México. CISE-UNAM, México.
38. **Didriksson, A. (1996)** “Una agenda del presente para la construcción del futuro de la educación superior en América Latina y el Caribe”, en La UNESCO frente al cambio de la educación superior en América Latina y el Caribe. Memorias del Seminario UNAM/UNESCO, Caracas, CRESALC/UNESCO.

39. **Didriksson, A. (2000)** La universidad de la innovación. UNESCO. México.
40. **Dieterich, H. (2000)**. Identidad Nacional y Globalización. La Tercera Vía. Editorial Abril, Cuba.
41. **Dilthey W. (1978)**. Introducción a las Ciencias del Espíritu. Fondo de Cultura Económica.
42. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española; vigésima segunda edición. Madrid, 2001
43. Diccionario Filosófico Rosental M y P. Ludin. Editora Política. Ciudad de La Habana, 1981.
44. **Engels, F. (1982)**. Dialéctica de la naturaleza. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.
45. El Estado de Envejecimiento y la Salud en América Latina y el Caribe. Informe Técnico sobre Salud del Adulto Mayor, Organización Panamericana de la Salud Washington, DC, 2004.
46. **Frigerio, G. y Poggi, M. (1994)**. Las instituciones educativas, cara y ceca: Elementos para su gestión. Buenos Aires: Editorial Troquel.
47. **Fuentes H. (2001)**. Didáctica de la Educación Superior. Editorial INPAHU. Colombia.
48. _____ **(2001)**. Estrategia para la Gestión de los procesos, en las instituciones de Educación Superior. CeeS "Manuel F. Gran". Universidad de Oriente.
49. _____ **(2002)** La formación por la contemporaneidad. Modelo Holístico Configuracional de la Didáctica de la Educación Superior. Revista Esquemas Pedagógicos. ISSN 019-308. UDEC. 2002.
50. **Fuentes, H. et al. (2007)**. Proceso de investigación Científica. Orientada a la Ciencias Sociales. Universidad Estatal de Bolívar.
51. **Fuentes, H., Macía, T. (2007)**. La universidad en la sociedad, consideraciones para un modelo de Universidad Humana Sustentable. CeeS, Manuel F. Gran. Monografía.
52. **Fuentes, H. et al. (2008)** La Concepción Científica Holístico Configuracional. Monografía inédita. CeeS "Manuel F. Gran". Universidad de Oriente.
53. **Fuentes, H. (2008)**. La Universidad Latinoamericana Humana y Cultural. Evento Red UREL, Bogotá, Colombia.

54. _____ (2009). Pedagogía y Didáctica de la Educación Superior. Universidad Estatal de Bolívar.
55. _____ Tendencias en el perfeccionamiento de la Educación Superior en Cuba. Revista Pro-posições. Vol. 5. No. 3 [15]. Facultad de Educación. Universidad Estadual de Campiñas. Brasil. 1994.
56. _____ La universidad y sus procesos vista desde un modelo holístico. Conferencia . CeeS "M. F. Gran" 1997.
57. **Fuentes H. y colab. (1999).** Modelo de estrategia para la dirección de instituciones de educación superior. Monografía CeeS "Manuel F. Gran".
58. **Fuentes, H. (1998).** La universidad y sus procesos vistos desde un enfoque holístico. CeeS "Manuel F. Gran" 1998.
59. **Feyerabend, P. K. (1985).** Contra el método (esquema de una teoría anarquista del conocimiento). Ediciones Orbis, S.A. Barcelona
60. **Fuentes H. (1994)** Tendencias en el perfeccionamiento de la Educación Superior en Cuba. Revista Pro-posições. Vol. 5. No. 3 [15]. Facultad de Educación. Universidad Estadual de Campinas. Brasil.
61. _____. (1997). Modelo holístico de los procesos universitarios. Conferencia, documentos CeeS "M. F. Gran". Universidad de Oriente.
62. _____. (1998a) Modelo holístico configuracional de la didáctica de la educación superior. Monografía. CeeS "Manuel F. Gran". Universidad de Oriente.
63. _____. (1998b). Dinámica del proceso de enseñanza-aprendizaje.. Monografía. CeeS "Manuel F. Gran". Universidad de Oriente.
64. _____(2000). Conferencias de Investigación. Programa de doctorado curricular en Ciencias Pedagógicas. CEES "Manuel F. Gran", UO. Santiago de Cuba.
65. _____. (2001a). Didáctica de la Educación Superior. Editorial INPAHU. Colombia
66. _____. (2001b) Apuntes para un texto de proceso de investigación científica. CeeS "Manuel F. Gran".

67. _____, Et. al. (2001c). Una formación por la contemporaneidad: el Modelo Holístico Configuracional de la Didáctica de la Educación Superior. Revista Educación. Universidad de Cienfuegos.
68. _____. (2002) La formación por la contemporaneidad. Modelo Holístico Configuracional de la Didáctica de la Educación Superior. Revista Esquemas Pedagógicos. ISSN 019-308. UDEC. 2002.
69. _____. **Et. al.** (2002) Teoría Holístico Configuracional y su aplicación a la Didáctica de la Educación Superior. Soporte magnético. Editorial Universidad de Oriente.
70. _____. **Et. al** (2003). Teoría Holístico Configuracional de los Procesos Sociales. Revista Santiago. UO.
71. _____, **Et. al.** (2004). La Teoría Holístico – Configuracional en los procesos sociales. CeeS "Manuel F. Gran" Universidad de Oriente.
72. _____, **Et. al.** (2003) Las instituciones de educación superior y su compromiso social. Revista Santiago. ISSN: 0048-9115 RNPS 0145.
73. _____, (2003). La sociedad del conocimiento; nuevos retos a la universidad, INFOGEST, CUBA.
74. _____, **Et. al.** (2004) El proceso de investigación científica desde un pensamiento dialéctico hermenéutico reto. CeeS "Manuel F. Gran" Universidad de Oriente. Registro: 862 – 2005.
75. _____ **.Et. al.** (2005a) La Teoría Holístico – Configuracional y su aplicación en los procesos sociales. En: Revista de la Universidad de los Andes. Táchira. Venezuela
76. _____. **Et al.** (2005b). El proceso de investigación científica desde un pensamiento dialéctico hermenéutico. Reto actual en la formación de doctores. 190 hojas. Registro 862-2005.
77. _____. (2006). Metodología de la Investigación. Sistema de Educación Intensivo. Universidad Metropolitana. Ecuador.
78. _____. Et al. (2007). Proceso de investigación Científica. Orientada a la Ciencias Sociales. Universidad Bolívar.

79. **Fuentes L.** (2005) Propuesta de estrategia para la gestión de la dinámica del proceso de formación de los estudiantes de la carrera Estudios Socioculturales en la Sede Universitaria Municipal de Santiago. CeeS "M. F. Gran". Universidad de Oriente.
80. _____, **et. Al.** (2006). La formación contextualizada de los profesionales universitarios: reto didáctico para el siglo XXI. I Jornada de Investigación de la UNEFA. Junio. Venezuela.
81. _____. (2006) La formación contextualizada de los profesionales en los Estudios Socioculturales ante el proceso de Universalización. Tesis en opción al grado de doctor en Ciencias Pedagógicas. CeeS. "M. F. Gran". Universidad de Oriente.
82. **García Guadilla C.** "Algunas ideas sobre la transformación universitaria", Investigadora el CENDES, U C V en http://www.asovac.org.ve/av_ext_boletin40_guadilla.htm#reff.
83. **González R.** Humanismo, espiritualidad y ética médica. La Habana: Editora Política; 2005.
84. _____. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2005.
85. _____. Lo espiritual en el contexto de la relación profesional del equipo de salud. Educ Med Sup. 2004; 18
86. _____. Las relaciones con el paciente en el marco institucional. Rev. Cubana Med. 1976; 15 345-50.
87. **González R.** Valores humanos y ética en la práctica clínica contemporánea. La Habana: Editorial Félix Varela; 1996 (boletín del Ateneo Juan Cesar García).
88. **García, L et, all. (2001).** Una estrategia para el establecimiento de la relación interdisciplinaria en las Ciencias Naturales. Congreso Didáctica de las Ciencias.
89. **González, L. (1990).** "Calidad de la Docencia en América Latina", en: La Calidad de la Docencia Universitaria en América Latina y el Caribe. Colección Gestión Universitaria. CLNDA.
90. **Gadamer H.** (1994). Verdad y Método. Ediciones Sígueme. Salamanca.

91. **García Guadilla C.** "Algunas ideas sobre la transformación universitaria", Investigadora el CENDES, U C V en http://www.asovac.org.ve/av_ext_boletin40_guadilla.htm#reff.
92. **Giddens, A.** citado por H. Maturana en "autonomía y autopoiesis" Editorial Dolmen, Santiago de Chile.
93. **González, F.** (1997). Epistemología cualitativa y su subjetividad. Editorial Pueblo y González, F. (1993). Problemas Epistemológicos de la Psicología UNAM. México.
94. _____. (1993). Problemas Epistemológicos de la Psicología UNAM. México.
95. _____. (1995). Comunicación personalidad y método. Editorial Pueblo y educación. La habana.
96. **Guadarrama, P.** (2001). Humanismo en el pensamiento latinoamericano. Editorial Ciencias Sociales. La Habana, Cuba.
97. _____. (2003). José Martí y el Humanismo en América Latina. Convenio Andrés Bello, Bogotá D.C.
98. **Gómez, J. A., y Licea, J. (2002).** La alfabetización en información en las universidades. Revista de investigación educativa, 20(2). Extraído el 25 de enero del 2009, desde <http://www.um.es/gtiweb/jgomez/publicaciones/alfinrie2002.PDF>
99. Gómez Vela, M; Sabeh, E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. 2006. Disponible en <http://www3.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>. [Consultado el 18.7.2012].
100. **García Tamayo R. y colab.** (2008) Diseño por competencia y formación profesional salubrista para influir en una longevidad satisfactoria. enfoque formativo humanístico cultural.
101. _____. (2008) Evaluación del proceso formativo del profesional salubrista para garantizar un envejecimiento saludable comunitario. enfoque humanístico-cultural.
102. _____. (2008) La inteligencia ciega ante los aspectos formativos del profesional salubrista en el tratamiento a la longevidad satisfactoria.

103. _____ (2008) Nueva ciencia y proceso formativo del profesional de la salud para el tratamiento a una longevidad satisfactoria.
104. _____ (2008) Formación profesional salubrista en el tratamiento de una longevidad satisfactoria y el pensamiento complejo desde un enfoque humanístico cultural
105. _____ (2008) Diseño por competencia y formación gerontológica del profesional de la salud.
106. _____ (2008) (Enfoque humanístico cultural y dinámica formativa para influir en un envejecimiento saludable desde el pregrado.
107. _____. ((2008) Ensayo sobre la formación gerontológica del profesional de la salud, pertinencia, optimización e impacto.
108. _____ (2008) (Evaluación humanístico-cultural en la formación gerontológica en el contexto universitario.
109. _____. (2008) (Estrategia educativa contextualizada para la prevención de accidentes en los geróntes.
110. _____ (2008) ("el siglo xxi, ¿del conocimiento, o el de la ceguera?" y la formación profesional salubrista para influir en una longevidad satisfactoria en la comunidad y el desempeño.
111. _____ (2008) (Diseño y pensamientos complejos en la formación del profesional salubrista para lograr una longevidad satisfactoria.
112. _____ (2008).(Formación profesional salubrista en el tratamiento de una longevidad satisfactoria y el pensamiento complejo desde un enfoque humanístico cultural.
113. _____. (2008) (Diseño por competencia y formación profesional salubrista para influir en una longevidad satisfactoria. enfoque humanístico cultural.

114. _____. (2008) (Evaluación del proceso formativo del profesional salubrista para garantizar un envejecimiento saludable comunitario. enfoque humanístico-cultural.
115. _____. (2008) (Evaluación formativa humanística cultural en la formación del profesional salubrista para influir en una longevidad satisfactoria.
116. _____ (2008) (Formación humanístico cultural del profesional salubrista para influir desde su formación en un envejecimiento saludable.
117. _____ (2008).(Metodología para la dinámica del proceso formativo del profesional salubrista para influir en un envejecimiento saludable.
118. _____. (2008) (Carácter formativo humanístico cultural del profesional de la salud para influir en un envejecimiento saludable.
119. _____2008) Propuesta formativa para el desarrollo de la cultura laboral en tecnología de la salud.
120. _____ (2008) (La formación gerontológica del profesional de la salud, una necesidad actual en los municipios santiagueros.
121. _____. (2008) (Tendencias históricas del proceso de formación gerontológica del profesional de la salud, sustento epistémico para la apropiación de una cultura en consecuencia.
122. _____ (2008) (Caracterización epistemológica y praxiológica del proceso de formación gerontológica del profesional de la salud así como la gestión de su dinámica.
123. _____. (2010) (Modelación para la gestión de la dinámica en el proceso de formación gerontológica del profesional de la salud.
124. _____. (2008) (Estrategia de gestión para la dinámica en la apropiación de la cultura en salud gerontológica.

125. _____ (2009) (Corroboración de los resultados científicos y una estrategia de gestión para la dinámica en la apropiación de una cultura en salud gerontológica por los profesionales de la salud.
126. _____ (2008) (Enfoque humanístico cultural de la dinámica de formación gerontológica del profesional salubrista.
127. _____. (2009) (Evaluación del proceso de formación gerontológica en el profesional salubrista desde un enfoque humanístico-cultural.
128. _____. (2010) (Evaluación humanística cultural y formación gerontológica del profesional salubrista.
129. _____. (2009) (conferencia
Titulo: formación gerontológica humanistico cultural del profesional salubrista para influir desde su formacion en un envejecimiento saludable.
130. **H. Fuentes y colab. (2003).** La universidad y su gestión; una mirada dialéctico – holística. CeeS “Manuel F. Gran”. Universidad de Oriente.
131. **HM Government, Higher Education. (1991).** A New Frainework. White Paper. Laundress. HIMSO.
132. **H. Fuentes y colab. (1999).** Modelo de estrategia para la dirección de instituciones de educación superior. Monografía CeeS “Manuel F. Gran”.
133. **Hammersley M. Atkinson P. (1994).** Etnografía. Ediciones Paidos. España.
134. **Hoyos, C.A. (1997).** Epistemología y objeto pedagógico. UNAM, México.
135. He, Wan, Manisha Sengupta, Victoria A. Velkoff, and Kimberly A. De Barros, U. S. Census Bureau, Current Population Reports, P23-209, 65+ in the United States: 2005, Washington, DC, 2005.
136. **Ilienkov, P. I. (1960).** Dialéctica de la Abstracto y lo concreto en “El Capital”. Editorial de la Academia de Ciencias de la URSS.

137. Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, Noviembre 2003.
138. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Bases Demográficas. En Libro Blanco Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: IMSERSO, 2005.
139. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles: El entorno familiar. Colección Estudios Serie Dependencia. Madrid: IMSERSO, 2005.
140. **J. Caramés. (2000).** La nueva cultura de la universidad del siglo XXI. La tercera vía universitaria. Ediciones Trabe S. L. España.
141. **J. Esteve. (2003).** La tercera Revolución educativa. La educación en la Revolución del Conocimiento. Ediciones Paidós. Barcelona, España.
142. **Jay, M., (1974).** La imaginación dialéctica. Una historia de la Escuela de Frankfurt, Madrid.
143. **Kedrov, B.M. (1976).** La clasificación de las ciencias. Editorial Progreso. Moscú.
144. **Kopnin, P.V. (1969).** Hipótesis y verdad. Editorial Grijalbo, S. A. México.
145. **Kant, I. (2005).** Fundamentación para una metafísica de las costumbres. Alianza Editorial, S.A., Madrid.
146. _____. (2000). Crítica de la razón pura, Editorial Alfaguara, Madrid.
147. **Khun, T. (1970).** Las Estructuras de las Revoluciones Científicas. Fondo de Cultura Económica, México.
148. **Lakatos-Musgrave (eds.),** La Crítica y el desarrollo del conocimiento, Barcelona, 1975.
149. **Landriere J. (1979).** El Reto a la Racionalidad Editorial Sígueme. Salamanca.
150. **Leff, E. (2000).** La complejidad ambiental. Editorial Siglo XXI. Madrid, España.
151. **López, F. (1990).** Epistemología y didáctica de las ciencias. Un análisis de segundo orden. Revista Enseñanza de las Ciencias, Nro. 8

152. **López, J. A. Et al.** "Filosofía actual de la ciencia", Diálogo Filosófico 29 (1994):: 164-208.
153. _____, **Et al.** "Ciencia y tecnología en contexto social: un viaje a través de la controversia", en: Rodríguez Alcáraz, F.J. et al. (eds.):, Ciencia, tecnología y sociedad: contribuciones para una cultura de la paz, Granada: Universidad de Granada, 1997.
154. **Lau, J., y Cortes, J. (2004).** Directrices Internacionales para la alfabetización Informativa. Sección de alfabetización Informativa de IFLA. Extraído el 10 de mayo del 2009, desde http://www.ucn.cl/files/bidoc/Directrices_DHI_Propuesta.pdf
155. **Losada Baltar, Andrés.** Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención de las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. (Madrid, España). Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 14. 2004. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-pdf> [Consultado el 12.6.2009].
156. La situación actual de las residencias en Geriatri-k. Revista profesional del sector asistencial geriátrico, 2006. Disponible en http://www.geriatrik.com/index.php?option=com_content&task=view&id=78&Itemid=48 [Consultado el 12.6.2011].
157. **Martí J. (1975).** "El Manuel del veguero venezolano", La América, Nueva York, enero de 1884. Obras completas, Tomo 7. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.
158. **Martí, J. (1963).** Obras completas. Editorial Imprenta Nacional de Cuba. La Habana, Cuba.
159. **Morle V. (1994).** Modelos dominantes de postgrado y modelo alternativo para América Latina. CEISEA. Caracas.
160. _____ (1995). América Latina, Ciencia, Tecnología y Educación Avanzada: Nuevos Problemas, Nuevos Conceptos. Centro de Estudios e Investigaciones sobre Educación Avanzada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

161. _____ (1996) Los Doctores y el doctorado. Historia y algunas propuestas. Ediciones del Centro de Estudios e Investigaciones sobre Educación Avanzada (CEISEA), Coordinación Central de Estudios de Postgrado Universidad Central de Venezuela. Caracas.
162. **Morle V. et, all. (1998)** De la Educación de Postgrado hacia Sistemas Nacionales de Educación Avanzada en América Latina y el Caribe. Centro de Estudios e Investigaciones sobre Educación Avanzada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
163. **Martínez M. (1997).** El paradigma emergente. Gedisa. Barcelona.
164. _____ (1998). La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación, manual teórico-práctico. Editorial Trillas, México.
165. **Maturana, H. (2000).** La ciencia y la vida cotidiana: la ontología de las explicaciones científicas. En El ojo del observador, Barcelona.
166. **Morín E. (1999).** Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
167. _____ (1994). Introducción al pensamiento complejo. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
168. **Müller y Funnell. (1992).** Exploring Learners Perceptions of Quality. Ponencia presentada en la Conferencia Quality in Education. Universidad de York.
169. **Markless, S. (2009).** A New Conception of Information Literacy for the Digital Learning Environment in Higher Education. Nordic Journal of Information Literacy in Higher Education, 1(1), 25-50.
170. **Marcuse, H. (1964).** El hombre unidimensional, Barcelona,
171. _____. (1968). Eros y civilización, Barcelona,.
172. **Mardones, J.M. Ursúa, N. (1994).** Filosofía de las Ciencias Humanas y Sociales. Editorial Fontanara, S.A. Barcelona, España.
173. **Martínez M. (1997a).** Comportamiento Humano, nuevos métodos de investigación. Editorial Trillas, México.

174. _____. (1997b). El paradigma emergente. Gedisa. Barcelona.
175. _____. (1998). La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación, manual teórico-práctico. Editorial Trillas, México.
176. _____. (1999). La Nueva Ciencia, su desafío, lógica y método. Editorial Trillas. México.
177. **Marx, C.** (1997). Introducción a En torno a la crítica de la Filosofía del Derecho de Hegel y otros ensayos en La Sagrada Familia. Editorial Grijalbo S.A. México D.F.
178. **Matos. Et. Al.** (2007) Lógica de investigación y construcción del texto científico. Universidad Libre. Colombia.
179. **Maturana, H.** (2000). La ciencia y la vida cotidiana: la ontología de las explicaciones científicas. En El ojo del observador, Barcelona.
180. **Mayos F. (2000).** Un mundo nuevo, Círculo de lectores, Galaxia Gutenberg y ediciones UNESCO, Madrid.
181. **Milán R. M, (2001).** Modelo y Estrategia Didáctica para la Evaluación dentro del Proceso Docente Educativo. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas.
182. **Ornelas C. (1996)** Las antinomias de la educación superior en América Latina y el Caribe. En La UNESCO frente al cambio de la educación superior en América Latina y el Caribe. Memorias del Seminario UNAM/UNESCO. CRESALC/UNESCO. Caracas.
183. **Milton Terris,** 1992 Conceptos sobre Promoción de la Salud: Dualidades en la teoría de la Salud Pública OPS/OMS.
184. **Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC,** Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev. Panam. Salud Pública. 2005: 17(5/6):353-361, mayo-junio 2005
185. **Núñez, J.** (1989): Interpretación teórica de la ciencia, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.

186. _____. (1985) Indagaciones metodológicas acerca de las Revoluciones científicas. Crítica de las concepciones de Thomas Kuhn. (Colaboración de la estudiante María de Lourdes Alonso Alonso): En "Filosofía y Ciencia". Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.
187. _____. (1986) Acerca de la concepción marxista del desarrollo de la ciencia: tesis para América Latina", en Marx y la contemporaneidad, en 3 tomos, t. III. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.
188. _____. (1989). Teoría y metodología del Conocimiento. La Habana: MES.
189. _____. (1999). La ciencia y la tecnología como proceso social. En el texto Tecnología y sociedad. Editorial Félix Valera, La Habana.
190. _____ et. al. (1990). Ciencia, Cultura y desarrollo Social. -- Camagüey: Imprenta de la Universidad de Camagüey.
191. **Ornelas C.** (1996) Las antinomias de la educación superior en América Latina y el Caribe. En La UNESCO frente al cambio de la educación superior en América Latina y el Caribe. Memorias del Seminario UNAM/UNESCO. CRESALC/UNESCO. Caracas.
192. **Otero, Haydée.** "Manejo psicológico de los enfermos renales". Cursos: <http://www.infomed.sld.cu> Abril-Mayo 2003.
193. _____ "Psicología y enfermedad renal crónica: de la prevención al tratamiento". Revista Cubana de Psicología. (Inédito).
194. **Project CIRET- UNESCO. Congreso de Locarno. (1997).** Carta de la transdisciplinariedad, en La transdisciplinarited.
195. **Pérez, A. R.** (1999). Kuhn y el cambio científico. Fondo de Cultura Económica. México.
196. **Pérez, G.** (1994). Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Editorial La muralla. Barcelona, España.
197. **Pérez C.** (2000), La reforma educativa ante el nuevo paradigma, , UCAB/EUREKA, Caracas

198. **Piaget J.** (1979). Tratado de Lógica y Conocimiento Científico. Editorial Paidós. Buenos Aires.
199. **Prigogine, I** (1997). El Fin de las certidumbres. Editorial Andrés Bello. Santiago.
200. **Popper K.** (1971). La lógica de la Investigación Científica. Editorial Tecno. Madrid, España.
201. _____. (1994). En busca de un mundo mejor. Editorial Paidós, Barcelona, España.
202. _____. (1997). El mito del marco común. En defensa de la ciencia y la racionalidad, Editorial Paidós, Barcelona, España.
203. _____. (1967). El desarrollo del conocimiento científico. Conjeturas y refutaciones, Buenos Aires, 1967.
204. **Power, C.** (1997) La Educación en el siglo XXI, en Revista Educación, N.91, mayo- agosto. Segunda Época. La Habana.
205. **Pozo, J I.** (1996). Aprendices y Maestros. La nueva cultura del aprendizaje. Alianza Editorial. Madrid.
206. Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad, aprobados por la resolución A/RES/46/91 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 16 de diciembre de 1991.
207. Perspectivas de la Población Mundial: Revisión del 2006. División de Población. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Naciones Unidas 2007.
208. **Rodríguez R.** (1996) El porvenir de la universidad latinoamericana. En La UNESCO frente al cambio de la educación superior en América Latina y el Caribe. Memorias del Seminario UNAM/UNESCO. CRESALC. Caracas.
209. **R. Arocena, J. Sutz.** (2001). La universidad latinoamericana del futuro tendencias escenarios alternativos. Universidad de la República Oriental del Uruguay. Colección UDUAL 11. Primera edición: 2001, México.
210. **Rodríguez, Z.** (1985). Filosofía, ciencia y valor. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.
211. _____. (1988, 1989). Obras en dos tomos. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.

212. **Rodríguez R.** (1996) El porvenir de la universidad latinoamericana. En La UNESCO frente al cambio de la educación superior en América Latina y el Caribe. Memorias del Seminario UNAM/UNESCO. CRESALC. Caracas.
213. **Suárez. R.** (1997). Aparece en: Acosta Sarriego José Raúl Bioética desde una perspectiva Cubana, Centro Félix Varela La Habana.
214. **Schiefelbein, E.** (1994). "Estrategias para elevar la calidad de la educación", La Educación Superior XXXVIII. (117).
215. **Schmelkes, S.** (1994). Hacia una mejor calidad de nuestras escuelas. Washington, DC.
216. **Sconul.** (1999). Aptitudes para el acceso y uso de la información en la enseñanza superior: la postura de Sconul. Informe preparado por el grupo de trabajo Sconul sobre Aptitudes para el Acceso y Uso de la Información Extraído el 15 de junio del 2009, desde <http://www.aab.es/pdfs/baab62/62a4.pdf>
217. **Sánchez, J.M.** (1995):, La ciencia, su estructura y su futuro, Debate Dominós. Madrid. España.
218. **Sánchez, J.M.** (1995). La ciencia, su estructura y su futuro. Debate Dominós. Madrid.
219. **Sastre, J. P.** (1977) El existencialismo es un humanismo, Buenos Aires.
220. **Solana, F.** (1999), Educación en el Siglo XXI. Limusa, México.
221. **Sotolongo, P.L.** (1998). "Matematización del Saber", en Modernidad y posmodernidad. Editorial Ciencias Sociales, La Habana.
222. **Souza da Silva J.** (2001) La Universidad, el cambio de Época y el Modo Contexto-Centrico de generación de Conocimientos.
223. **Suárez R.** (1997) en: Acosta J. R., Bioética desde una perspectiva cubana, Centro Felix Varela La Habana.

224. Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. Declaración de Brasilia. CEPAL LC/G 2359. Enero del 2008.
225. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8-12 de abril del 2009. Informe de la A/CONF.197/9. Publicación de las Naciones Unidas. Número de venta: S.02.IV.4 ISBN 92-1-330176-6. 2002.
226. **Sánchez González, R; Álvarez Nido, R; Lorenzo Borda, S** 2003, 13:4: 55-60. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid (Madrid, España). Medifam. [online]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113157682003000400009&lng=es&nrm=iso [Consultado el 15.7.2011].
227. **Tünnerman, C.** 1995. "Una Nueva Visión de la Educación Superior". San José.
228. _____. (1998). Transformación de la Educación Superior: Retos y Perspectivas. EUNA., Heredia.
229. _____ (2003) La universidad latinoamericana ante los retos del siglo XXI. Unión de Universidades de América Latina, Ciudad Universitaria, México, D.F.
230. **Tünnerman, C.** La educación superior en el umbral del siglo XXI. Colección Respuesta. No.1. CRESALC/UNESCO. Caracas. Venezuela. 1996a.
231. **Tünnerman, C.** Calidad de la Educación Superior. En Bases para la transformación de la educación superior en América Latina y el Caribe. Memorias de la Mesa Redonda organizada por el CRESALC en el marco de la Séptima Reunión de Ministros de educación de América Latina y el Caribe. Kingston. CRESALC/UNESCO. Mayo. 1996b.
232. **Tünnerman, C.** Hacia una nueva educación superior. CRESALC/UNESCO. Caracas. 1997.
233. **Tünnerman C.** (2003) La universidad latinoamericana ante los retos del siglo XXI. Unión de Universidades de América Latina, Ciudad Universitaria, México, D.F

234. _____. (1998). Transformación de la Educación Superior: Retos y Perspectivas. EUNA., Heredia.
235. **UNESCO.** (1996). Acta de la Conferencia Regional Políticas y Estrategias para la Transformación de la Educación Superior en América Latina y el Caribe. En Hacia una nueva educación superior. Caracas: CRESALC – UNESCO.
236. **UNESCO.** (1997). Informe de la Comisión Mundial de Cultura y desarrollo “Nuestra diversidad creativa”. París: UNESCO.
237. **UNESCO.** (1998). La Educación Superior en el Siglo XXI. Visión y Acción (Documento de Trabajo). París: UNESCO.
238. **Yarzabal, L.** (1996). La Transformación Universitaria en Vísperas del Tercer Milenio. Memorias del Simposio CRESALC – UNESCO.
239. **Weber, M.** (1973). Ensayos sobre metodología sociológica, Buenos Aires.
240. Sakurai R, Fujiwara Y, Ishihara M, Higuchi T, Uchida H, Imanaka K BMC Geriatrics 2013, 13:44. [Age-related self-overestimation of step-over ability in healthy older adults and its relationship to fall risk](http://www.biomedcentral.com/bmcgeriatr/my/preferences). Encontrado en: <http://www.biomedcentral.com/bmcgeriatr/my/preferences>.
241. Beaudart C, Maquet D, Mannarino M, Buckinx F, emonceau M, Crielaard J, Reginster J, Bruyère O BMC Geriatrics 2013, 13:42 Effects of 3 months of short sessions of controlled whole body vibrations on the risk of falls among nursing home residents. Encontrado en: <http://www.biomedcentral.com/bmcgeriatr/my/preferences>
242. Yang Y, Schonnop R, Feldman F, Robinovitch SN BMC Geriatrics 2013, 13:40 Development and validation of a questionnaire for analyzing real-life falls in long-term care captured on video. Encontrado en: <http://www.biomedcentral.com/bmcgeriatr/my/preferences>.
243. Haring B, Pettinger M, Bea JW, Wactawski-Wende J, Carnahan RM, Ockene JK, Wyler von Ballmoos M, Wallace RB, Wassertheil-Smoller S BMC Geriatrics 2013, 13:38 Laxative use and

incident falls, fractures and change in bone mineral density in postmenopausal women: results from the Women's Health Initiative. Encontrado en:

<http://www.biomedcentral.com/bmcgeriatr/my/preferences>.

244. Illani AM, Crotty M, Cleland LG, James MJ, Raser RJ, Cobiack L, Miller MD BMC Geriatrics 2013, 13:41 Fish oil administration in older adults: is there potential for adverse events? A systematic review of the literature. Encontrado en: <http://www.biomedcentral.com/bmcgeriatr/my/preferences>.

245. Fowler NR, Chen Y, Thurton CA, Men A, Rodriguez EG, Donohue JM BMC Geriatrics 2013, 13:37 The impact of Medicare prescription drug coverage on the use of antimental drugs. Encontrado en: <http://www.biomedcentral.com/bmcgeriatr/my/pref>

246. Knopp-Sihota JA, Cummings GG, Homik J, Voaklander D BMC Geriatrics 2013, 13:36 [The association between serious upper gastrointestinal bleeding and incident bisphosphonate use: a population-based nested cohort study](http://www.biomedcentral.com/bmcgeriatr/my/preferences). Encontrado en: <http://www.biomedcentral.com/bmcgeriatr/my/preferences>.

247. Ooijen MW, Roerdink M, Trekop M, Visschedijk J, Janssen TW, Beek PJ BMC Geriatrics 2013, 13:34 Functional gait rehabilitation in elderly people following a fall-related hip fracture using a treadmill with visual context: design of a randomized controlled trial van Encontrado en: <http://www.biomedcentral.com/bmcgeriatr/my/preferences>

248. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Suethanapornkul S, Manimmanakorn N, Archongka Y BMC Geriatrics 2013, 13:33. Long-term morbidities in stroke survivors: a prospective multicenter study of Thai stroke rehabilitation registry. Encontrado en: <http://www.biomedcentral.com/bmcgeriatr/my/preferences>.

249. Pang A, Ho S, Lee S BMC Geriatrics 2013, 13:35 Cancer physicians' attitude towards treatment of the elderly cancer patient in a developed Asian country. Encontrado en: <http://www.biomedcentral.com/bmcgeriatr/my/preferences>.

250. Gessert CE, Haller IV, Johnson BP BMC Geriatrics 2013, 13:39 Regional variation in care at the end of life: discontinuation of dialysis. Encontrado en:

<http://www.biomedcentral.com/bmcgeriatr/my/preferences>.

251. SJ, Jessel S, Richardson JE, Reid MC BMC Geriatrics 2013, 13:43. Older adults are mobile too! Identifying the barriers and facilitators to older adults' use of Health for pain management Parker.

Encontrado en: <http://www.biomedcentral.com/bmcgeriatr/my/preferences>.