



**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD UNIVERSIDAD
DE LURIO NAMPULA MOZAMBIQUE**

LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y EL METODO CLINICO PARA LA FORMACION DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Dr. C (PhD). RENAN GARCÍA TAMAYO:

Doctor en Medicina, Especialista de primer y segundo grado en Medicina Interna, Máster en ciencias, Doctor en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular- Universidad de Ciencia Médica de Santiago de Cuba la Filial de Ciencias Médicas de Contra maestre.

Profesor catedrático en universidad de Lurio Nampula Mozambique
renangarciatamayo@gmail.com

MSC. MERCEDES DE LA CARIDAD SOLER LAHITTEBIGNOTT.

Licenciada en Enfermería. Master en atención integral a la mujer
Profesora auxiliar, en universidad de Lurio Nampula Mozambique.
solerlahittebignott@gmail.com

PhD. SERGIO LATORRE ARTEGA.

MsC. En Economía, Doctor en ciencias de la salud.
Profesor auxiliar. Facultad de ciencias de la salud, Universidad de Lurio Nampula Mozambique.
Grupo de investigación en salud, Universidad de Alicante España.
slatorre@unilurio.ac.mz

**UNILURIO NAMPULA
2017**

INDICE:

CONTENIDO	PAG.
• INTRODUCCION	1
• CAPITULO 1 LA CIENCIA Y SU VINCULACIÓN CON LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA MEDIADA POR EL METODO CLINICO	5
1.1. La ciencia médica y de la salud como expresión de la cultura de los hombres.	5
1.2. La objetividad del conocimiento científico en salud y médico clínico	7
1.3. Contradicciones de carácter filosófico del proceso de investigación mediado por el método clínico	9
1.4. La investigación mediada por el método clínico en los procesos socio-humanista-asistenciales de salud.	12
1.5. El proceso de investigación y los métodos del conocimiento en relación al método clínico.	15
1.6. Relación entre lo teórico y lo metodológico en relación al método clínico.	18
1.7. La diversidad en la investigación científica como una necesidad a tener en cuenta para las investigaciones mediadas por el método clínico.	19
• CAPITULO 2 LO SISTÉMICO Y LO HOLÍSTICO–CONFIGURACIONAL, DOS TEORÍAS DE UN PARADIGMA PARA ABORDAR EL METODO CLINICO	23
2.1. Fundamentos epistemológicos de la Teoría General de Sistema para abordar el método clínico.	
2.2. Concepciones básicas y categorías de la Teoría General de Sistemas como sustento para las investigaciones mediada por el método clínico.	26
2.3. Categorías que caracterizan los sistemas y que pueden ser asumida en las investigaciones mediadas por el método clínico.	26
2.4. Tipos de sistemas:	30
2.5. El método sistémico estructural funcional como lógica de la investigación científica para ser aplicado en el método clínico.	32
2.6. Fundamentos de la Teoría Holístico Configuracional para las investigaciones medida por el método clínico.	38
2.7. Principios de la Teoría Holístico Configuracional que son aplicables a las investigaciones mediadas por el método clínico.	41
2.8. Sistema de categorías de la Teoría Holístico Configuracional como alternativa en las investigaciones mediada por el método clínico.	42
2.9. La Metodología Dialéctico Holística una alternativa para las investigaciones mediadas por el método clínico.	45
2.10. Ejemplificación en la aplicación de la Teoría Holística Configuracional con su método Holístico Dialectico en una investigación de salud.	47

<ul style="list-style-type: none"> • CAPITULO 3 	55
EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA MEDIADO POR EL METODO CLINICO DESDE LA TEORÍA HOLÍSTICO CONFIGURACIONAL	
3.1. Fundamentos del Proceso de Investigación Científica mediado por el método clínico desde la Teoría Holístico Configuracional.	55
3.2. Sistema de categorías de la Metodología Dialéctico – Holística para abordar el método clínico.	59
<ul style="list-style-type: none"> • CAPITULO 4 	68
LA HERMENÉUTICA COMO ESENCIA DEL PROCESO INVESTIGATIVO MEDIADO POR EL METODO CLINICO	
4.1. Fundamentos de la hermenéutica.	68
4.2. Consideraciones hermenéuticas en el proceso investigativo mediado por el método clínico.	70
4.3. El Método Hermenéutico Dialéctico en el proceso investigativo mediado por el método clínico.	74
<ul style="list-style-type: none"> • CAPITULO 5 	76
LA DIDÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA MEDIADA POR EL METODO CLINICO	
5.1. Papel de la investigación científica mediada por el método clínico en el desarrollo del talento humano en el profesional médico y de la salud.	76
5.2. La formación científica del médico y demás profesionales de la salud y su concepción didáctica para la aplicación del método clínico.	78
5.3. Los programas de formación de doctores para los profesionales de la salud.	79
5.4. Las competencias investigativas.	81
5.5. El proceso didáctico y las tareas de investigación	85
<ul style="list-style-type: none"> • CONCLUSIONES 	89
<ul style="list-style-type: none"> • BIBLIOGRAFIA 	90

LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y EL METODO CLINICO PARA LA FORMACION DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Dr. C (PhD). RENAN GARCÍA TAMAYO:

Doctor en Medicina, Especialista de primer y segundo grado en Medicina Interna, Máster en ciencias, Doctor en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular- Universidad de Ciencia Médica de Santiago de Cuba la Filial de Ciencias Médicas de Contramaestre.

Profesor catedrático en universidad de Lurio Nampula Mozambique
renangarciatamayo@gmail.com

MSC. MERCEDES DE LA CARIDAD SOLER LAHITTEBIGNOTT.

Licenciada en Enfermería. Master en atención integral a la mujer
Profesora auxiliar, en universidad de Lurio Nampula Mozambique.
solerlahittebignott@gmail.com

PhD. SERGIO LATORRE ARTEGA.

MsC. En Economía, Doctor en ciencias de la salud.
Profesor auxiliar. Facultad de ciencias de la salud, Universidad de Lurio Nampula Mozambique.
Grupo de investigación en salud, Universidad de Alicante España.
slatorre@unilurio.ac.mz

RESUMEN:

Se tiene como propósito, mostrar una perspectiva epistemológica, referente al Método Clínico como método de investigación casi indispensable en la actuación del médico y demás profesionales de la salud para solventar los problemas de salud-enfermedad que se presentan en el individuo, la familia y la comunidad. Se parte de relacionar dicho método con la ciencia, la investigación científica y el conocimiento científico, reconociendo la diversidad investigativa representada por los paradigmas contemporáneos. Se enfatiza en la Teoría General de Sistema y en la Teoría Holístico configuracional como dos teoría de un mismo paradigma. Pero se hace hincapié en la segunda.

Con el abordaje epistémico en el texto, se develan posiciones para entender la dinámica de la investigación científica mediada por el Método Clínico en la solución de los problemas de salud-enfermedad.

Los autores, pretende contribuir con su modesto aporte al necesario cambio actual que requiere el Método Clínico, independientemente de los contextos de actuación y formación de los médicos y demás profesionales de la salud, de tal forma que se convierta en una herramienta más para la formación desde el nivel inicial hasta el posgrado, en especial para la formación de competencias investigativas mediadas por el Método Clínico.

El libro, adquiere su novedad en el sentido de que no se ha concretado con anterioridad algo similar donde se respete la diversidad investigativa mediada por el Método Clínico, al menos en los libros de investigación que son asumidos hasta el momento en los contextos donde se han desarrollado los autores.

PALABRAS CLAVES: investigación – ciencia- conocimiento científico – método clínico – holístico – configuracional – sistema.

INTRODUCCIÓN:

El Método Clínico para la formación del médico y demás profesional de la salud en la actualidad está determinado por los retos y desafíos que plantea la Revolución del Conocimiento, como un proceso en el que se produce la transición del paradigma de la Revolución Científico Tecnológica a otro con mayor dinamismo, donde el desarrollo económico social y político está condicionado por factores insoslayables, como los avances de la investigación y el progreso de la ciencia y la tecnología.

Enseñar ciencias médicas y salubristas sustentadas en el Método Clínico implica en los momentos actuales que, a través del análisis de los resultados de una educación basada en la mera transmisión

de conocimientos y la memorización, hay que encontrar nuevas vías para un proceso didáctico más dinámico y participativo donde adquieran protagonismo todos los implicados y el autodesarrollo así como la autoformación mediada por la investigación científica de avanzada en el aprendizaje, tenga gran significación.

Saber cómo enseñar ciencias médicas y salubristas mediado por el Método Clínico es lógicamente, uno de los cometidos del profesorado encargado de estas disciplinas. Sin embargo, en las últimas décadas, los avances en el conocimiento acerca de cómo aprenden las personas y cómo puede mejorarse el proceso docente educativo y el de enseñanza y aprendizaje, por tanto, la enseñanza de tales disciplinas científicas, han supuesto un salto cualitativo en el campo de la educación científica, lo cual es de gran importancia en la educación médica y salubrista del nivel superior, no solo para que se desarrolle en las aulas, sino también en la comunidad donde se labora y se le presta asistencia de salud al individuo, a la familia y a la sociedad.(Renan-2017)

La progresiva delimitación del campo propio de la didáctica de las ciencias y la investigación científica en medicina y en salud y por tanto del Método Clínico ha ido pareja a la argumentación razonable de que enseñar ciencias médicas y salubrista exige relacionar conocimientos relativos tanto a la pedagogía y didáctica como a las propias disciplinas científicas incluyendo la metodología de la investigación, de forma integrada y no por separado.

Una de las críticas más frecuentemente esgrimidas desde la didáctica de las ciencias es que en la formación de los profesores de ciencias médicas se ha añadido sólo recientemente a la tradicional demanda de conocimientos científicos una batería de contenidos relacionados con los propios de las asignaturas como: psicología, la Morfofisiología, las ciencias biomédicas, las ciencias de la salud, de la educación y de la investigación misma, pero generalmente de forma aislada o separadas, destacándose la ausencia de un enfoque holístico que reconozca el hecho de que las estrategias de formación de los profesionales de la salud como investigadores están en buena manera determinadas por la especificidad de los contenidos a enseñar en cada una de las disciplinas y de las asignaturas concretas pero teniendo en cuenta el Método Clínico como eje integrador de todas ellas.

La enseñanza de las ciencias médicas y salubrista mediado por el Método Clínico, entendida como didáctica específica de las disciplinas científicas propias de la profesión, adquiere un sentido propio en la educación médica superior, pues en la educación primaria (hasta los 12 años de edad) no tienen cabida las didácticas específicas, al tratarse de una enseñanza fundamentalmente globalizada y semejante en casi todo los contextos a nivel mundial.

Por otra parte, dada la estructuración de la educación y la progresiva compartimentación de las ciencias a lo largo de las etapas en la educación médica y salubrista superior, la enseñanza de las ciencias médicas mediada por el Método Clínico, se enfrenta a la progresiva especialización en didácticas específicas, que son necesarias.

Existe un debate no resuelto, sobre la forma de abordar la docencia al comienzo de los estudios universitario para la formación de los profesionales médicos y de la salud, y se han elaborado diferentes propuestas que van desde la globalización e integración hasta el tratamiento delimitado por especialidad de los contenidos científicos durante los primeros años de aproximación a la ciencia en la educación médica y salubrista superior, así han existido momentos en que las asignaturas básicas iniciales se han impartido de formas separadas (anatomía, bioquímica, fisiología, embriología y otras) y otros momentos donde en los programas integran las mismas (Morfofisiología), ambas con sus importancia y defectos, pero en muy pocas ocasiones se dan cuenta que la integración no está en los programas, sino en el consentimiento e interpretación de lo holístico y en el cerebro del humano.

La didáctica de las ciencias médicas mediada por el Método Clínico tiene lazos indisolubles con numerosos otros campos del conocimiento, además de las propias disciplinas científicas, como la historia de la ciencia, la filosofía de la ciencia, la sociología de la ciencia o la psicología de la educación, entre otras.

Finalmente, las demandas de difusión, comprensión, explicación e interpretación de los progresos científicos en las ciencias médicas y de la salud y sus relaciones sociales a una población adulta culta, dentro de la llamada divulgación científica, definen nuevos retos para la didáctica de las ciencias médicas mediada por el Método Clínico en las sociedades modernas.

En este Siglo XXI, la generación del conocimiento y la rapidez con que se produce, obliga no sólo a apropiarse de él y acumularlo, sino a reflexionar sobre la estructura misma de éste, como manera más esencial de su construcción y desarrollo, lo que se sustenta en la investigación científica y por tanto el Método Clínico, cuando de médicos y profesionales de la salud se trata.

Es necesario, entonces, la reflexión sobre el proceso de la investigación y la formación de investigadores en las universidades médicas, interpretándolo desde su esencia epistemológica y metodológica, asumiendo la transformación a través de una profunda y consciente construcción científica, lo que constituye el propósito fundamental de los autores en la elaboración de este texto.

La formación de investigadores en y desde las universidades médicas mediado por el Método Clínico, desde la formación inicial de pregrado y la continuada y permanente en el postgrado, implica una re-conceptualización y especificidad que va desde lo epistemológico hasta su gestión en la praxis del profesional médico y de la salud, es por ello que en este texto se reconoce a los procesos de la naturaleza, el pensamiento y la sociedad relacionada con los aspectos salubrista y el Método Clínico, como la realidad objetiva, que se modela desde una concepción dialéctica e integradora, en la que se revela la necesidad de la diversidad de los enfoques científicos como alternativas de la investigación mediada por dicho método, pero sustentada en una sólida fundamentación epistemológica, teórica, praxiológica y axiológica.

Todo esto implica, en la formación médica y del salubrista, la necesidad de un humanismo científico que no solo capacite a dicho profesional en un campo específico de la cultura, sino que le desarrolle también una capacidad de reflexión crítica y un espíritu investigativo que al estar mediado por el Método Clínico, permitan una proyección social y comunitaria a la actividad científica y tecnológica, de acuerdo con las realidades de salud actuales de su entorno, sustentado además en enfoques humanístico culturales.

En consecuencia, para lograr este cometido, se tienen que desarrollar programas de formación investigativa que no deben reducirse a la repetición mecánica de determinados conocimientos específicos en el terreno de la metodología de la investigación. Deben ir más allá y desarrollar, a través de una constante interrelación entre los niveles teóricos y empíricos del conocimiento, las competencias investigativas mediada por el Método Clínico, dando con ello, una respuesta trascendente y consecuente con la Revolución del Conocimiento en este Siglo XXI.

La formación investigativa de los médicos y demás profesionales de la salud en los diversos campos y disciplinas de la cultura salubrista mediada por el Método Clínico, tiene sus raíces en la imperativa necesidad de encontrar soluciones a múltiples problemas de salud y enfermedad que desbordan las posibilidades del ejercicio y la aplicación práctica de los métodos profesionales conocidos.

En el texto los autores tienen la intención de sustentar que la investigación biomédica y por tanto el método clínico como método de investigación científica, en salud o cualquier otra relacionada con el bienestar bio-psico-social-ecológico del ser humano, así como la destinada a su propia formación, ha dejado de ser un patrimonio exclusivo de un pequeño grupo de personas altamente especializado, para convertirse en una herramienta de trabajo y estudio imprescindible de cualquier profesional médico y de la salud desde su formación inicial, que le permite construir el conocimiento en medio de una realidad dinámica y en permanente cambio.

Sin embargo, a pesar de ser clara la mencionada necesidad de fundamentación investigativa, no es posible encontrar un camino único de la ciencia que haga factible una interpretación coherente con todo el pensamiento investigativo construido hasta el presente, ni pretender encontrar modelos y métodos indefectibles, absolutamente válidos, que permitan encontrar respuesta a todos los problemas investigativos que emanen de la formación de los profesionales médicos y de la salud y con ello a la formación de los investigadores.

Por las razones expuestas, la formación de investigadores mediado por el Método Clínico desde el pregrado, ajustada y adecuada a los propósitos y contextos formativos y profesionales, debe ofrecer un acercamiento a la problemática de la investigación médica y de salud desde la diversidad de enfoque, que sin declinar la importancia de los métodos y técnicas de investigación existente, revele la intención de desarrollar una interpretación epistemológica para la formación de una totalidad cultural e investigativa, que le permita a estos, asumir sus propios presupuestos teóricos y metodológicos en soluciones propias.

Llevar a la realidad el propósito mencionado, supone una apropiación por todos los implicados en la formación del médico y demás profesionales de la salud a todos los niveles, de los diferentes discursos y prácticas investigativas con la que se puede abordar el Método Clínico.

Es por ello, que se hace necesario, definir cuál es la base epistemológica, que con lenguaje claro, permita navegar en un mundo diverso, pero con una identidad que no permita el exceso de una mirada ecléctica.

El buscar un criterio de ordenamiento y síntesis de los discursos y prácticas investigativas mediada por el Método Clínico en la medicina y demás profesiones salubristas, sobre una base epistemológica precisa y en desarrollo, permite, sin pérdida de la diversidad necesaria, enriquecer una identidad investigativa propia, que se desarrolle desde las universidades médicas y salubristas.

La Investigación Científica en cualquier esfera de la cultura, surge de la necesidad que tienen los hombres de darle solución a los problemas que se manifiestan en su vida cotidiana y profesional, en su relación con los demás hombres, en la sociedad y con la naturaleza, de conocer ésta, para transformarla y con ello, satisfacer sus necesidades e intereses. Todo lo cual es inherente a la investigación científica mediada por el Método Clínico.

Se reconoce además a lo largo del texto que la Investigación Científica y por tanto el Método Clínico, es un proceso social, ello implica considerarla como una síntesis de expresiones dinámicas de la totalidad, que se integran en torno a los sentidos que va adquiriendo para los sujetos que construyen el conocimiento científico Médico Clínico, por lo que puede ser considerada como una construcción individual y social, lo cual es expresión de un pensamiento dialéctico-hermenéutico.

Asumiendo el proceso de investigación y por tanto al Método Clínico como una configuración, éste expresa el tránsito desde la comprensión externa del objeto de investigación (problema de salud-enfermedad), a su explicación y a su modelación como interpretación de la realidad, en la conformación de la teoría sobre ese objeto estudiado, es una mejor aproximación a la esencia del proceso, en tanto se le atribuye al hombre médico o salubrista, desde la propia concepción del proceso, el papel de sujeto de cambio, de transformación; con lo que se expresa la dinámica del mismo patentizada por su naturaleza consciente, holística, compleja y dialéctica.

Para desarrollar el proceso de Investigación Científica relacionado con las ciencias biomédicas y de salud y por tanto mediada por el Método Clínico, se puede recurrir a diversos métodos y técnicas pero sin desprestigiar la esencia del mismo como eje integrador. Su empleo está en función de la naturaleza del objeto de investigación y de la formación epistemológica y teórica del investigador o del colectivo de investigadores, así como del contexto y de las condiciones en que se desarrolla el proceso.

La Metodología de la Investigación Científica identificada con el Método Clínico en la formación del médico y cualquier otro profesional de la salud, como la disciplina de la ciencia, aporta al investigador médico y salubrista el sistema de categorías, leyes y métodos que le permiten encauzar el proceso de investigación para alcanzar los resultados en correspondencia con los objetivos, aporta además, las estrategias que se seguirán en el desarrollo del proceso.

El propósito de este texto entonces es servir de apoyo bibliográfico al proceso de formación de investigadores en las instituciones universitarias y científicas de salud, así, como para todo interesado en el tema de la investigación.

Se considera que sus aportes fundamentales se encuentran en: la sistematización teórica y metodológica de los paradigmas investigativos de mayor relevancia, que emergen desde los inicios del siglo XX; la estructuración metodológica de los enfoques sistémico estructural, dialéctico-holístico y hermenéutico; la reconstrucción de la concepción dialéctico-hermenéutica para la investigación científica y la sistematización de la argumentación en el proceso de construcción del discurso científico, revelando sus contradicciones como expresión de la naturaleza dialéctica de la lógica investigativa.

En el texto se le da tratamiento también a la concepción de competencias investigativas desde la didáctica de su formación, y desde la consideración de que las competencias de este tipo son expresión de cualidades del profesional de la salud y del médico que unidas a sus competencias profesionales específicas (prevención, promoción, curación y rehabilitación, diagnóstico y tratamiento como las más generales) que le permiten desempeñarse en su ámbito cultural y profesional.

En la selección del contenido de este texto se ha tenido en consideración el propósito de que los lectores sean capaces de acceder al conocimiento del proceso de investigación mediado por el Método Clínico, con un enfoque holístico-dialéctico–hermenéutico, sin desprestigiar la diversidad de los métodos de la investigación científica y en aras de alcanzar el objetivo propuesto, se ha estructurado con una intención hacia las ciencias médicas salubrista, pero es válido en su concepción para la investigación en cualquier campo de la cultura, en tanto que el proceso de investigación científica es siempre un proceso social.

CAPÍTULO 1

LA CIENCIA Y SU VINCULACIÓN CON LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA MEDIADA POR EL METODO CLINICO

Partiendo de asumir que el conocimiento científico solo es posible adquirirlo a través de la investigación científica cuya relación es la que determina rigurosamente la ciencia se considera que la ciencias médicas y de la salud es el resultado de las investigaciones científicas de sus profesionales, en ese sentido existe una relación dialéctica entre una y otra categoría, donde las investigaciones mediada por el Método Clínico condiciona la ciencia médicas y salubristas y viceversa, siendo así no hay desarrollo de la ciencia medicas sin un desarrollo de las investigaciones científica mediada por el Método Clínico.

Otra cuestión importante a destacar desde este instante, es que los autores no asumen desde los planteamientos epistemológicos generales, la división de ciencias naturales y ciencias sociales, pues consideran que en esencia toda ciencia es social, porque surgen en las relaciones individuales y sociales que se establecen entre los hombres con el objetivo de conocer los objetos, procesos y fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, es entonces que se adjudican la consideración de clasificarlas como:

- Ciencias que estudian los objetos, procesos o fenómenos de la **naturaleza**.
- Ciencias que estudian los objetos, procesos o fenómenos de la **sociedad**.
- Ciencias que estudian los objetos, procesos o fenómenos del **pensamiento**.

Es por eso que se comienza abordar la ciencia médica y de la salud como un resultado y expresión de la cultura de sus profesionales.

1.1. La ciencia médica y de la salud como expresión de la cultura de los hombres.

Reconociendo la Ciencia médica y de la salud como el resultado de la elaboración intelectual de sus profesionales que son hombres, la cual resume el conocimiento médico y salubrista de estos sobre el mundo que les rodea y surge en el quehacer conjunto de ellos, en el seno de la sociedad, la misma se considera como sistema de conocimiento, métodos y lógicas acerca de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento en relación a los problemas de salud-enfermedad, que contribuye a la solución de dichos problemas que enfrenta el hombre en su relación con su medio biológico, ecológico, social y espiritual, a partir de los principios, categorías, leyes y teorías que son el objeto fundamental como en toda ciencia y que permiten comprender, explicar e interpretar desde la observación de forma lógica y estructurada un fenómeno o proceso específico de salud-enfermedad, que es expresado en objetos de investigaciones científicas.

La ciencia médica y de salud, a su vez, es un factor destacado de influencia socio-cultural y clínico-asistencial, como en el caso de los cambios tecnológicos en la actualidad, y se encuentra condicionada por las demandas salubrista en el desarrollo histórico, económico y cultural de la sociedad en que se desarrolla, basada en la práctica histórico social médico y salubrista de la

humanidad y dada en labor socio-humanista-asistencia (Garcia-2017) que de cualquier manera se presta al individuo, a la familia y a la comunidad mediado por el Método Clínico.

La palabra "ciencia" en sentido general se ha interpretado a través de los tiempos como: "conocimiento lógico y coherente"; influido por las corrientes y escuelas metodológicas, que incluso antes de considerar el objeto de investigación, pretenden conocer el método más adecuado para estudiarlo, adoptando el dogmatismo que tienen en nuestros días las llamadas investigaciones objetivas y/o positivista y que han sido muy arraigada en las investigaciones médica y de salud y en las propias universidades de las ciencias médicas, olvidándose del Método Clínico.

La Investigación Científica en medicina y en Salud, surge de la necesidad que tiene el hombre de darle solución a los problemas de salud-enfermedad que se manifiestan en su vida cotidiana y profesional, en su relación con los demás hombres en la sociedad y con la naturaleza, mediado por el pensamiento, de comprender, explicar e interpretar desde una observación a estas, para transformarla y ponerla en función de satisfacer sus necesidades e intereses y garantizar un adecuado nivel de vida, mediado por una adecuado estado de salud.

La Investigación Científica mediada por el Método Clínico es además un proceso social. Esto implica considerar el proceso de investigación científica de esta naturaleza como una síntesis de expresiones dinámicas de su totalidad, que se integran en torno a los sentidos que las mismas van adquiriendo para los profesionales médicos y de la salud como sujeto que construyen el proceso, razón por la cual puede ser considerado como una construcción individual y social.

No reconocer el proceso de investigación científica mediado por el Método Clínico como realidad social, determina considerarlo desde una especialización, este tipo de "investigación científica", atomiza y desvincula el proceso de la naturaleza humana, que le da sentido, donde se manifiesta la unidad dialéctica entre lo subjetivo y lo objetivo.

Además la no consideración de la esencia humana en el proceso de investigación científica mediado por el método clínico es la causa de cierta peligrosa especialización que produce, como señala M. Martínez (1977), parafraseando a Ortega y Gasset *"genios tontos que saben absolutamente todo acerca de la química de las enzimas, pero que, debido a esa formación, hace mucho tiempo han dejado de funcionar adecuadamente como personas o como médico"*, así como aquellos que consideran los datos estadísticos de salud como los únicos determinante de un adecuado nivel y condición de vida.

Se trata entonces del investigador neutro y frío, calculador, que todo lo centra en la objetividad, matematizada, así en muchas oportunidades se dan como grados de satisfacción en salud un índice de baja mortalidad infantil, un bajo índice de bajo peso al nacer, un bajo índice de mortalidad materna, entre otros, sin reconocer el complejo mundo de influencias sociales y humanísticas, pretendiendo patrones absolutos que se alejan de la realidad y de la esencia y condición humana.

Es por lo anterior que las ciencias médicas y salubristas necesita una postura epistemológica y metodológica, que permita incorporar el saber médico y salubrista de la humanidad, sin que ello se convierta en un compuesto ecléctico, sin orientación ni sentido.

El método científico y por tanto clínico rígido, como el que se acostumbra a realizar o asumir en medicina y salud pública en los momentos actuales y en las propias universidades médica, así como en las instituciones docente-asistenciales de este sector, predeterminado con una aureola de objetividad por encima del propio objeto, impide la autocrítica y elimina toda posibilidad de refutación, convirtiéndose así en meras técnicas que se aplican sin una conciencia de lo que se está realizando.

Ello ocurre cuando el proceso de investigación científica mediado por el Método Clínico, como objeto de las ciencias médicas y salubrista se sustituye por los procedimientos metodológicos o aún peor, por la Matematización del proceso, sin que se niegue el papel de la matemática la estadística y las estadísticas como instrumentos alternativo del proceso de investigación científica pero no como objeto en sí mismo, ya que limitaría toda reflexión epistemológica, toda crítica de los supuestos aceptados y toda sugerencia de alternativas metodológicas.

Los investigadores médicos y salubrista al hacer uso del Metodo Clínico no pueden acogerse a los métodos estandarizados y absolutamente objetivos, que no existen, tienen que descubrir por sí mismo la relación que hay entre los métodos adecuados y el problema mismo. La elección de los métodos es resultado del propio proceso de investigación, de la cultura y de las posiciones

epistemológicas del investigador y no como algo preestablecido como se intenta imponer hoy en muchas de las investigaciones médicas y sobre la salud en muchas oportunidades y peor aun cuando “investigadores” no quieren reconocer los aspectos subjetivo como ciencia.

Las ciencias médicas y de la salud, como sistemas de conocimientos acerca de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento relacionado con los procesos de salud-enfermedad, contribuye a la solución de dichos problemas, los cuales son los que enfrenta el hombre en su relación con su medio, a partir de los principios, categorías, leyes y teorías, que son el contenido fundamental de toda ciencia y que le permiten comprender, explicar e interpretar desde la observación de forma lógica y estructurada un fenómeno o proceso específico que es expresado en el objeto de investigación.

La investigación científica en medicina y salud mediada por el Método Clínico es entonces asumida como un proceso social, de carácter indagativas, argumentativo, creativo e innovador que se desarrolla con el propósito de dar soluciones de carácter esencial y trascendente a problemas de salud-enfermedad que se presentan en la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, a través de la construcción teórica y la práctica, con la cual incorporan nuevos conocimientos que enriquecen la cultura socio-humanista-asistencial en salud de la humanidad en general y en específico de los profesionales médicos y de la salud.

Para desarrollar ese proceso de investigación mediado por el Método Clínico, se pueden seguir diversas alternativas metodológicas, cuya selección estará también en dependencia del objeto que se investiga, así como de las experiencias y concepciones culturales de los investigadores médicos y salubristas.

La Metodología de la Investigación mediada por el Método Clínico sería entonces la disciplina científica que tiene por objeto el proceso de investigación científica en medicina y salud que permite además su gestión de manera coherente y pertinente en el camino de alcanzar óptimos resultados y de impacto social.

Esa disciplina científica aporta al investigador médico y salubrista los conceptos, categorías, principios, leyes y procedimientos que le permiten encauzar el proceso de investigación científica mediado por el Método Clínico, como un proceso de construcción del conocimiento.

En ese proceso de construcción de conocimientos sobre la naturaleza, la sociedad, y el pensamiento en relación a los problemas de salud-enfermedad, se distinguen diferentes modos de acercamiento, explicación e interpretación de la realidad objetiva, con los cuales es posible diferenciar los procesos de investigación propios de las ciencias que estudian los procesos naturales de los procesos investigativos de las ciencias que estudian lo proceso sociales y humanísticas en relación a la salud y a la enfermedad.

Para establecer la relación y diferencias entre la investigación de las ciencias que estudian los objetos procesos y fenómenos de la naturaleza y las ciencias para los procesos socio-asistenciales-humanista en salud y medicina, se parte desde reflexionar qué se entiende por objetividad del conocimiento científico salubrista y medico clínico, cuál es la relación entre lo teórico y lo metodológico y cómo es la relación entre el sujeto (profesional de la salud o medico) y la sociedad en el contexto de la investigaciones, todo ello presenta grandes diferencias, con puntos de vista no homogéneos, en las distintas formas particulares de enfrentar la construcción del conocimiento científico.

1.2. La objetividad del conocimiento científico en salud y médico clínico.

Desde el surgimiento de la denominada Ciencia Moderna, se ha considerado un único modelo de conocimiento científico que desarrolló una sola noción de objetividad en el marco de la ciencia, la cual era equivalente al concepto de realidad, en tanto la objetividad se definía por la capacidad del método científico para descubrir la realidad de forma pura, comprensión que sostienen las concepciones positivistas del siglo XIX y que tuvieron su sustento con el surgimiento de la Mecánica Clásica y la Matemática con I. Newton y G. W. Leibniz en el siglo XVII.

El desarrollo actual de la ciencia médicas y de la salud por alternativas diferentes lleva a la re-conceptualización de los criterios de objetividad en el conocimiento científico salubrista, entendido en la unidad dialéctica entre lo objetivo y lo subjetivo, donde si bien es innegable que en las ciencias

para la naturaleza y en la propia salud, se ha alcanzado un gran desarrollo con la modelación matemática y estadística de su objeto, lo que ha permitido formas relativamente estandarizadas de construcción de conocimientos, con una determinada independencia de los investigadores como sujetos del proceso del conocimiento, pero eso no es tan así, en las ciencias socio-humanista y clínico-asistenciales médicas y de salud en los requerimientos actuales.

La relación entre el sujeto (profesional médico y de la salud), como constructor del conocimiento teórico y práctico médico y en salud, y la expresión matematizada de esta, es relativamente independiente, en los momentos de interpretación y elaboración teórica, pues en la ciencia elaborada hay un conocimiento establecido y el modelo matemático como una expresión de la interpretación de ese conocimiento, opera con independencia al ser expresión de la técnica o un simple algoritmo. Hoy, con los sistemas computarizados y los programas se impersonaliza mucho más, pero la interpretación, y con ello el nuevo conocimiento, sólo es posible por la subjetividad del investigador.

En las ciencias para la naturaleza y las tecnologías, las matemáticas han representado un instrumento esencial que mediatiza el vínculo del sujeto con las propiedades y regularidades del objeto, llegándose a reducir en múltiples oportunidades éste a un conjunto de fórmulas matemáticas, que expresan la esencia de este conocimiento científico, en un momento dado del desarrollo de la ciencia.

En las ciencias sociales como sería las socio-humanista–asistenciales clínicas y en salud, realmente no existe un modelo matemático que permita la construcción de las regularidades del objeto, lo cual no invalida la objetividad y científicidad de estas ciencias, lo que por supuesto, no se puede obtener a través de los mismos métodos y vías de las ciencias que estudian los procesos, objetos y fenómenos de la naturaleza.

En las ciencias médicas y de la salud como ciencia socio-humanista-asistencial hay que adoptar el principio de pluricausalidad, ya que se está en presencia de fenómenos complejos que generalmente no son el resultado de un solo factor, variable o condición; donde un análisis dialéctico del objeto permite un estudio más integral y sistémico del mismo.

La relación entre el sujeto y el objeto en la construcción del conocimiento en ciencias médicas y de la salud como ciencias socio-humanista-asistenciales es muy cercana, no existiendo independencia relativa entre los conocimientos anteriores y los actuales, pues unos y otros se integran en el proceso construcción teórica y práctica, cuyos resultados elevarán esta construcción a estadios superiores de su comprensión, explicación e interpretación desde la observación.

Las leyes y regularidades de las ciencias médicas y salubristas y por tanto las socio-humanista-asistenciales de salud, operan como en cualquier otra a través de un sujeto activo, cuya acción modifica de forma intencional hasta las propias leyes. Aun cuando el objeto de las ciencias para la naturaleza también es histórico y está inserto en múltiples sistemas de relaciones dinámicas en la realidad objetiva, la intencionalidad no está determinada por el comportamiento histórico del objeto, lo cual es una característica distintiva de este proceso investigativo relacionado con la salud y mediado por el Método Clínico.

Por tanto, la interpretación es el sustento de la construcción del conocimiento de las ciencias socio-humanista-asistenciales médicas y salubrista y no cabe duda que es usada en las demás ciencias, en una dialéctica entre la abstracción y la generalización como procedimientos lógicos en que se sustenta la construcción del conocimiento científico médico y en salud y donde subyace la relación entre lo subjetivo y lo objetivo, como condición para la objetividad del conocimiento.

En las ciencias para la naturaleza el modelo matemático permite bajo ciertas condiciones, abstracciones que limitan más lo subjetivo en la comprensión y explicación del objeto. En las ciencias socio-humanista-asistenciales esta objetividad es condición para la propia construcción del conocimiento en la dinámica de su desarrollo.

La construcción teórica y práctica en las ciencias para la naturaleza está apoyada por complejos sistemas matematizados, que en calidad de soportes, permiten esta elaboración, sin embargo, esa elaboración en las ciencias sociales y humanísticas es concomitante a todo el proceso interpretativo, el cual va adquiriendo niveles superiores de esencialidad teórica y práctica.

En síntesis, la construcción del conocimiento médico-clínico y para la salud es una configuración objetiva, y representa a su vez una construcción humana subjetiva, por tanto, el objeto se configura,

se comprende, se explica e interpreta a través de formas subjetivas, susceptibles de penetrar en su lógica, estructura y esencia.

La función fundamental del proceso de investigación científica mediado por el Método Clínico sería entonces el descubrimiento de la esencia de dichos procesos, expresados en regularidades, relaciones y leyes que enriquecen el sistema de conocimientos de la humanidad y sobre cuya base es posible transformar cualitativamente la propia realidad.

1.3. Contradicciones de carácter filosófico del proceso de investigación mediado por el Método Clínico

En el proceso de investigación científica en sentido general y particularmente en las investigaciones mediadas por el Método Clínico tienen lugar múltiples contradicciones, como son:

- Entre lo objetivo y lo subjetivo
- Entre lo teórico y lo empírico
- Entre lo cualitativo y lo cuantitativo
- Entre otras

Pero todas ellas, tienen como esencia, la contradicción entre los procesos de preservación, desarrollo, difusión, creación, transformación y revolución de la cultura, que en nuestro caso se identifica con la cultura socio-humanista-asistencial médico-clínica y en salud; contradicción que dinamiza el proceso de investigación científica mediado por el Método Clínico.

Preservar la cultura salubrista y médico clínica es mantener el orden de cosas, lo viejo, y ésta se contrapone al desarrollo, al cambio, a la transformación; el cambio rompe, en cierta medida, con el orden de cosas establecido. Ambos contrarios dialécticos se dan en unidad, en tanto, no hay desarrollo sin preservación ni preservación sin desarrollo.

Pero tanto la preservación como el desarrollo, son sólo posibles a través de la difusión de dichas culturas, lo que condiciona la nueva creación, y se dimensiona en transformaciones y revoluciones culturales de la misma naturaleza, esto lleva a la afirmación que el profesor Homero-2009- hace al plantear, de que la difusión de la cultura, constituye el componente más dinámico y en el que se sintetiza la relación dialéctica entre el desarrollo y la preservación de la cultura desde la creación. Conforme a la naturaleza dialéctica del proceso de investigación mediado por el Método Clínico, ninguno de estos procesos puede ser comprendido aisladamente, en cada uno de estos existen rasgos de los restantes.

- **Contradicción entre lo objetivo y lo subjetivo:** La investigación mediada por el Método Clínico es como cualquier otra investigación científica un proceso objetivo-subjetivo ya que, por un lado, se apoya en teorías, procedimientos e instrumentos desarrollados por la práctica científica (aspectos objetivos), y por el otro lado, en la investigación se manifiesta el aspecto interpretativo, esencialmente subjetivo, como un proceso humano, e intrínsecamente condicionado por sus intereses sociales, políticos, económicos y culturales, su formación cultural, sus representaciones acerca del mundo y la sociedad, prejuicios, valores, y expectativas que se configuran tanto en el propio proceso de investigación, como que constituyen premisas de éste.
- **Contradicción entre cantidad y calidad.** Un objeto, proceso o fenómeno de la naturaleza, la sociedad o el pensamiento como son los de salud y la enfermedad se identifica, se precisa, se diferencia de otro por sus cualidades, esto es, por el conjunto de propiedades, atributos, rasgos que lo particularizan.
Esos procesos, objetos y fenómenos poseen también una determinación cuantitativa, que puede ser su magnitud, su extensión, el ritmo en que transcurren los procesos, grado de desarrollo, intensidad de las propiedades.

Entre lo cualitativo y lo cuantitativo se desarrolla una unidad dialéctica que permite una visión totalizadora de ese objeto, lo cuantitativo no tiene significado si no es en la cualidad, pero a su vez la cualidad se expresa y transforma en lo cualitativo.

En el proceso de investigación científica mediado por el Método Clínico, si bien lo cualitativo y lo cuantitativo se manifiesta en su unidad, la investigación cualitativa o cuantitativa tiene prevalencia según el objeto y el proceso a través del cual se desarrolla la investigación, así una investigación se puede desarrollar por medio de procesos cualitativos o cuantitativos pero no independiente uno del otros en la totalidad de la investigación, lo cual depende de los presupuestos epistemológicos y la cultura del investigador.

El carácter de cualitativo o de cuantitativo de un proceso de investigación mediado por el Método Clínico no queda determinado por su carácter empírico o teórico -como algunos intentan asumir-, sino por el nivel de interpretación y de aplicación de los métodos de investigación, así una investigación puede ser predominantemente cualitativa aunque parta de datos concretos cuantificados, porque de los cuales se deriva una interpretación cualitativa, por el contrario a partir de datos cualitativos como opiniones y criterios se puede predominar un procesamiento cuantitativo en la investigación, pero quedarse solamente en lo cuantitativo limita el carácter científico de la investigación medida por el Método Clínico.

Un ejemplo concreto de lo anterior, se refleja en la investigación doctoral de uno de los autores del texto – García Tamayo-2013- publicada en eumed.net 2017 (a la que remitimos los lectores) donde se parten de datos cuantitativos dados por la oficina nacional de estadística en Cuba en relación al envejecimiento poblacional y sus patologías asociadas, lo cual permitió abordar la formación socio-asistencial del profesional de la salud en la comunidad, para proponer un modelo de formación socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en el seno comunitario que sustento una estrategia en consecuencia.

En las ciencias socio-humanista-asistenciales como es la medicina y la salud, la mayor relevancia la adquiere la investigación cualitativa-cuantitativa, donde la construcción del conocimiento se desarrolla en una unidad indisoluble entre lo empírico y lo teórico.

- **Contradicción entre lo empírico y lo teórico.** Lo teórico y lo empírico representan dos momentos del conocimiento humano indisolublemente ligados entre sí por la teoría general en que ambos se inscriben. Sin embargo, a pesar de su estrecho nexo, estos dos momentos del conocimiento no guardan una relación directa, inmediata, ni lineal entre sí.

Hay momentos en que una teoría crece bruscamente a través de lo teórico, y otros en que lo empírico es un dinamizador esencial de esta construcción teórica, imponiendo acelerados y bruscos cambios a dicha construcción. No obstante, ambos momentos están permanentemente interrelacionados en el desarrollo de una teoría y no representan entidades cerradas en sí mismas, ni interactúan como procesos diferentes.

Lo empírico siempre tiene un sentido teórico, mientras que lo teórico siempre contiene lo empírico de una u otra forma, aunque no como criterio último de la verdad. Ambos, son momentos indisolubles del conocimiento científico cuya independencia es sólo relativa.

En cada etapa histórica del desarrollo de la ciencia médicas y de la salud ha existido una correlación y predominio de uno u otro nivel del conocimiento, lo que ha permitido referirse a las etapas empíricas y teóricas del desarrollo del conocimiento salubrista y médico.

La relevancia médicas y de las ciencias de la salud y su misión socio-humanista-asistencial se logra gracias a la posibilidad que el conocimiento teórico tiene de penetrar cada vez con mayor profundidad en el conocimiento de la realidad, lo que se manifiesta a través del proceso de investigación científica mediado por el Método Clínico, cuando se revelan los nexos esenciales y necesarios en la transformación y desarrollo de los objetos, procesos y fenómenos salubrista de la naturaleza, el pensamiento y la sociedad, conceptualizando, categorizando, encontrando relaciones, principios, leyes, teorías, que se configuran en sistemas teóricos que permiten comprender, explicar, interpretar desde la observación la realidad objetiva de un modo más esencial y profundo.

Ejemplos concretos de lo anterior están en los resultados científicos de autores como, Clemente-2010, Verdecia-2012, Olguita-2014, Vidal-2012, Renan-2013, entre muchos otros, quienes han aportado a diferentes esferas de la salud entre las que se incluyen: la gerontogeriatrica, la endocrinología, los ensayos clínicos y muchas más.

El desarrollo del conocimiento científico en medicina y en salud en relación a los procesos socio-humanista-asistenciales y la formación del profesional de la salud a través de la investigación teórica mediada por el Método Clínico, consiste en construir el aparato categorial, el sentido y el contenido de las abstracciones científicas, revelando las leyes y regularidades a través de las cuales se modela y con ello se construye un nuevo conocimiento cada vez más esencial.

En ese proceso de modelación se van aplicando los métodos científicos particulares, de acuerdo con la lógica propia de los métodos científicos generales y en correspondencia con los sustentos de los métodos filosóficos asumidos.

La ciencia médica y de la salud se desarrolla también en el nivel empírico, en el que se obtiene información de la realidad objetiva mediante la realización de observaciones y experimentos.

No significa que lo empírico se vincula al desarrollo teórico de manera determinista, se trata que en el desarrollo y construcción de la teoría se toma en cuenta la información acumulada empíricamente (por la experiencia), pero al mismo tiempo desarrolla sobre ella las relaciones de carácter esencial que no emergen directamente de los datos empíricos. A través de la investigación empírica se puede valorar y validar de forma concreta los modelos teóricos.

Lo anterior significa que lo empírico y lo teórico tienen que darse en unidad dialéctica en el desarrollo del proceso de investigación mediado por el Método Clínico, constituyendo lo empírico y lo teórico momentos de un proceso único.

El conocimiento empírico expresa los aspectos externos del objeto, lo fenoménico, donde la categoría de mayor relevancia en este nivel del conocimiento es el hecho científico, por otra parte, en la configuración abstracta que se alcanza en el nivel teórico, se expresa un nivel cualitativamente superior del conocimiento del objeto de investigación, cuyas categorías, leyes y principios revelan de un modo más esencial la naturaleza de ese objeto y expresan que entre lo empírico y lo teórico, hay una relación dialéctica de esencia y fenómeno.

El tránsito del fenómeno a la esencia como ley de construcción del conocimiento encuentra su explicación en la relación dialéctica entre lo empírico y lo teórico en el conocimiento científico.

En relación con todo lo anterior y por tanto en las investigaciones científicas mediada por el Método Clínico debe interpretarse y tenerse en consideración también la ley del ascenso y creación del conocimiento de lo abstracto a lo concreto, cuestión que muchos investigadores lo plasma como un método específico de ciertas investigaciones.

Lo abstracto y lo concreto representan características del objeto, proceso o fenómeno de la realidad natural, social y del propio pensamiento como momentos o etapas para su conocimiento, porque el reconocimiento del carácter concreto de los mismos significa que ellos existen como unidad de diferentes propiedades, aspectos y relaciones.

A su vez cada una de esas propiedades, aspectos y relaciones representa un lado relativamente independiente con respecto a las restantes partes, propiedades y aspectos del objeto, proceso o fenómeno estudiado o sea, que cada una de estas partes, propiedades y aspectos representa una expresión abstracta del objeto de investigación, entendido este como una totalidad concreta pensada.

El propósito de la ciencia médica y salubrista en este sentido es comprender el objeto, proceso o fenómeno relacionado con la salud-enfermedad en toda su diversidad, para estos propósitos es necesario desarrollar un proceso muy complejo del pensamiento, donde inicialmente se investiguen rasgos y aspectos de lo investigado, se revelen los nexos entre estos rasgos y aspectos de modo que se llegue a una representación teórica que exprese ese objeto como totalidad. El movimiento del pensamiento debe seguir entonces los siguientes momentos:

- Estudio del objeto, proceso o fenómeno de salud-enfermedad como objeto concreto de la realidad, donde se aprecia la diversidad del objeto sin poder revelar los vínculos esenciales y no esenciales, de modo que no se capta una estructura que expresa la esencia del objeto de la realidad. Esto es el nivel concreto sensible.
- Mediante un procedimiento de abstracción el investigador médico y salubrista fija su atención en determinadas relaciones entre rasgos y aspectos del objeto estudiado, delimitando los que son esenciales y necesarios de los que no lo son, este es el nivel de lo abstracto que no significa alejarse del objeto, sino que se trata de un momento más profundo en el tránsito hacia su expresión teórica, dada en lo concreto pensado.
- Sobre la base de revelar los nexos y propiedades fundamentales del objeto, el investigador médico y salubrista elabora modelos teóricos, en los cuales no sólo se reproduce el objeto en toda su diversidad, sino que también esa diversidad es interpretada revelando la jerarquía de estas relaciones. Esto constituye el nivel concreto pensado, donde el conocimiento retorna a lo concreto, pero de una manera más profunda y esencial.

El nivel empírico del conocimiento salubrista está vinculado entonces con la formulación de abstracciones, con el ascenso de lo concreto a lo abstracto y el nivel teórico se mueve de lo abstracto a lo concreto pensado.

Este es el camino del pensamiento teórico aplicado a cualquier investigación científica mediada por el Método Clínico: el ascenso de lo concreto sensible a lo abstracto y de este a lo concreto pensado, que representa a su vez un movimiento de las manifestaciones fenoménicas a las determinaciones esenciales.

En esta relación de lo teórico y lo empírico, lo empírico no puede verse como momento final de verificación, ni como fuente absoluta de la construcción del conocimiento teórico, pues el momento empírico está inseparablemente unido a la teoría. Más que de verificación, se puede decir que lo empírico corrobora la capacidad de la teoría por mantener su desarrollo y la estimula, en el cual se va construyendo el nuevo conocimiento sobre la realidad y se van abriendo nuevos espacios a la ciencia en este caso a las ciencias médicas y salubristas.

Las comprobaciones que se logran al nivel empírico no siempre representan un criterio de validez histórica, sobre la base de su utilidad para el avance del conocimiento médico y salubrista. Las comprobaciones que se realizan al nivel empírico constituyen soportes generales para el desarrollo integral de la teoría.

En resumen, el proceso de investigación mediado por el Método Clínico se desarrolla a través de diversas contradicciones dialécticas, como cantidad y calidad, objetividad y subjetividad, teoría y práctica, los que constituyen pares de categorías filosóficas que reflejan importantes aspectos de la realidad objetiva relacionada con la salud, que se dan en unidad, para satisfacer la contradicción entre el desarrollo, preservación, difusión, creación, transformación y revolución de la cultura médica y salubrista. Desde una posición científica entonces, han de ser vistas estas contradicciones en su unidad dialéctica y en su desarrollo, si se quiere avanzar en la universidad destinada a la educación médica superior, que garantice una formación socio-humanista-asistencial del profesional médico y de la salud.

1.4. La investigación mediada por el Método Clínico en los procesos socio-humanista-asistenciales de salud.

Los procesos socio-humanistas-asistenciales de salud como cualquier proceso de la naturaleza, la sociedad y del pensamiento, son entendidos como totalidades de la realidad objetiva, que se desarrollan en el tiempo y el espacio a través de una sucesión de eventos, donde los sujetos implicados en los mismos como partes del proceso o como investigadores de él, en un contexto histórico, social y cultural concreto, construyen, por medio de la comunicación y en el ámbito de las actividades que realizan, significados y sentidos; a la vez que transforman en el tiempo la estructura

de relaciones del objeto en aras de alcanzar un objetivo, que en este caso se identifica fundamentalmente en el logro de resolver el problema de salud-enfermedad.

Por otro lado la investigación de los procesos socio-humanistas-asistenciales mediada por el Método Clínico, ha confrontado reflexiones y debates por más de un siglo acerca de la elección del método más adecuado para estudiarlos, sin haber logrado una solución aceptada, al tratar de buscar el método único, no comprendiendo la diversidad de alternativas y métodos que permiten dar respuesta a la complejidad de estos procesos relacionado con la salud y la enfermedad. En el reconocimiento de esta diversidad está precisamente la solución a los métodos de investigación de tales procesos.

Vale aclarar que las ciencias médicas y de la salud también son portadoras de la dinámica de los cambios y transformaciones de las realidades sociales y humanas lo cual permite que las conclusiones de estas ciencias estén siempre sujetas a revisión y desarrollo. La ciencia nunca está hecha, sino siempre se está haciendo.

Según Max Weber, la idea de una ciencia acabada, perfecta e ideal no es más que una visión del espíritu, una utopía. En efecto, todas las generalizaciones, leyes y principios científicos son sólo aproximaciones e interpretaciones de la realidad objetiva, ya que se hacen a partir de supuestos subjetivos, mediante la adopción de un enfoque epistemológico de los investigadores y sustentado en su cultura.

El conocimiento y la "experiencia" acumulados en relación con la medicina y la salud constituyen un sustento determinante en las Investigaciones mediada por el Método Clínico, cuando permiten y estimulan la construcción del conocimiento, pero también pueden constituir un elemento que obstaculice todas las nuevas ideas y un freno a la innovación, cuando se recurre a la experiencia no para valorarla y fundamentar críticamente a partir de ella, los objetos, procesos o fenómenos relacionados con la salud-enfermedad, emergiendo nuevas ideas y métodos, sino para imponer conceptos y métodos, como hábitos que tienden a la automatización y reducen el pensamiento creador y renovador que hoy se necesitan para transformar las problemáticas relacionadas con la salud y la enfermedad.

Cuestiones como esas por desgracia aún están arraigadas en el sector de la salud y en todas sus esferas (docentes, clínico-asistenciales, gerenciales y científica investigativas) y que han limitado en alguna forma el desarrollo del conocimiento científico médico y en salud, esto está ocurriendo con frecuencia en un gran número de instituciones docente, clínico-asistencial e investigativas en la contemporaneidad.

El recurrir a la experiencia puede ser, paradójicamente, una negación a la posibilidad de tener nuevas experiencias. Esta práctica produce un ser humano no transformador, que teme cambiar lo establecido y producir un nuevo desajuste en lo paradigmáticamente aceptado, que evita todo riesgo y ni siquiera intenta reflexionar sobre nuevas posibilidades hacia una práctica creativa y crítica relacionada a los problemas de salud y su labor socio-humanista-asistencial mediada por el Método Clínico.

El objeto de estudio, según W. Heisenberg (1958), determina al método. Pero ¿cuál es el objeto de las ciencias socio-humanista-asistencial médica y en salud? Este estudio deberá centrarse en los procesos que de modo consciente desarrolla el hombre de forma auténtica, real, empírica y concreta, es decir, en su vida tal como es sentida y experimentada en un mundo de significados y sentido en donde los problemas de salud y enfermedad adquieren importancia y tienen la necesidad de resolverse, ya que afectarían el nivel de vida y podrían causar hasta la muerte. Toda la elaboración teórica encaminada a ese propósito partirá de lo vivido que no es precisamente lo experimentado.

La eliminación de las vivencias del hombre y por tanto el médico como investigador ante los problemas de salud-enfermedad, aunque sea con una pretensión de objetividad científica, no puede ser otra cosa que una deshumanización del proceso, con lo que se excluye la esencia misma de este proceso, y esto es porque se excluye la propia esencia del ser humano en su naturaleza: biológica, social, ecológica y espiritual.

Las ciencias socio-humanista-asistenciales en medicina y en salud que estudian los fenómenos y relaciones entre los hombres y que se dan en relación a la salud y a la enfermedad con su subjetividad y la objetividad, que de esta misma subjetividad emana, se configura en las propias relaciones humanas.

Los métodos de investigación en este caso están necesariamente vinculados a los procesos que se investigan y no pueden ser ajenos a la naturaleza de dicho objeto, pero tampoco a la cultura y a los presupuestos epistemológicos del investigador los que garantizan sus potencialidades aptitudinales, actitudinales (procedimentales), cognoscitivas así como su capacidad de adaptación, en relación a sus actividades como practica humana y sus cualidades de valor, todo lo cual es desconocido por los enfoques positivistas, que prevalecen desde la primera mitad del siglo XX, cuando se asume el método como criterio único de verdad.

Ese método es el de las ciencias que estudia la naturaleza, centrado en la observación empírica y sensible, en la medición de lo observado y en su "verificación objetiva" de lo hipotéticamente planteado. Evidentemente, la elección que se realice de un método dependerá del enfoque epistemológico y metodológico del investigador y determinará también cómo se plantea el problema de la investigación, las técnicas que se emplearán en la investigación y su aplicación en las teorías que se asumen y construyen, así como de la naturaleza misma del proceso investigativo y del alcance de los aportes científicos de la investigación.

En el estudio de los procesos socio-humanista-asistenciales médicos y de salud mediado por el Método Clínico se pueden asumir diferentes alternativas, desde los paradigmas investigativos, como pueden ser: el Empírico Analítico, el Dialéctico Crítico, el Sistémico Estructural y Fenomenológico, la selección de uno u otro dependerá del proceso estudiado, así como de los presupuestos epistemológicos y la cultura del investigador. No obstante, han prevalecido las concepciones positivistas que reconocen, como único criterio, el de los métodos empíricos analíticos propios de las ciencias que estudian la naturaleza, como si fueran filtros de la verdad objetiva, única y aislada de las múltiples influencias sociales, así hemos visto que en nuestras universidades medicas son casi y solamente aceptada las investigaciones cargada de Matematización con variable nominales, dependiente e independiente, que si bien con ella se han logrados grandes adelantos en las ciencias médicas y de la salud, quita la necesaria influencia que tienen la espiritualidad y el amor en la solución de los problemas de salud-enfermedad.

En este sentido, la objetividad no se alcanza ocultando la subjetividad y la espiritualidad, o simplemente no considerándola, sino por el contrario, elevándola a un primer plano para conocer su influencia, que no es siempre negativa como afirman los positivistas, es por el contrario, significativa si somos capaces de encontrar esa dialéctica necesaria entre lo objetivo y lo subjetivo que está presente siempre en el conocimiento humano.

El auge del positivismo en el siglo XX, como "positivismo lógico" y "neo-positivismo," si bien ha tenido una tendencia a declinar desde la década del sesenta, al ser evidente su fracaso en los diversos campos de la ciencia, trajo como consecuencia otras aperturas a la investigación científica desde diversas corrientes pos-positivistas, a pesar de que el pensamiento dialéctico crítico existía desde el Siglo XIX. Pero el efecto negativo de las tendencias positivistas aún prevalece en investigaciones médicas y de salud en las que se olvida que la metodología y las técnicas estadísticas son sólo instrumentos para el proceso interpretativo del pensamiento, al considerarlas como sustitutas del proceso hermenéutico propio de la naturaleza humana.

En las ciencias socio-humanista-asistenciales para la medicina y la salud, la comprobación práctica es factible, fundamentalmente, en un plano histórico-social y cultural. La comprobación empírica en estas ciencias se va desarrollando en una dialéctica permanente entre los niveles empíricos y teóricos en que ambos, en su dinámica, se van presuponiendo y enriqueciendo; la práctica no cierra un ciclo, sino que se convierte en un momento de la teoría y viceversa. La subjetividad de los investigadores médicos y de la salud interviene en la práctica y a la vez se nutre de ella. Esto no es negar el carácter objetivo de las leyes, sino significar su dialéctica objetivo-subjetiva en que lo segundo unido a la espiritualidad y el amor están siempre presentes.

Para desarrollar el proceso de investigación científica mediado por el Método Clínico se puede recurrir a diversos métodos y técnicas. Su empleo está en función del objeto de investigación, las preferencias y formación del investigador y del colectivo de investigadores, así como del contexto y las condiciones en que se desarrolla el proceso investigativo.

Lo socio-humanista-asistencial médico y de salud tiene un condicionamiento histórico en el sujeto, que se expresa en su personalidad y por tanto en su intencionalidad lo que tiene una significación

permanente, que se perpetúa día a día en la relación sujeto-sociedad. El sentido de esta relación modificará la personalidad de los sujetos, desde esta perspectiva la relación entre los sujetos será uno de los determinantes esenciales en cada situación histórica concreta de salud.

En la historia de las ciencias socio-humanista-asistenciales médicas y de salud, se ha pretendido el estudio de los problemas de salud fuera de la subjetividad y espiritualidad humana, buscando leyes “objetivas” que permitieran explicar la subjetividad, por otro lado, han existido concepciones que han pretendido definir lo subjetivo fuera de su integración necesaria con lo histórico social, las potencialidades humanas, su actividad y de su escala valorativa, lo que ha llevado a una representación estática de muchas de las configuraciones de la subjetividad, estimulando una comprensión metafísica de la relación individuo-sociedad, centrada en el individuo, o en la sociedad.

Esta comprensión ha sido una limitante en la integración de las ciencias socio-humanistas-asistenciales médicas y de salud, estimulando una fragmentación que deviene en un estudio parcializado de la realidad salubrista.

Como ejemplo, un problema en cuyo estudio intervienen diferentes ciencias sociales, como es el de la moral y la ética así como la deontología. Desde el punto de vista de lo axiológico, la moral es estudiada en su configuración histórica y social; en la Psicología se analiza por su configuración subjetiva; en la Etnografía, por su forma de expresión en grupos étnicos concretos y así se pueden ilustrar otras formas de su estudio en el marco de las ciencias de la salud.

Pretender estudiar la moral por las normas y valores estables del individuo es un profundo error, que reproduce un enfoque estático en su análisis. Aun cuando existen múltiples configuraciones subjetivas de la personalidad en las que se organiza al nivel subjetivo la expresión moral, ésta no puede abstraerse de la calidad de los contextos reales en que vive el sujeto, ni del marco de sus costumbres y tradiciones.

La categoría sujeto pasa a ocupar un lugar central como momento de integración en las ciencias médicas y salubrista puesto que es en el sujeto (social e individual) donde se da la integración de las ciencias donde se permite la explotación de un espacio metodológico común que es el método clínico en la construcción del conocimiento, pero susceptible de integración interdisciplinaria y transdisciplinar.

La propia resistencia que se ha manifestado al estudiar al individuo en calidad de sujeto y su condicionamiento histórico socio-salubrista ha llevado a la consideración de que el hombre actuaba más como objeto, que en condición de sujeto, y en la tendencia a la cuantificación y a la estandarización, derivadas del modelo positivista, se pierde la riqueza interpretativa del investigador, reduciéndola a una descripción de los resultados empíricamente obtenidos.

A partir del modelo positivista se pierde el sujeto, y las interrelaciones significativas del proceso en la complejidad del contexto en que se desarrolla. Esta falta de integraciones hace proliferar las descripciones de valor parcial y significación estadística, que se aprecia en los resultados investigativos de salud; dados en artículos científicos y tesis, incluso de Doctorado en ciencias de la salud, entre otros.

En este mismo sentido, la no consideración por parte de los positivistas de la relación sujeto-sociedad, hace perder la integración del hombre en diferentes contextos de relaciones e instituciones, proliferando estudios descriptivos del hombre, de las instituciones y de la sociedad por separado, sin interpretaciones cualitativas que armonicen coherentemente lo social, lo individual y lo institucional.

Asumir una posición teórica que reconozca una concepción holística y hermenéutica de las investigaciones mediadas por el método clínico es defender un conocimiento interdisciplinario y transdisciplinar, cada vez más esencial, complejo y dialéctico de los hombres, la sociedad y sus diferentes instituciones, lo que obliga a pensar en un espacio metodológico diverso e integrado para penetrar en la investigación de los procesos de salud-enfermedad.

1.5. El proceso de investigación y los métodos del conocimiento en relación al método clínico.

Como se ha venido expresando a lo largo del capítulo, el proceso de investigación científica mediado por el método clínico se desarrolla acorde con los métodos investigativos que el investigador

desarrolla, los que están constituidos por sistemas de procedimientos e indicaciones que permiten guiar el proceso de construcción del conocimiento científico y que son aplicables conscientemente por los sujetos (médicos y salubristas) de acuerdo con la diversidad de las tareas de investigación en que se concretan.

Los autores de este texto asumen que no hay un método de métodos ni un único método de investigación científica, ni tampoco un método para producir métodos y que, por el contrario, lo más anticientífico que existe es aplicar un método, por muy “objetivo” que se pretenda que sea, si no se corresponde con la naturaleza misma del proceso investigado, con la cultura y posición epistemológica del investigador (Homero-2009).

El fundamento objetivo del método científico y por tanto del método clínico radica en que es una regularidad interna del movimiento del pensamiento humano de los médicos y los salubristas, que se produce en los procesos cognitivos de los sujetos. Esto permite que se reconozca, que el método clínico haya de ser dialéctico y muy lejano de las concepciones lineales propias de los métodos positivistas.

Todo método es una expresión subjetiva de la realidad objetiva; es por ello, que constituye una configuración, cuyos fundamentos, en última instancia, son las propias regularidades objetivas de esa realidad estudiada. Estas regularidades, al ser reflejadas en el sujeto y empleadas conscientemente por él, se convierten en un instrumento para la comprensión, explicación, interpretación y transformación de la realidad objetiva.

El método, como el clínico es entonces expresión del movimiento del pensamiento humano, es resultado de la actividad cognoscitiva del hombre y tiene significatividad en correspondencia con la expresión adecuada de las características del objeto como realidad objetiva.

Estos autores también asumen que los métodos de investigación y el propio método clínico se clasifican en tres niveles atendiendo a su generalidad, en: métodos filosóficos, científicos generales y científicos particulares.

Así los primeros están en el plano más general y esencial del proceso del conocimiento, como es el caso del método dialéctico, alcanzando una universalidad que permite comprender, explicar e interpretar los múltiples procesos de la naturaleza, el pensamiento y la sociedad.

Los generales son el resultado de tendencias que integran el conocimiento científico contemporáneo. Se trata de métodos que pueden ser aplicados a unas múltiples disciplinas científicas, pero que no alcanzan la universalidad de los métodos filosóficos como es el caso del método sistémico estructural funcional.

Por último, los métodos científicos particulares que son los que se aplican en una o varias ciencias, como pueden ser los métodos etnográficos, los métodos de investigación acción, los métodos ópticos de análisis, los métodos calorimétricos, los ensayos clínicos, los métodos higiénico epidemiológico, entre otros.

Esos niveles también están relacionado con el método clínico, ya que durante y en la aplicación del mismo esta lo filosófico, lo general como lo particular. En el desarrollo de los procesos de investigación científica mediado por el método clínico cualquiera que sea su objeto de estudio se requiere la aplicación consciente, sistemática e integradora de los métodos filosóficos, científicos generales y particulares, no existiendo, por ejemplo, fronteras rígidas entre la aplicación del método dialéctico y los métodos con que se operan en las ciencias contemporáneas, pues todo el proceso de investigación de este tipo, como proceso de construcción del conocimiento lleva en sí un nivel filosófico, con el que atraviesa todo el desarrollo de las ciencias médicas y salubrista así como la comprensión, explicación e interpretación desde la observación de la naturaleza, el pensamiento y la sociedad, el cual se identifica con el método dialéctico, en correspondencia con esa comprensión dialéctica.

En se sentido toda y cualquier profesión médica y salubrista ha de hacer uso de un nivel filosófico en la interpretación de su objeto de estudio (problemas de salud-enfermedad), lo cual constituye una necesidad innegable, pero como en muchas oportunidades no se sabe nada de filosofía y necesariamente hay que aplicarlos, se aplican mal.

El proceso del conocimiento es siempre dialéctico, por lo que en el nivel filosófico esa dialéctica se manifiesta en su forma más desarrollada y generalizada, lo que permite la comprensión, explicación y la construcción del conocimiento en las ciencias particulares.

Por otra parte, el proceso natural del conocer humano y por tanto del médico y demás salubrista es hermenéutico, es decir, se realiza a través de la búsqueda del significado y sentido de los procesos, a través de una interacción dialéctica o movimiento del pensamiento que va del todo a las partes y de éstas al todo, en un contexto social y natural, lo que es opuesto a la suposición de que los datos y resultados experimentales son infalibles.

La objetividad absoluta de los resultados experimentales es cuestionable en la medida en que todo experimento crea inevitablemente una idealización. En otro sentido, un conocer hermenéutico descontextualizado de la realidad social y natural es también una idealización.

La Metodología de Investigación Científica, como disciplina, estudia los métodos de investigación, que en esencia constituyen métodos del conocimiento, aunque sería errónea una completa identificación con ellos, pues los métodos de investigación están indisolublemente vinculados al aparato conceptual de la ciencia y a todas las formas y vías específicas a través de las cuales se desarrolla el conocimiento científico.

Por eso, la metodología se ocupa también de todo el estudio y concepción de conceptos como el problema científico, el objeto de investigación, las hipótesis, los modelos, los instrumentos y la aplicación.

Las investigaciones metodológicas se sustentan en determinados presupuestos filosóficos que indagan sobre qué es la ciencia, la investigación científica y los métodos de investigación, así como cuáles son las regularidades y leyes del desarrollo del conocimiento científico, que están presentes en cualquier investigación científica, independiente de las concepciones teóricas y los paradigmas asumidos por los investigadores.

En ese sentido es preciso diferenciar las peculiaridades de las siguientes categorías, que a pesar de relacionarse entre ellas no tienen el mismo significado y que han conllevado a que se usen indistintamente por ciertos investigadores noveles, quienes a pesar de llegar a resultados que pueden ser útiles, entorpecen en última instancia el desenvolvimiento del proceso investigativo al no tener claridad en los mismos:

- Ciencia
- Investigación científica.
- Metodología de la investigación.
- Método de investigación.
- Metódica.
- Diseño metodológico.
- Enfoque metodológico.

Ciencias: es el conjunto de conocimiento ordenado de un objeto, proceso o fenómeno de la sociedad, la naturaleza y el pensamiento, que se agrupa en categorías, principios, regularidades, leyes, etc. Que tiene un objeto de estudio y un método para construir ese conocimiento, que se da en el accionar individual y social de los hombres con el objetivo de comprender, explicar en interpretar desde la observación su objeto de estudio. Eje. La Medicina, la Física, la Química, etc.

Investigación científica: es el proceso mediante el cual se llega a los conocimientos científicos, ósea a las ciencias, que es mediado por los seres humanos en su naturaleza, sus potencialidades, su actividad y su escala valorativa en un contexto histórico social y cultural determinado.

Metodología de la investigación: es la disciplina que con carácter de ciencia brinda los medios para realizar la investigación científica, y que permite enfocar la misma de una forma coherente lógica y ordenada.

Método de investigación: es el procedimiento o el conjunto de procedimiento coherente para las investigaciones científicas, pertinente al objeto que se estudia y que permite ordenar su estudio en dependencia de la intencionalidad del investigador. Eje. Hermenéutico-dialectico, el holístico-dialectico, el sistémico estructural funcional, Etc.

Metódica: es el conjunto de métodos de investigación que se aplica en un proceso investigativo.

Diseño metodológico: es aquel proceso dinámico que se plasma de manera coherente y planificada a través de los métodos de investigación y que potencia la investigación científica, con el objetivo de creación de un conocimiento científico, en el cual se define, el problema a investigar, el objeto de investigación, el objetivo a alcanzar, el campo de actuación y la hipótesis, aspectos que prevén un aporte teórico que tiene que ser corroborado, validado y ejemplificado a través de un instrumento coherente con la teoría.

Enfoque metodológico: es la posición epistémica que transcurre durante todo el proceso investigativos perteneciente al investigador y su cultura, que le permite posicionarse filosóficamente para el entendimiento, procedimiento y corroboración del proceso de investigación. Eje. El dialectico materialista.

Otras dos cuestiones importante que estos autores consideran tener claro es la relación que existe entre lo teórico y lo metodológico en los procesos de creación del conocimiento científico ya que sus experiencia ha permitido develar equívocos que entorpecen las investigaciones socio-humanista-asistencial en salud.

1.6. Relación entre lo teórico y lo metodológico en relación al método clínico.

Aun cuando lo metodológico es teórico en sí mismo, existe una diferencia esencial entre uno y otro en el conocimiento científico para la aplicación del método clínico.

Lo primero está integrado por todas las concepciones, métodos y técnicas que definen la especificidad del "cómo" indagar sobre el objeto de investigación, donde está presente tanto un aparato conceptual como uno procedimental, este es esencial para que la teoría no se hipertrofie con las elucubraciones y especulaciones del investigador, cuyo pensamiento pasa por una compleja relación con el objeto, expresada en categorías; rasgos, dimensiones, relaciones e indicadores revelados en los múltiples métodos y técnicas específicas en cada investigación individual.

Resulta imposible simplificar el objeto de investigación a fórmulas generalizadas que agoten las características específicas de cada investigación individual, las que en muchos casos contienen nuevos aspectos de carácter teórico no revelados aún por la investigación científica.

La metodología de las ciencias "exactas" y las que estudian la naturaleza se expresa a partir de principios generales y universales y de leyes de carácter "objetivo" que son resultantes de una modelación matemática y un instrumental que, a pesar de influir también sobre el objeto que estudia es, sin dudas, mucho menos personalizado que el proceso del conocimiento en las ciencias socio-humanista-asistenciales médicas y en salud. En ellas, la personalización está implícita en la propia concepción de la metodología que responde a las exigencias de su objeto de investigación, es una característica esencial de la investigación mediada por el método clínico y no una limitante conceptual de la ciencia, como muchas veces se afirma de forma sesgada.

La teoría, con relación a los instrumentos concretos de diagnóstico e investigación, sirve de base para definir el tipo de información que se pretende obtener, así como para definir los indicadores relevantes, portadores de esa información, necesaria para la elaboración teórica. Sin embargo, el instrumento no es un desprendimiento inmediato de la teoría, es el resultado de una experiencia y una elaboración del investigador a partir del nivel empírico del conocimiento.

El sentido teórico de una investigación individual mediada por el método clínico, se construye por el investigador a través de la información que dispone gracias a los diferentes instrumentos de diagnóstico empleados. La interpretación de esa información se desarrolla a partir de los datos del diagnóstico, en relación dialéctica con la cultura del investigador y la lógica científica asumida, donde

existe una diferenciación cualitativa, de carácter teórico, entre el conocimiento ya existente y el nuevo conocimiento que se construye.

La teoría aporta las categorías que permiten la abstracción del objeto real como objeto de investigación, lo que brinda el espacio conceptual para el establecimiento de nuevas alternativas, como construcción del conocimiento, que son expresión de un alto nivel de generalización y concreción teórica en la que se revela la esencia del objeto investigado y tienen potencialmente una gran posibilidad de aplicación en la praxis social.

El papel del investigador clínico es fundamental en la relación entre la teoría y la metodología, así como en la capacidad de aplicar una teoría para seguir la lógica inteligible de su objeto. M Martínez (1997:99) expresa: "Un investigador es, antes que nada, un gran 'pensador' en un área específica del saber, una persona que no cree en varitas mágicas o trucos para resolver problemas, que utiliza métodos y técnicas, pero que así mismo desconfía de ellos, que se deja llevar por una teoría de la racionalidad, pero piensa que puede también haber otra u otras".

Una metodología es de hecho una lógica profunda y diferenciada dentro de una teoría, define el marco en que el investigador desarrolla el proceso investigativo, por otra parte, la metodología permite ser trabajada simultáneamente por distintos investigadores, lo que hace al sujeto cognoscente singular y diverso.

Sin embargo, la esencia del conocimiento está en la potencialidad del sujeto pensante para apropiarse de los aspectos relevantes y reconstruirlos teóricamente, donde la metodología, y no el método, es una concreción de la postura epistemológica y el enfoque metodológico del investigador, permitiéndole una interpretación significativa de la información relevante de que dispone para su construcción teórica, sin embargo, no es la metodología un fin en sí mismo que le confiere el valor científico a una investigación.

El concebir la metodología desde estos presupuestos permite reconocer en el instrumento un inductor adecuado para la construcción del conocimiento en el proceso, pero no un medio para estandarizar sus manifestaciones, tratando de que resulten directamente comparables como resultados de una prueba de las ciencias para la naturaleza.

Los resultados de las técnicas no son linealmente comparables entre sí, la comparación, o los criterios grupales derivados de los mismos, son posibles sólo a través de la interpretación realizada por el investigador a partir de los datos ofrecidos por él. El resultado de la técnica no es una evidencia directa, ni una dimensión cuantitativa, sino un conjunto de datos relevantes que adquieren su valor interpretativo al seguir una lógica científica por el investigador.

En consecuencia, la objetividad desprovista de subjetividad y descontextualizada del complejo mundo de influencias sociales, al estilo positivista, es un mito que en los tiempos actuales se hace necesario superar en las investigaciones mediadas por el método clínico.

1.7. La diversidad en la investigación científica como una necesidad a tener en cuenta para las investigaciones mediadas por el método clínico.

A lo largo del capítulo se ha venido mencionado la diversidad de alternativas en la investigación científica, mostrando que hoy se reconoce un pluralismo metodológico y la existencia de diversos paradigmas investigativos.

Las ciencias médicas y salubrista se caracterizan no solo por utilizar, según la naturaleza de su objeto, uno o varios métodos, también por no reconocer la exclusividad de ninguno de ellos. No tiene sentido hablar del método científico o clínico único, acrítico y descontextualizado, ajeno a los sujetos que lo desarrollan y lo crean, sino de metodologías y enfoques metodológicos que conlleven a utilizar en la investigación científica varios métodos, o a establecer métodos y procedimientos particulares, según el objeto de investigación y los paradigmas investigativos, que se traducen en métodos. Los paradigmas investigativos fundamentales se clasifican en:

1. **Paradigma Empírico Analítico.** Es, sin duda alguna, el paradigma que ha permanecido como dominante durante más tiempo y al que se le atribuye el carácter de criterio científico único, aun en las ciencias socio-humanista-asistenciales médicas y de salud. Se sustenta en

las concepciones positivistas, donde se asume como criterio analítico una reducción del todo a sus partes, como elementos separados, independientes y autónomos. El proceso del conocimiento consistiría en dividir y separar los elementos del todo, para explicarlos cada uno por separado.

En este paradigma se da la realización de aquellas reglas del método que Descartes postuló en su obra "Discurso del Método": Desde esta concepción, se trata de dividir el todo en sus elementos más simples y proceder de lo simple a lo complejo. La realidad estaría formada por hechos, con relaciones funcionales y causales, entre ellos. Al explicar estos hechos atomizados, se descubren sus relaciones, leyes y conexiones, explicándose, por generalización, la totalidad, que sería la suma de las partes.

Es una racionalidad empírico-analítica cuya finalidad es explicar, predecir y controlar la realidad objetiva. Para ello, utiliza los procesos inductivo-deductivos y su ideal es llegar a la cuantificación y formalización del conocimiento mediante el uso de procedimientos lógico-matemáticos.

Renuncia así a preguntarse por el sujeto cognoscente, para considerar la ciencia y la investigación como un sistema de proporciones y procesos, de leyes y teorías que se construyen mediante un conjunto de reglas y que pueden comprobarse, verificarse, contrastarse o falsearse en la realidad objetiva.

El avance de la ciencia se daría por el avance e incremento de las teorías o por la sustitución de aquellas que resultasen falseadas o no verificadas al descubrirse nuevos hechos que no se ajusten a la teoría.

2. **Paradigma Dialéctico Crítico.** Este paradigma se sustenta en la "Dialéctica", término que etimológicamente procede del griego y significa "diálogo". Día: a través de; Logos: palabra, (del verbo legein: decir), o sea "A través de la palabra, del decir".

No obstante lo anterior no se tiene un consenso sobre la propia etimología de la palabra, por lo que se hará a modo de recuento la referencia histórica a las principales acepciones que se han dado al concepto de dialéctica.

En Platón la dialéctica es un método que presupone la utilización del diálogo, para llegar a una conclusión, lo que desde el punto de vista metodológico se corresponde con lo que ha dado en denominarse método socrático. También puede considerarse a la dialéctica platónica como método de la división (N. Abbagnano 1975:315).

Por otra parte, en Platón, con la denominada "dialéctica platónica", se constituye un método inductivo sintético, según N. Abbagnano (1975:317), así como una dialéctica como lógica de los probables que fue desarrollada por Aristóteles. Este consideró que el silogismo dialéctico no parte de premisas verdaderas sino de premisas probables, considerando que es un proceso racional o demostrativo. Aristóteles reconocía como su precursor en estas ideas a Zenón de Elea.

La dialéctica, como lógica, fue desarrollada por los estoicos, quienes la consideraron equivalente a la lógica general, diferenciándola de la retórica. Mientras que la retórica es, para ellos, la ciencia de hablar correctamente en los discursos, la dialéctica era la ciencia de discutir directamente los discursos que constaban de preguntas y respuestas.

La dialéctica, como síntesis de contrarios, se expresa por G. W. Hegel, quien considera que es la ley del desarrollo del pensamiento y la esencia de la realidad misma. Las bases de la dialéctica de Hegel se reducen a tres; tesis, antítesis y síntesis. G. W. Hegel buscaba sus precedentes en Heráclito y en Proclo.

Hegel entendió la dialéctica como el autodesarrollo del concepto, como el movimiento del espíritu que se va haciendo autoconsciente a través de negaciones. Las contradicciones, la negación y la superación serían los procesos principales de su Dialéctica, cuya tesis principal sería la comprensión de lo real como una Totalidad de múltiples interrelaciones y determinaciones. Esta tesis llevaría a comprender el análisis como parte del proceso, un momento de la contradicción, ya que el objetivo sería la comprensión de la Totalidad, por medio de síntesis sucesivas. Además del reconocimiento del sujeto, la dialéctica permite dar

cuenta simultáneamente de las transformaciones que se producen al conocer el objeto y las que se producen en él por la construcción del conocimiento.

La dialéctica materialista fue desarrollada por C. Marx y F. Engels. Tiene su precedente inmediato en la desarrollada por Hegel, estos autores, luego de cuestionar el carácter especulativo, idealista y mistificado de la dialéctica hegeliana, realizaron una inversión, para constituir la como una dialéctica materialista e histórica, reconocieron la validez del “Método Dialéctico Hegeliano”, el cual aplicaron para revelar las contradicciones sociales y materiales que constituyen el devenir histórico del hombre. Esto les permitió interpretar la ciencia y la investigación científica como un proceso social, determinadas social y económicamente, así como orientada a la construcción del conocimiento y a la transformación de la realidad objetiva, en interacción con la praxis social.

Para los creadores del marxismo, al considerar la realidad con un carácter primario, la dialéctica deviene en la ciencia de las leyes más generales de la naturaleza, el pensamiento y la sociedad, y es por lo que la denominan dialéctica objetiva.

En consecuencia, el “Método Dialéctico” como el método filosófico, sustentan la comprensión, explicación e interpretación de las leyes más generales del desarrollo de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento y en él tiene cabida el desarrollo de todas las variantes de la dialéctica subjetiva que lo precedieron.

Ahora bien, la dialéctica es una concepción filosófica de la realidad objetiva como una totalidad concreta, frente a la cual, lo particular de los hechos, no son sino abstracciones, y determinan una lógica y un método dialéctico que permiten la construcción de una expresión de esa realidad objetiva, sustentada en sus contradicciones, a partir de las transformaciones e interacciones contradictorias de las partes de la totalidad con el todo y viceversa, que se reconstruyen en un proceso continuo.

Además, la dialéctica se ha incorporado a las otras formas de racionalidad: estructural, fenomenológica, hermenéutica e incluso, paradójicamente con la racionalidad analítica, que es de base anti-dialéctica, dándose así diversas perspectivas y corrientes.

La Hermenéutica. Dentro del paradigma dialéctico merece especial atención la hermenéutica, la cual, aunque tendrá un tratamiento posterior, requiere de una valoración preliminar.

La palabra hermenéutica viene del vocablo griego “hermeneuin” (de “hermeneus” y de “Hermes”: el mensajero de los dioses) que significa interpretar. El principio básico es que toda realidad objetiva comporta un mensaje, que es preciso interpretar, con lo que se llegaría así a una interpretación antropológica de esa realidad objetiva, cuyo eje fundamental es la relación sujeto – contexto.

Gadamer, uno de los representantes fundamentales de la hermenéutica moderna, reconoce que la hermenéutica no es un método particular más (H. Gadamer 1994), sino que ofrece, a todas las ciencias, criterios interpretativos para una “autoconciencia metodológica”, que sería su objetivo fundamental, no obstante puede concretarse en un método general de la ciencia, a partir de la identificación de un sistema de procedimientos concretos.

Esto significa que la hermenéutica penetra en la experiencia e indaga por su legitimación, en todas las investigaciones teóricas, sociales, éticas y políticas del hombre. La hermenéutica, como teoría y praxis, puede ser a la vez enfoque y método de la interpretación.

La hermenéutica se centra esencialmente en el lenguaje, en un sentido amplio, no solo verbal, como mediación en la articulación sujeto–contexto. Se trata de comprender, explicar e interpretar el sentido de la totalidad de lo real y de la praxis humana, tal como éste se revela en lo simbólico, metafórico, se trata de traer a la palabra humana el sentido de la realidad objetiva.

3. **Paradigma Fenomenológico.** Es el menos extendido, sobre todo, si se toma en el sentido estricto planteado por E. Husserl su fundador, en su obra “Investigaciones lógicas”, en la que abogaba por no otorgar prioridad a la psicología en el campo de la lógica y donde reorientó de forma radical el pensamiento puro, que le permitiera al sujeto acceder a la conciencia trascendental y a la subjetividad pura: “La conciencia de ser conciencia en algo”.

Para E. Husserl, el filósofo ha de superar las posiciones naturalistas y psicologistas mediante la contemplación de las “esencias” de los objetos o procesos, que pueden ser identificadas de acuerdo a las leyes que expresan la dinámica y transformación de los objetos, en la imaginación. Admitió que la conciencia está permanentemente dirigida hacia las realidades concretas, lo que llamó “intencionalidad”.

La conciencia, además, posee estructuras ideales invariables, que llamó “significados”, que determinan hacia qué objeto se dirige la conciencia de los sujetos en cada instante dado. Según E. Husserl, la labor del fenomenólogo, consiste en el examen sistemático de los tipos y de las formas de experiencia intencional y la reducción de las estructuras a las intenciones elementales, lo que debe revelar la naturaleza de lo psíquico y hacer comprender el ser del alma.

En efecto, para E. Husserl la fenomenología consistía en partir de la intuición, de lo originario, de lo dado, de una reducción, que consistía en llegar a la intuición de las esencias, a las cosas mismas, que se captarían como ‘fenómenos’, es decir: como lo que se muestra a sí mismo.

Esa tesis Husserliana, apoyada fundamentalmente en la intuición, además de orientar y replantear los métodos de algunas de las ciencias sociales y humanísticas, como la psicología, la sociología y la antropología entre otras, debe ser fundamentalmente un método del saber filosófico, que hoy se vincula estrechamente con la racionalidad hermenéutica.

Se plantea la interpretación y transformación de la subjetividad, esto es, los procesos de la subjetividad de los hombres en sus diferentes y complejas manifestaciones.

Al investigar lo relacionado con la construcción de los sentidos cognitivos, valorativos o praxiológicos orientados a la realidad objetiva y que tienen su origen en ésta, en cierto modo permite hablar de un método fenomenológico, que algunos reducen a la simple descripción de fenómenos o a ser un primer momento en la construcción del conocimiento.

4. **Paradigma Sistémico.** De gran desarrollo en las ciencias sociales y humanísticas, es lo denominado sistémico estructural y método sistémico estructural, que se han desarrollado al interior del estructuralismo.

El pensamiento estructural parte de la noción de estructura, entendida a veces como una expresión o modelo del objeto o como la realidad objetiva misma. A pesar de las diversas acepciones y usos que han tenido los términos sistema y estructura, hay casi un acuerdo en entenderla, por lo menos, como una totalidad o sistema de partes, con una cohesión interna que hace que la posición y las relaciones específicas entre ellas definan el carácter de esa estructura (la totalidad es más que la suma de las partes).

Dicha estructura posee además leyes y reglas propias de constitución y de transformación. Algunos estructuralistas han insistido más en el aspecto sincrónico y estático de la estructura y otros en lo diacrónico y dinámico, pero casi todos coinciden en entender la estructura como un sistema autorregulado.

La investigación a través del método sistémico estructural consiste en construir modelos con las características básicas de la noción de estructura, para interpretar la totalidad, procesos e interacciones de la realidad objetiva como estructura y revelar en ella las partes, sus interacciones y, sobre todo, las reglas, regularidades y leyes de constitución y transformación.

Dentro de esta diversidad de paradigmas se encierran múltiples teorías que despliegan epistemológicamente todo el quehacer investigativo. Si bien, no se pretende agotar toda esta diversidad, en los capítulos siguientes se tratarán fundamentalmente las teorías comprendidas en los Paradigmas Dialéctico y Sistémico, como dos intentos metodológicos para la formación de investigadores en ciencias socio-humanista-asistencial en salud y su aplicación al método clínico.

Hasta aquí, no reconocer la existencia de los paradigmas mencionados, para la formación científica investigativa del profesional de la salud y el médico mediado por el método clínico, así como para la formación asistencial, docente y gerencial desde una posición humanística cultural, sería negar toda posibilidad de desarrollo a las ciencias médicas y de la salud en cualquier aspecto, no obstante su irreconocimiento ya ha provocado en el contexto donde se han desarrollado los autores de este texto cierto estancamiento cuando muchos han pensado ser poseedor de la última palabra o verdad

absoluta, manifestaciones detectadas en las labores de los profesionales de la salud (docentes, asistenciales, científico-investigativa y gerenciales).

Desde el punto de vista docente el no considerar la existencia de diferentes paradigmas ha reducido en múltiples oportunidades los procesos pedagógicos y didáctico, asistencialmente ha dificultado la atención espiritual del individuo, la familia y la sociedad en sentido general, por otro lado la ciencia y la investigación mediada por el método clínico se ha visto limitado al solo tener como científico aquello que se sustenta en las complejas formulas matemática y estadísticas, así como con la identificación de variable dependiente e independiente, nominales, variable cuantitativa y cualitativa, todo lo cual ha estancado el genuino desarrollo de las ciencia médicas y de la salud.

CAPÍTULO-2.

LO SISTÉMICO Y LO HOLÍSTICO-CONFIGURACIONAL, DOS TEORÍAS DE UN PARADIGMA PARA ABORDAR EL METODO CLINICO

Partiendo de asumir que la Teoría General de Sistema y la Teoría Holística Configuracional son dos consideraciones epistemológicas sustentadas en el paradigma sistémico se considera entonces que: En las investigaciones mediada por el método clínico es importante tener en cuenta, como se ha venido planteando, la diversidad de los enfoques investigativo y los paradigmas que los sustenta, o lo que es lo mismo la matriz disciplinar en que se apoya, el no tener en cuenta tal diversidad se estaría en desacuerdo con la necesaria unión dialéctica de lo común y lo diverso, y seguiríamos enfrascado en las investigaciones positivista de la primera mitad del siglo XX apoyando al afamado y ya fracasado circulo de Viena.

Es por lo anterior, que a continuación se abordara desde el paradigma sistémico: la teoría general de sistema (TGS) y la holística configuracional (THC) como dos miradas o alternativa que sirven para la construcción del conocimiento científico medico clínico y salubrista ante los problemas de salud-enfermedad, y que pueden ser mediadores de la investigación mediada por el método clínico.

2.1. Fundamentos epistemológicos de la Teoría General de Sistema para abordar el método clínico.

Se desarrollan entonces el comentario de dos teorías comprendidas dentro del Paradigma Sistémico, que si bien se diferencian en sus presupuestos epistemológicos, sistemas de categorías y procedimientos metodológicos, no significa en modo alguno que estas dos teorías se excluyan o se sustituyan, ni tampoco que una contenga a la otra como caso particular, se trata de dos aproximaciones epistemológicas, lógicas, teóricas y praxiológicas a los sistemas y que se complementan en la comprensión, explicación e interpretación desde la observación de los procesos de la realidad objetiva y en general, de la investigación de los procesos sociales y humanísticos como es el caso de los procesos socio-humanistas-asistenciales en salud.

Los fundamentos epistemológicos desde los que se asume la Teoría General de Sistemas y el método de investigación sistémico estructural funcional para abordar el método clínico, parten del reconocimiento de que la totalidad constituye una unidad dialéctica de los elementos que la componen, donde las propiedades del sistema son cualitativamente distintas a las propiedades de estos elementos constituyentes, son síntesis de las relaciones entre los elementos y sintetizan estos, caracterizando el sistema y su autodesarrollo.

Las concepciones sistémicas no alcanzan el nivel de método filosófico, pero si constituyen un método general de las ciencias, que permite revelar las características esenciales de un objeto o fenómeno desde determinado campo de la cultura, llegando a establecer la relación entre ese sistema, como modelo, y la realidad objetiva que el sistema refleja.

Desde esta posición epistemológica se reconoce el sistema como una expresión de la realidad objetiva y no la realidad objetiva misma, que es modelada como un sistema, pero además se

reconoce como un principio la sistematicidad de los objetos de la realidad y del pensamiento teórico en su estudio e investigación.

Las ideas sistémicas tienen su origen y consolidación en el Siglo XX, con el desarrollo de la Biología en la primera mitad del siglo, al aparecer en sus dos primeras décadas las denominadas “teorías orgánicas” que agrupaban a un conjunto de interpretaciones y concepciones de la totalidad orgánica y el proceso de surgimiento de nuevas propiedades en el desarrollo de los organismos vivos.

En los propios años veinte, G. Braun y P. Selars introducen el concepto de niveles estructurales, que reconocían que la naturaleza se caracterizaba por la existencia de una jerarquía de niveles de diferente complejidad, los cuales se manifiestan y expresan por cualidades y leyes específicas, donde cada nivel inferior está incluido en el nivel superior y debe considerarse como un elemento componente de éste. A esta consideración no se le dio la importancia requerida en la época para superar las limitantes de las teorías orgánicas, hoy es reconocida como la recursividad del sistema.

Ludwig von Bertalanffy en el campo de la biología supera el pensamiento analítico-sumativo que era considerado el método fundamental de esta ciencia, en el cual el organismo como conglomerado actúa o reacciona sólo ante la acción de factores externos en forma reflectiva, revelando los vínculos existentes entre los principios de la biología teórica y la teoría de sistemas, al emplear el método sistémico, que reconoce que el sistema tiene una estructura dinámica que implica que sea internamente activo. (Bertalanffy, L. 1950 -1968).

En 1932 L. V. Bertalanffy introduce el concepto de sistema abierto en la Biología, al considerar la relación de intercambio entre el organismo vivo y el medio externo en tres aspectos; energía, sustancia e información, con lo que aporta el eslabón que permitía unir las teorías de sistemas y las biológicas, aunque inicialmente esto sólo fue considerado en los sistemas biológicos, también fue llevado a la física, y en particular al estudio de sistemas termodinámicos y a la cinética física.

Otra consideración en los sistemas, de gran repercusión en la teoría de sistema, fue la de que los sistemas biológicos se caracterizan por su equilibrio y por su autorregulación, o sea, por la homeostasis, como tendencia al equilibrio, y la Autopoiesis, como tendencia al autodesarrollo del sistema.

Por medio de la autorregulación se mantiene la propia existencia de los sistemas, su composición, estructura y desarrollo, con sus relaciones internas propias y las transformaciones sujetas a leyes que se revelan para todo el sistema en el espacio y el tiempo. (I.I. Shmalgansen 1968).

Como síntesis de las consideraciones sistémicas de L. Bertalanffy, se puede afirmar que un objeto viviente es su organización, en que el estudio de las partes y procesos aislados no puede dar una explicación completa de los fenómenos vitales y no informa acerca de la coordinación de partes y procesos. (Bertalanffy, L. 1987).

La Teoría General de Sistemas se constituye una teoría abierta que desde sus orígenes comprende una diversidad de criterios y escuelas diferentes que le dan el peso fundamental a las consideraciones de las cuales parten. Así por ejemplo, los estructuralistas hacen énfasis en el significado de las estructuras, es decir, en los elementos componentes del sistema; los funcionalistas hacen el énfasis en la función, el uso y la utilidad de las relaciones entre los elementos componentes. Representantes como T. Parson tratan de unir ambos criterios para crear una escuela estructural - funcionalista.

La Teoría General de Sistemas ha hecho más énfasis en el análisis estructural de carácter sincrónico que en el diacrónico, lo que no contribuye a la interpretación histórico social, por lo cual, si bien se acerca a una interpretación dialéctica al modelar la realidad objetiva, como formada por sistemas de elementos componentes relacionados unos con otros y con una estructura compleja; se aleja de ella, al no adentrarse en el proceso del desarrollo y evolución histórica de esos sistemas.

La necesidad de concebir al objeto como un todo integrado surge desde los comienzos del conocimiento humano y su interés por adentrarse en la comprensión, explicación e interpretación de los procesos de la realidad objetiva. Sin embargo, a pesar del carácter histórico del concepto de sistema y las valoraciones que del mismo surgen en el desarrollo del pensamiento dialéctico, hay autores que prácticamente lo niegan, o no quieren reconocer la relevancia de la dialéctica como

método filosófico, con lo que pretenden presentar la Teoría General de Sistema más que como un paradigma teórico e investigativo, como un método filosófico que viene a solucionar los crecientes problemas de las ciencias inmersas en el paradigma analítico, mecanicista, unilateral y causal de las ciencias mecánico clásicas y olvidan el pensamiento dialéctico-crítico y la dialéctica como método filosófico.

De ahí que podamos distinguir dos tendencias en el desarrollo del pensamiento sistémico contemporáneo: la primera tendencia que reconoce el planteamiento sistémico como paradigma de las ciencias y que la Teoría General de Sistemas, por su generalidad pasa a tener rango filosófico, y la segunda tendencia que reconoce la Teoría General de Sistemas como modelo aplicable a las ciencias, pero no pretende darle un alcance filosófico.

No obstante a lo anterior estos autores considera que analizar y comprender la teoría general de sistema y su método estructural funcional no es posible sin un abordaje filosófico de la misma, y que además en su propia aplicación esta lo filosófico como forma de interpretar y analizar los objetos, proceso y fenómeno de la naturaleza, de la sociedad y del pensamiento; es entone que desde esos presupuesto se le considera su alcance filosófico.

Por otro lado consideran los autores de este texto, que al ser una representación objetiva de la realidad objetiva, puede ser aplicable a cualquier objeto, proceso o fenómeno de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, donde uno es la salud y la enfermedad.

Otro aspecto que está presente es que a pesar de que el paradigma sistémico surge en contraposición a los fundamentos del paradigma empírico-analítico, aún subsiste la visión mecanicista y la interpretación metafísica del desarrollo en la determinación del sistema y su estructura, propio de la concepción positivista, en que la investigación se reduce con frecuencia a uno de los elementos del sistema, su estructura, y a partir de ahí se pretende hacer una generalización al todo.

También la consideración de la estructura como un sistema determinado de elementos componentes relacionados, tiende a una formalización que reduce la complejidad de la realidad objetiva a los límites establecidos por la estructura. Por otra parte uno de los vicios que aún subsiste, es que se busca la totalidad de la estructura a partir de los elementos que la componen, centrando la atención en estos y no en las interrelaciones entre ellos.

Identificar los componentes de la estructura, aunque incompletos, puede permitir un acercamiento metodológico, de carácter exploratorio como un primer acercamiento a la investigación del objeto de la realidad que debe ser sucedido por la interpretación de las relaciones complejas y esenciales que sustentan la estructura.

En correspondencia con lo anterior, se pueden derivar como limitantes fundamentales en el uso del método sistémico estructural para el empleo de la interpretación del proceso salud-enfermedad lo siguiente:

- La reducción al enfoque sincrónico, que no permite revelar la historicidad del proceso salud-enfermedad.
- La aplicación de un enfoque mecanicista y por tanto unilateral, que hace reducir el estudio de los elementos componentes del sistema a la suma de las partes que lo integran.
- Una concepción limitada del modelo de la totalidad desde el punto de vista metodológico en el proceso de comprensión de la realidad, que implicaría una visión también insuficiente del objeto que no permitirá interpretar el proceso salud-enfermedad con la requerida profundidad.

En todos los casos se debe entender el modelo como totalidad concreto pensado, lo que expresa un nivel de abstracción, que no implica un empobrecimiento de la interpretación, al revelar las relaciones esenciales, así como las contradicciones que determinan las transformaciones de la realidad objetiva.

2.2. Concepciones básicas y categorías de la Teoría General de Sistemas como sustento para las investigaciones mediada por el método clínico.

En las investigaciones mediadas por el método clínico hay que tener en cuenta y se puede asumir que La Teoría General de Sistemas se fundamenta en tres premisas básicas, a saber:

1. Los sistemas existen dentro de sistemas.
Un individuo como ser humano puede ser interpretado como un sistema dentro del cual existen otros sistemas como pueden ser el sistema respiratorio, el sistema cardiovascular, etc.
2. Los sistemas son abiertos.
El individuo como sistema esta en estrecha relación con el medio ambiente y con el entorno que le rodea, así como el sistema respiratorio es también abierto al medio ambiente.
3. Las funciones de un sistema se relacionan con su estructura.
Así las funciones del organismo humano como sistema depende de la integridad y de las relaciones que se establecen entre sus componentes, o sea se corre por la integridad y la relación entre sus dos piernas, y el sistema cardiovascular funciona en llevar la sangre a todo rincón del organismo por la integridad de sus componentes.

Por otra parte, la Teoría General de Sistemas está condicionada por ideas básicas que se han generado a partir de su aplicación y que se resumen en las siguientes:

1. Existe una nítida tendencia en su aplicación hacia la integración de diversas ciencias, lo que se aprecia en los diferentes campos de la cultura en que se han empleado, constituyendo la Teoría General de Sistemas y el método sistémico estructural funcional una vía que permite generar una integración de las ciencias médicas y salubristas.
2. La integración de los diferentes campos de la cultura se produce sobre la base del objeto o proceso estudiado como un sistema.
3. La Teoría General de Sistemas y el método sistémico estructural funcional constituye una alternativa para la construcción del conocimiento científico médico clínico y salubrista, especialmente en las ciencias que estudian los objetos procesos y fenómenos sociales y dentro de ellas en las ciencias de la salud y las ciencias médicas.
4. La Teoría General de Sistemas afirma que las propiedades de los sistemas no pueden ser comprendidas, explicadas e interpretadas ni observadas en términos de sus elementos componentes por separado. La interpretación de los sistemas se alcanza cuando se estudian los sistemas como totalidades, involucrando todos los subprocesos o elementos componentes y sus relaciones.

El concepto de sistema se extendió a las diversas ciencias, y principalmente, a la gestión, así por ejemplo si se habla de astronomía, se piensa en el sistema solar; si el tema es fisiología, se piensa en el sistema nervioso, en el sistema circulatorio, en el sistema digestivo. En la sociología se habla de sistema social y en la física de sistemas mecánicos, ópticos, atómicos, cuando se habla de instituciones sociales se puede mencionar el sistema nacional de salud, el sistema nacional de educación, el sistema energético nacional y así sucesivamente.

Cualesquiera que sean estos para su estudio e inteligibilidad se necesita entonces tener en cuenta algunos aspectos y conceptos que por su esencialidad e importancia deviene categorías que de manera general caracterizan los sistemas.

2.3. Categorías que caracterizan los sistemas y que pueden ser asumida en las investigaciones mediadas por el método clínico.

Antes de comenzar a abordar las mismas es preciso dejar claro

¿Qué asumen los autores por categoría?;

son aquellos conceptos que por su relevancia adquieren un grado de esencialidad e importancia en la interpretación de un objeto proceso o fenómeno de la sociedad, la naturaleza y el pensamiento, gramaticalmente es un predicado que puede ser aplicado a todo el objeto que se estudia: no afirma ni

niega nada y sólo tiene sentido cuando se aplica a un objeto determinado, es el modo en que ese objeto puede conocerse, comprenderse, explicarse e interpretarse así como observarse, es una condición esencial de un objeto proceso o fenómeno respecto de los demás que es reflejada en la mente del ser humano.

En cuanto a la Teoría General de Sistema se refiere, estas categoría han venido considerándose paulatinamente en el de cursar de los años, mediante el estudio sistemático de los sistemas, las cuales pueden enriquecerse con nuevos estudios, en ese sentido de antemano se puede afirmar que las que aquí se abordan no han de ser las únicas, pero si las que hasta ahora han sido consideradas por los autores. Entre ellas tenemos:

- Sistema
- Estructura
- Componentes
- Frontera
- Contexto.
- Medio ambiente.
- Propósito u objetivo.
- Funciones.
- Totalidad.
- Recursividad.
- Subsistema.
- Entropía.
- Negaentropía.
- Hemostasia.
- Sinergia.
- Autopoiesis.
- Niveles estructurales.
- Jerarquía.
- Complejidad.

Sistema. Un sistema es un conjunto de objetos (procesos) relacionados entre sí por alguna forma de interacción, que los identifica con determinada independencia y coherencia, donde los objetos o procesos adquieren el significado de elementos componentes y sus relaciones determinan el significado alrededor del cual se integran estos, a la vez que los elementos componentes le aportan sentido al sistema. En la determinación del sistema se revelan las relaciones entre los elementos componentes y el comportamiento del todo.

Un ejemplo lo tenemos desde el punto de vista biológico y fisiológico en el sistema digestivo, el sistema cardiovascular, el sistema nervioso. Desde el punto de vista institucional tenemos el sistema nacional de salud, el sistema de educación etc.

Estructura. Constituye el conjunto de elementos **componentes** en interrelación que pueden ser identificados por medio de las relaciones de significación dentro de los límites establecidos por el sistema, estas relaciones de significación determinan una organización y le aportan coherencia a los elementos componentes.

Asociado al concepto de estructura, se introduce el de **niveles estructurales**, que reconoce la existencia de una **jerarquía** de niveles de diferente complejidad, los cuales se manifiestan y expresan por cualidades, regularidades y leyes específicas, donde cada nivel inferior está incluido en el nivel superior y debe considerarse como un elemento componente de éste, lo que está relacionado con el concepto de **recursividad**.

Frontera, contexto y medio ambiente. El concepto de frontera, se identifica con los límites entre el sistema y su contexto o medio ambiente. El sistema, contexto o medio ambiente tiene un carácter relativo, lo que es establecido según los criterios con que se delimite el propio sistema. Así el

universo está formado de múltiples sistema que se interrelacionan, siendo posible pasar de un sistema a otro más abarcador, como también pasar a un subsistema menor contenido en él.

En ese sentido considerando el universo como la mayor totalidad, este está constituido por varias galaxias, estas por varios sistema solares, donde uno es el nuestro en el cual se encuentran diferentes planetas como es la tierra, pero entre cada uno se le considera un límite que constituye sus fronteras, es así que por otro lado, la tierra como sistema se encuentra en un medio determinado limitado por sus fronteras.

Otro ejemplo concreto es el sistema nacional de salud como totalidad este está constituido por estructura que pueden ser interpretado como subsistema o sistema en dependencia de quien lo esté estudiando, uno de estos subsistemas o sistemas son las universidades médicas, dentro de las cuales se encuentran las facultades como otro subsistema de las universidades donde cada una tiene su límite de actuación y desarrollo, así por ejemplo las facultades de estomatología, tiene límites y fronteras que la independizan de las facultades de medicina, de tecnología y de enfermería, pero una de ellas o todas constituyen el medio ambiente de la otra.

Lo mismo ocurre con el ser humano cuando en lo individual desde el punto de vista biológico y fisiológico es considerado como totalidad en el cual confluyen otros subsistemas, como pueden ser el cardiovascular, el neurológico, el digestivo entre otros.

De la definición de L. Bertalanffy, según la cual el sistema es un conjunto de unidades recíprocamente relacionadas, se deducen dos conceptos: el propósito (u objetivo) y el de totalidad. Esos dos conceptos expresan las dos características básicas de un sistema y de las que se derivan las demás características.

El término sistema es generalmente empleado en el sentido de sistema total. Los elementos componentes necesarios para la operación de un sistema total son llamados entonces subsistemas, los que a su vez, están formados por subsistemas de orden inferior, más detallados. Así, tanto la jerarquía de los sistemas como el número de los subsistemas dependen de la complejidad intrínseca del sistema total.

Los sistemas se desarrollan como se muestra en un medio específico (ambiente) en que existen y son condicionados por él, no existiendo sistemas que estén fuera del medio, donde el medio (ambiente) es el conjunto de todos los objetos que, dentro de un límite específico pueden tener alguna influencia sobre la operación del sistema, y los límites (fronteras) son las condiciones ambientales dentro de la cual el sistema debe operar, lo que no se identifica con una independencia total de los sistemas, sino relativa siendo consecuente con las concepciones holísticas, totalizadora y hologramática.

Propósito u objetivo. Todo sistema tiene propósitos u objetivos, que expresa el resultado de la integración de los elementos componentes, y las relaciones que entre estos se establecen, determinan una estructura a través de la cual se alcanza el objetivo como aspiración.

Así por ejemplo el sistema nacional de salud tiene como objetivo fundamental garantizar un adecuado nivel y condiciones de vida de la sociedad, la educación médica superior garantizar la formación de profesionalizante de individuos con competencias profesionales y humanas que garanticen los objetivos del sistema.

La determinación del sistema tiene un carácter relativo y depende de quienes lo delimiten, donde lo que para algunos puede ser considerado como un sistema para otros solo se trata de un subsistema o al contrario, ello depende del alcance y la precisión de los objetivos y de la extensión del problema planteado.

Totalidad. Todo sistema tiene una naturaleza orgánica, por la cual una acción que produzca cambio en uno de sus elementos componentes, con mucha probabilidad producirá cambios en todos los otros elementos componentes de éste. En otros términos, cualquier acción en un elemento componente del sistema afectará todos los demás elementos, debido a la relación existente entre ellos. El efecto total de esos cambios o alteraciones se presentará como un movimiento de todo el sistema, el que siempre reaccionará como totalidad a cualquier estímulo producido en cualquiera de sus elementos componentes. Sobre esto se podrían poner múltiples ejemplos ya sean de sistema biológico, como sociales pero creen los investigadores que no es necesario la exposición de ellos ya que es sobrentendido con una mediana interpretación.

El sistema total es el representado por todos los elementos componentes y sus relaciones necesarios para alcanzar un objetivo, con un número de restricciones. El objetivo del sistema total precisa la finalidad para la cual fueron ordenados todos los componentes y relaciones, mientras que las restricciones del sistema son las limitaciones introducidas en su operación que definen sus límites (fronteras) y posibilitan explicar las condiciones bajo las cuales debe operar.

En correspondencia con lo anterior, se puede afirmar que en el sistema se están produciendo cambios constantemente y con ello se producen reajustes como un todo. Los cambios y reajustes están determinados por dos procesos contradictorios caracterizados por las categorías entropía y homeostasis.

Entropía. Es la tendencia al desorden que tienen los sistemas, a la desintegración y a un aumento de la aleatoriedad. A medida que la entropía aumenta, los sistemas se transforman a estados más simples, por el contrario cuando disminuye la entropía es consecuencia de una tendencia en el proceso al orden, los que algunos llama **Negaentropía**.

Los cambios que condicionan la entropía están relacionados con la información en el sistema, pues a medida que aumenta la información, disminuye la entropía y aumenta por su puesto la negaentropía, dado que la información es la base de la estructuración y del orden. Si se pierde comunicación o hay un desconocimiento de los niveles de autoridad (en caso de los sistemas sociales e institucionales), funciones, jerarquía, entre los elementos componentes de un sistema, como puede ser una organización educacional, la entropía aumenta y la organización se va reduciendo a formas gradualmente más simples de individuos y de grupos. De ahí el concepto de entropía negativa, o sea, la información como medio de ordenamiento del sistema.

Homeostasis. Es el equilibrio dinámico entre los elementos componentes del sistema, como proceso o tendencia de los sistemas a adaptarse con el fin de alcanzar un equilibrio interno frente a los cambios externos. Este término es muy usado en los procesos fisiológicos en el ser humano cuando se habla del equilibrio interno en múltiples regulaciones, entre las que se encuentra: el equilibrio hídrico y mineral, las regulaciones hormonales, el mecanismo de la sed, entre otros muchos más.

La sinergia. La sinergia del sistema expresa la propiedad de éste de alcanzar cualidades, que son resultado de la integración de los elementos componentes y que no se manifiestan en los elementos por separado, se refiere a que la totalidad del proceso que no es igual a la suma de sus elementos componentes, sino que implica una nueva cualidad, diferente y superior, por lo que, si se investiga un proceso, se tendrá que mirar no a sus elementos componentes uno por uno, sino a la integración del sistema como la totalidad en su complejidad, su organización y las relaciones que de ella surgen.

Recursividad y subsistemas. Cuando se habla de sistemas como totalidades, se puede referir a todo el universo, porque es en última instancia la mayor totalidad conocida. Sin embargo, cuando se está analizando algún fenómeno social o humano se necesita poner límites en el sistema considerado. Esta cualidad de los sistemas tiene estrecha relación con las fronteras, los límites y el medio ambiente.

A través de la Teoría General de Sistemas, se pueden determinar los elementos componentes que constituyen un sistema reconocible, porque se identifican sus límites, lo que permite comprenderlo, explicarlo e interpretarlo y por tanto observarlo, con ello establecer entonces, causas y consecuencias dentro del sistema o entre el sistema y su medio ambiente o entorno, lo esencial es tener presente que el sistema es cualquier entidad que se muestra como independiente y coherente, aunque se encuentre situada al interior de otro sistema, o bien, aunque envuelva y contenga a otros subsistemas de menor alcance, eso es lo que se llama la recursividad de los sistemas. En otro sentido, la coherencia del sistema se puede determinar a través de comprobar la recursividad del sistema.

La Autopoiesis. Se introduce como categoría que expresa el proceso que se produce en los sistemas, en que a pesar de ser un constructo teórico elaborado por los sujetos conscientemente, tienden a cobrar ciertos niveles de autonomía propia, independiente de quienes lo crearon y de las personas que los hacen realidad.

Lo anterior significa que determinados sistemas fundamentalmente sociales y humanos, que son expresión de procesos de esa realidad, se generan continuamente a sí mismos en determinadas condiciones o se trata de agencias o instituciones, que según plantea el sociólogo británico A. Giddens, (citado H. Maturana, 1994:28) "producen y reproducen las condiciones de su propia

existencia", o bien, que "se levanta por sus propios cordones, y se constituye como distinto del medio circundante por medio de su propia dinámica, de tal manera que ambas cosas son inseparables".

Como una manifestación elemental de la Autopoiesis está la retroalimentación, que implica que los sistemas abiertos, como los sistemas sociales, por ejemplo, generalmente contienen algunas formas de operar dentro de sí que le permiten tener información sobre si mantienen su intencionalidad o propósitos correctos o no, lo cual no solo es apreciable en los sistemas sociales y está bien estudiado por ejemplo en sistemas fisiológicos como son el sistema nervioso, el sistema endocrino etc.

Cuando esta información pone en marcha algún mecanismo o sistema menor de corrección del proceso, en correspondencia con los propósitos del sistema como totalidad, se manifiesta el carácter cibernético, ya que los sistemas cibernéticos son todos aquellos que pueden corregir su propia marcha para alcanzar su objetivo o propósito.

En un sistema social esto podría significar que distintas instituciones internas pueden presionar o intentar corregir la dirección que sigue la sociedad o comunidad implicada en tal sistema. Ello es consecuencia del carácter cibernético del sistema que tiene su propio sistema de control y corrección de su orientación, como sistemas autónomos. También aparece como consecuencia la necesidad de que al interior del sistema se dé una comunicación expedita y clara entre sus diferentes elementos componentes, para que el sistema de retroalimentación pueda operar sobre la dirección correcta en aras de alcanzar su objetivo o propósito.

2.4. Tipos de sistemas:

Los diferentes investigadores han llegado a clasificar los sistemas teniendo en cuenta diferentes parámetros, con las que los autores no están totalmente de acuerdo siempre y cuando las misma tiene puntos incongruente en la propia, construcción del conocimiento y al considerarse los sistemas una representación subjetiva de la realidad objetiva que deviene en configuración, en ese sentido ello no son la realidad objetiva en sí misma, sino su representación mental. No obstante se abordan algunas de esta clasificación en la se expondrán los puntos de vista de los autores.

Existe una gran variedad de sistemas y una amplia gama de tipologías para clasificarlos, de acuerdo con ciertas características básicas, y atendiendo a su constitución, los sistemas pueden ser concretos o abstractos:

- **Sistemas concretos**, cuando están compuestos por equipos, por maquinaria y por diferentes dispositivos tecnológicos y pueden ser descritos en términos cuantitativos de desempeño.
- **Sistemas abstractos**, cuando están compuestos por conceptos, categorías, planes, hipótesis e ideas. Aquí, los símbolos representan cualidades y proceso (objetos), que sólo existen en la consciencia de los sujetos, como expresión de la realidad objetiva. Como un ejemplo; del sistema físico, el hardware, que opera en consonancia con el sistema abstracto, software.

Esta clasificación, no es compartida en su totalidad por los autores en tanto y cuando se presenta en contra de considerar que el conocimiento creado con el uso de la teoría general de sistema y el método sistémico estructural funcional se mueve en la relación indisoluble entre, lo objetivo y lo subjetivo, lo concreto sensible a lo abstracto y de este a lo concreto pensado, entre lo cuantitativo y lo cualitativo. En ese sentido los sistemas son tanto abstractos como concreto.

Pero al asumir que los sistema no es la realidad misma y que es una representación metal y por tanto subjetiva de la realidad objetiva, los sistemas entonces serán siempre una abstracción mental de esa realidad, y cuando se consideren su existencia independientemente de la conciencia serán siempre una concreción.

En cuanto a su naturaleza, los sistemas, como modelos de la realidad pueden ser clasificados en cerrados o abiertos:

- **Sistemas cerrados**. Son los sistemas que no presentan intercambio con el medio ambiente o contexto que los rodea, pues son "herméticos" a cualquier influencia. Se han denominado

sistemas cerrados a aquellos cuyo comportamiento es totalmente determinístico y programado y que operan con muy poco intercambio con el medio ambiente o contexto. El término también es utilizado para los sistemas completamente estructurados, donde los elementos componentes y relaciones se combinan de una manera peculiar y rígida produciendo un resultado invariable. Son los llamados sistemas mecánicos, como las máquinas y estructuras.

- **Sistemas abiertos.** Son los sistemas que consideran las relaciones de intercambio del objeto con el medio ambiente o contexto, a través de entradas y salidas de influencias. Son eminentemente adaptativos, esto es, deben reajustarse constantemente a las condiciones del medio ambiente o contexto, y su estructura es óptima cuando los elementos componentes se organizan, aproximándose a una operación adaptativa. La adaptabilidad es un proceso continuo de aprendizaje y de auto-organización. Los sistemas abiertos tienen sentido cuando modelan objetos o procesos que se encuentran en relación continua con el medio ambiente o contexto.

El concepto de sistema abierto puede ser aplicado en la modelación a diversos niveles de complejidad de los objetos o procesos, como por ejemplo: a una célula, un órgano, un sujeto, a un grupo de sujetos, a una organización y a la sociedad en su conjunto, lo que comprende desde un microsistema hasta un macrosistema como es el universo.

Con esta clasificación tampoco los autores están totalmente de acuerdo, en tanto consideran que en el universo todos los sistemas cualesquiera que sean son abierto, y están en indisoluble relación con su medio, que sus fronteras o sus límites sean más definidas es otra cosa, pero todos los sistemas se desarrollan y se modelan en un medio ambiente o entornos que tiene de alguna manera influencia sobre el mismo.

Así por ejemplo un disco duro de una computadora al ser un sistema sellado solo funciona con las influencias externa que de alguna manera en él se conectan, y solo tiene sentido por la acción inteligente del hombre. Un motor de combustión interna como ejemplo de sistema mecánico, solo funciona y cumple los objetivos si se le administra combustible y se hace accionar para que provoque una explosión que mueva sus elementos componente.

Es por lo anterior que los autores no consideran útiles las clasificaciones anteriores y proponen otros parámetros para si se quiere hacer uso de las mismas que facilite su inteligibilidad y así se tiene:

En cuanto a su naturaleza:

- **Sistemas naturales:** biológicos, fisiológicos, ecológicos, sistema solar, sistema atmosférico, etc.
- **Sistemas sociales:** sistema nacional de salud, sistema de educación, sistema eclesiástico, entre otros.
- **Sistema del pensamiento:** sistema e conocimiento, entre otros.
- **Sistemas mixtos:** sistema de actividades, sistema de control, entre otros.

Es así, que se pueden usar múltiples parámetros para la clasificación de los sistemas, en dependencia de la cultura del investigador, sus presupuestos epistemológicos y su intencionalidad, pretender dar una clasificación rígida, estaríamos cayendo al positivismo dogmático que solo permite el estudios de los procesos, objetos y fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento con una areola de objetividad, sin reconocer el carácter objetivo-subjetivo de los mismos.

2.5. El método sistémico estructural funcional como lógica de la investigación científica para ser aplicado en el método clínico.

El Método Sistémico Estructural Funcional expresa la lógica o sucesión de procedimientos seguidos por el investigador en este caso el clínico y los salubristas en la construcción del conocimiento, en consecuencia con la Teoría General de Sistemas. El mismo se conforma en un sistema de

procedimientos e indicaciones que guían este proceso y que si son aplicados conscientemente por los sujetos de acuerdo a la naturaleza del objeto, a los presupuestos epistemológicos, a la hipótesis que elabora y a la diversidad de las tareas que se realizan, permiten la construcción del conocimiento de manera coherente y rigurosa.

En la aplicación del método sistémico estructural para abordar el método clínico se es consecuente con el enfoque de sistema, entendido como una manera de enfrentar un problema de salud-enfermedad en la que se toma una posición que trata de abarcar todos los elementos componentes, que se encuentran en interacción, considerar sus relaciones y los aspectos que se involucran, considerando el problema, la hipótesis, el modelo y el instrumento para la aplicación del modelo como expresiones del todo y los datos, los elementos, las diversas relaciones y los procedimientos del instrumento como expresiones de las partes de esa totalidad.

Se requiere de enfoque integral para ser consecuentes con una lógica científica, porque al utilizar simultáneamente los puntos de vista de diversas disciplinas, se tiende hacia el análisis de la totalidad de los componentes o aspectos estudiados, así como de sus interrelaciones.

La lógica o metodología sistémica estructural funcional para la aplicación del método clínico se desarrolla a través de los eslabones del proceso de investigación, mediante los procedimientos del método, los que se resumen a continuación:

a) Eslabón de la caracterización facta perceptible del proceso (objeto). Determinar la situación (problema de salud-enfermedad) y el objeto, objetivo, campo de acción e hipótesis a partir de los datos.

Este procedimiento está caracterizado por el proceso de abstracción, que realiza el investigador clínico o salubrista del objeto de la realidad, en el que determina la situación que se presenta en el objeto, revelando las discrepancias entre lo que es y lo que debe ser, se cuestiona sobre las causas de la discrepancia, y trata de encontrar respuesta en el diagnóstico causal, en lo tendencial y en los datos teóricos de la caracterización de la situación (el problema y el objeto de investigación), sobre la base del conocimiento establecido y del contexto social y natural, lo que está íntimamente relacionado con un hecho o manifestación externa de la realidad objetiva.

En el proceso de abstracción, la intencionalidad del investigador médico o salubrista se va concretando en la determinación del objetivo y el campo de acción, a la vez que van emergiendo respuestas a interrogantes, suposiciones que poseen determinado grado de fundamentación y con ayuda de las cuales el investigador trata de explicar los hechos identificando componentes, estructuras y relaciones, recurriendo al planteamiento de suposiciones como condición para la construcción y desarrollo del conocimiento, puesto que las conjeturas, suposiciones y argumentos tienen que estar en el núcleo mismo de la hipótesis.

La caracterización del problema y del objeto se conceptualiza a partir de la cultura del investigador médico o salubrista, se discriminan conceptos, se identifican componentes, se establecen relaciones entre conceptos y se precisan categorías que permiten comprender las características del objeto estudiado, para sobre esta base configurar la hipótesis de la investigación.

b) Eslabón de la modelación del objeto y el instrumento (objeto transformado)

b.1. Modelación del objeto.

- **Identificación de los componentes del sistema.**

Se determinan los posibles elementos componentes, identificando las relaciones como un primer acercamiento a la modelación de su estructura. Se identifican los límites entre el sistema y su contexto o medio ambiente, teniendo en consideración que el contexto o medio ambiente tiene un carácter relativo, lo que es establecido según los criterios con que se delimite por el propio investigador clínico y/o salubrista.

- **Determinación de la recursividad y la jerarquía del sistema, caracterizando la estructura y la naturaleza de los componentes y el sistema mismo.**

Se determina si el conjunto de elementos considerados pueden ser identificados por medio de las relaciones de significación dentro de los límites establecidos por el sistema, estas relaciones de significación determinan una organización y le aportan coherencia a los elementos para que puedan ser considerados como componentes del sistema.

Se determinan los niveles estructurales, que reconoce la existencia de una jerarquía de niveles de diferente complejidad, revelando si se manifiestan cualidades, regularidades y leyes específicas, en la relación de que cada nivel inferior esté incluido en el nivel superior y debe considerarse como un elemento componente de éste, lo que se identifica con la recursividad y la jerarquización del sistema.

- **Determinación de las relaciones entre los elementos componentes de la estructura e identificación del objetivo del sistema.**

Se revelan las relaciones entre los elementos componentes y el comportamiento del todo, caracterizando las relaciones, que con carácter esencial se desarrollan en la estructura y permiten explicar el comportamiento del sistema. Se determinan los propósitos u objetivos, que expresan el resultado de la integración de los elementos componentes y las relaciones que entre estos se establecen y determinan la estructura a través de la cual se alcanza el objetivo.

- **Determinación de las funciones del sistema en su relación con la estructura, como primera aproximación.**

A partir de la estructura del sistema se identifican las funciones como manifestación de esta estructura y del objetivo del sistema. Se determinan las funciones, en una primera aproximación, como la expresión externa del significado del sistema, que adquieren los elementos componentes y en sus relaciones determinan el significado alrededor del cual se integran estos, a su vez los elementos componentes le aportan sentido a la estructura como totalidad del sistema, todo lo cual se expresa de forma sintética en las funciones.

A partir de esta primera aproximación a la determinación de la relación estructura función se elabora un modelo previo que tiene que ser sometido a los criterios determinados por las categorías de la Teoría General de Sistemas, como son: sinergia, entropía, homeostasis y Autopoiesis.

- **Determinación de la sinergia del sistema.**

Se identifican las relaciones entre los elementos componentes y con la totalidad, y de ellas emerge la sinergia como cualidad de la totalidad, lo que permitirá valorar la función del sistema como expresión externa de las cualidades de éste. Lo anterior implica corroborar la correspondencia necesaria entre la estructura y las funciones del sistema.

Determinar la sinergia del sistema, revelando las relaciones entre los elementos componentes que la sustentan, significa una regularidad esencial que da cuenta de la propiedad fundamental del sistema y por tanto constituye parte del modelo.

- **Determinación de la entropía y la homeostasis del sistema.**

Se determina la tendencia al orden o al desorden en los elementos componentes del sistema como transformación en el tiempo, a partir de los intercambios que se producen en el proceso y que son expresados en el modelo. Tanto por las influencias externas como por las relaciones internas en el sistema se producen transformaciones hacia el desorden o hacia el orden que se identifican en las relaciones entre los elementos componentes causantes del aumento o disminución de la entropía.

Se identifica el equilibrio dinámico en el sistema, a través de los elementos componentes que propician este equilibrio y permiten una manifestación estable de ese sistema. Significa que cuando se produce la homeostasis del sistema se mantiene un nivel equivalente entre la entrada y la salida de influencias sobre el proceso.

Hay que determinar la relación dialéctica entre la entropía y la homeostasis como tendencias contradictorias que determinan la autorregulación del sistema. Determinar la entropía y la homeostasis del sistema, revelando las relaciones entre los elementos componentes que las sustentan y las relaciones entre ellas, significa revelar regularidades esenciales que se expresan en la totalidad del sistema y por tanto, constituyen parte del modelo.

- **Identificación de la Autopoiesis del sistema.**

Se identifican los elementos componentes que en su relación contradictoria tienden al autodesarrollo del sistema, lo que implica que el mismo revele ciertos niveles de autonomía propia, independiente de quienes lo crearon y de los sujetos que hacen realidad el proceso.

Determinar la Autopoiesis del sistema, revelando las relaciones entre los elementos componentes que lo sustentan, significa una regularidad esencial que se expresa en la totalidad del sistema y por tanto constituye parte del modelo.

- **Determinación del modelo definitivo.**

Una vez establecidas las regularidades del sistemas, se modela definitivamente el sistema, teniendo en cuentas las relaciones integradoras entre los elementos componentes, contentivas de las categorías sinergia, entropía, homeostasis y Autopoiesis. El modelo sistémico del objeto (proceso) queda constituido por el sistema de regularidades, la estructura y las funciones, donde las regularidades dan cuenta de la coherencia entre la estructura y las funciones del sistema.

b.2. Modelación del instrumento.

- **Determinación del tipo de instrumento a partir del objeto transformado.**

A partir del modelo del objeto transformado, se determina el tipo de instrumento más adecuado para su aplicación en la realidad objetiva, que debe ser coherente con las categorías del método sistémico estructural.

- **Determinación de los métodos y procedimientos.**

Se determinan los diversos procedimientos según las regularidades del modelo elaborado y en correspondencias con las categorías sistémicas. Los procedimientos tienen que secuenciarse para que sean reveladores de una lógica dinámica de actuación de los sujetos encargados de su aplicación, en la que se tenga en cuenta las relaciones con el contexto y el condicionamiento histórico, además de la naturaleza del objeto y de los sujetos que lo aplican.

- **Determinación de la integralidad del instrumento.**

Se valora la coherencia de los procedimientos en la búsqueda de una integralidad como sistema, así como la armonía interna de la lógica de los procedimientos.

c) Eslabón de la aplicación del instrumento.

En este eslabón se desarrollan tres alternativas, cuya selección dependerá de la intencionalidad científica del investigador médico y salubrista: la corroboración, la ejemplificación y la aplicación total del instrumento.

En todos los casos se tendrá en consideración, además de los procedimientos del instrumento, las categorías sistémicas o de la Teoría General de Sistemas. La mayor expresión de la concreción de la transformación cualitativa del objeto de investigación se alcanza cuando es valorada la Autopoiesis del sistema.

Veamos ahora una ejemplificación donde se aplica la TGS y el Método SEF en la comprensión, explicación e interpretación desde la observación sobre el proceso de formación en el profesional de la salud relacionado con el método clínico.

- **Gestión del proceso de formación socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en relación al método clínico:**

Se aborda la gestión socio-humanista-asistencial para la formación del profesional de la salud en su relación con el método clínico desde la mirada sistémico estructural funcional, por los que se es consecuente con sus premisas y categorías. En tal sentido se parte de que los sistemas existen dentro de un sistema, que los sistemas son abiertos, y que las funciones de un sistema se relacionan con su estructura (Fuentes, H-2008).

Partiendo de lo anterior se considera la **gestión** socio-humanista-asistencial-formativa mediada por el método clínico como un **sistema**, por ser un conjunto de procesos de gestión para: la pertinencia, la optimización, el impacto y la existencia, (gestión para: pregrado, postgrado, investigación y extensión), así como para (lo docente, lo clínico-asistencial, lo científico investigativo y lo administrativo); (lo curricular y lo extracurricular); relacionados todos entre si por alguna forma de interacción, pero que se identifican con su propia independencia y coherencia, lo que se adquiere de los componentes en su relación, aportándole sentido y significado al proceso formativo como una totalidad.

La **estructura** del proceso de gestión que se investigó y se muestra como ejemplo está dado por el conjunto de elementos que se identifican por las relaciones de significación dentro de límites establecidos, las que determinan una organización aportándose coherencia entre los elementos componentes, estos componentes que estructuran el sistema de gestión socio-humanista-asistencial mediado por el método clínico para el proceso de formación del médico y demás profesionales de la salud se identifican con los procesos de gestión para la: **pertinencia, optimización e impacto** que son: **el pregrado, el postgrado, la investigación y la extensión**.

Es desde lo anterior que en el **marco de las cualidades de gestión** han de desarrollarse los procesos de pregrado, postgrado, investigación y extensión para la formación del médico y demás profesionales de la salud, que desde lo sistémico estructural funcional son los componentes que condicionan la estructura del proceso de gestión estudiado como una totalidad del sistema.

En cuanto **al entorno, contexto y medio ambiente**, está relacionado en el caso de esta investigación con los límites donde se desarrolle la gestión socio-humanista-asistencial formativa mediada por el método clínico, teniendo en cuenta los aspectos también axiológico universales en el contexto, tiene un carácter relativo, delimitado en dependencia de las condiciones histórico social concretas, que puede ser el espacio de universalización y municipalización, la institución formadora, la comunidad entre otros.

En cuanto a los **propósitos u objetivo** del sistema de gestión socio-humanista-asistencial-formativa mediado por el método clínico en su totalidad se definen con: la preparación de profesionales salubristas desde el proceso formativo inicial, mediante el desarrollo de una cultura clínica y de salud, donde incorporen conocimientos, habilidades, valores y valoraciones que le permitan desempeñarse con competencias profesionales y humanas en la comunidad, dada en la prevención, promoción, curación y rehabilitación para satisfacer las demandas que emanan de la sociedad, pero donde se desarrollen todos los implicados en el proceso. Lo anterior condiciona las funciones de cada uno de los componentes que se delimitan como sigue:

- **El pregrado tiene la función de gestionar la formación de profesionales** (Médicos, Enfermeras, Tecnólogos, Psicólogos y Estomatólogos) con habilidades, conocimientos, valores y valoraciones que le permitan desempeñarse en el logro de un estado saludable y ha de basarse en un modelo pedagógico que sustenta la formación de un profesional de amplio perfil, versátil; portador de elevados compromisos profesionales y sociales, con plena conciencia sobre sus deberes y responsabilidades ciudadanas y que, a partir de una profunda formación teórica, de una amplia cultura científica, técnica y humanista, y del desarrollo y sistematización de la prevención, promoción, curación y rehabilitación sea capaz de resolver de manera independiente y creadora, los problemas básicos, más comunes y cotidianos, que se presenten en su perfil ocupacional en relación a cualquier problema de salud-enfermedad, desde el mismo inicio de su inserción en el proceso formativo y mediante diferentes formas de intervención social mediado todo por el método clínico.
- **Proceso de formación profesional de postgrado**, tiene como función gestionar la formación de especialista (ej. geriatría y gerontología), máster (ej. longevidad satisfactoria) como específico de la cultura, además de cursos, diplomados y adiestramiento para la apropiación de diferentes cultura; pero también que estos especialistas con cuya cultura influyan en satisfacer las demandas de salud de la sociedad, mediado todo por el método clínico. Pues el proceso salud-enfermedad de la población está relacionado con cualquier especialidad y cultura de las ciencias médicas, máxime si se asume como una totalidad en el propio desarrollo humano y con una visión dialógica, hologramática e hipercompleja pero que demanda de una apropiación social de dicha cultura. Por otro lado condicionar que en un mismo espacio-tiempo en que se desarrolle el proceso se forman todos los implicados.
- **Proceso de investigación y de servicios científico-técnicos**, está destinado a gestionar la transformación y desarrollo de la cultura clínica y salubrista, también en todos los implicados, tanto en la formación del propio profesional médico y de la salud como con la formación y educación de la comunidad mediante las intervenciones educativas, todo lo cual ha de ser mediado por el método clínico.

La gestión para investigación científica mediada por el método clínico tiene un importante papel en la formación del profesional del médico y del profesional de la salud y de la sociedad en general. En primer lugar, tiene la misión de incidir de forma efectiva en el desarrollo mediante su contribución al proceso de creación científica e innovación tecnológica, como consecuencia de los efectos y repercusión que está teniendo lugar en el mundo, por la llamada revolución del conocimiento, con la participación de todos los implicados.

Pero este no puede ser solo para el postgrado sino también para todos los demás procesos que configuran la totalidad del mismo, lo que implica gestionar la investigación mediada por el método clínico en el pregrado, el postgrado y en la extensión, pero en relación al contexto donde se desarrolle, donde las investigaciones partan de los problemas de salud y enfermedad y potencialidades del contexto en vínculo con lo universal, dándole una significación humanístico cultural.

- **Proceso de extensión a la comunidad**, se gestiona la proyección y la difusión de la cultura médica y salubrista mediante vías diferente pero centrada en el método clínico, donde una de ella es las intervenciones educativas, otro puede ser la internacionalización de la universidad, en las formas de hacer los procesos de la universidad latinoamericana de medicina.

La extensión aquí tiene la función de interrelacionar dicha formación y la sociedad, que tiene el propósito de promover la cultura médica y salubrista a la comunidad universitaria y extrauniversitaria, para contribuir a su desarrollo socio-cultural. Se da en el vínculo cuyo fin es la difusión de la cultura; es decir, en aquel en que se establece la relación, entre la cultura referida y la elevación del nivel cultural de la sociedad en general, a través de la función extensionista.

La extensión como función-gestión y como proceso universitario se orienta en su proyección hacia tres direcciones estratégicas: **la intrauniversitaria, la interuniversitaria y la**

extrauniversitaria, las que definen las líneas fundamentales de atención en correspondencia con la satisfacción de las necesidades de elevación del desarrollo cultural de la comunidad universitaria y la de su entorno, sin separarse de sus valores y costumbre, resultados que como factor de calidad de la educación superior determinan en la relevancia de la misma.

La extensión como proceso-gestión de la formación en su totalidad implica a toda su estructura y recursos humanos, requiere de una estrecha coordinación de los factores externos e internos que participan en el cumplimiento de los objetivos propuestos, y debe desarrollarse desde la perspectiva del beneficiario por medio de actividades, acciones tareas, y de la integración de estas en los “Proyectos de Extensión Universitaria”, comprometidos, flexible y amoroso con el contexto para que pueda trascender, los que siempre estarán precedidos del diagnóstico de la realidad y de la identificación del problema o las tendencias de desarrollo.

Todo lo anterior condiciona reajustes constantes en el carácter formativo que pueda y ha de tener la salud como totalidad cultural, lo que determina entonces su entropía, la negaentropía (premisas y requisitos) y su hemopoyesis.

La **entropía** de la gestión socio-humanista-asistencial-formativa del profesional de la salud mediada por el método clínico, considerada como la tendencia al desorden y a la desintegración del **sistema-gestión**, va a estar dada por aquellas **premisas** que obstaculicen el proceso y que son independientemente de la conciencia del hombre, sobre las cuales, han de determinar **requisitos** que inhiban estas condiciones y que constituye entonces la **negaentropía** lo que condicione un equilibrio dinámico entre los procesos que la componen (pregrado, postgrado, investigación y extensión) con el fin de alcanzar la estabilidad interna ante los cambios externos, lo anterior se identifica entonces con la **homeostasis del proceso de gestión socio-humanista-asistencial-formativa mediada por el método clínico**.

La **sinergia** de la gestión socio-socio-humanista-asistencial-formativa mediada por el método clínico está dada en la facultad que tiene el proceso en su totalidad de potencializarse a través de la adquisición de nuevas cualidades dadas por la interrelación que se entablese entre la gestión para: el pregrado, el postgrado, la investigación y la extensión en relación al contexto donde se desarrolla, la que se potencializa además con gestiones para lo docente, lo asistencial, y lo administrativo junto a gestiones para la creación de competencias humanas y profesionales para la formación.

La **recursividad** de la gestión socio-humanista-asistencial-formativa mediada por el método clínico, está dado en que la gestión para estos fines se considera un subsistema de otra totalidad (universidad medica), que en este caso es la formación del profesional médico y de la salud en toda su extensión, pero a la vez la gestión tiene otros subsistemas que son los procesos de gestión para la formación en él: pregrado, postgrado investigación y extensión; donde cada uno visto como totalidad está integrado por elementos componentes que pueden ser también considerados como subsistemas estos son: **lo docente, lo asistencial, lo científico investigativo y lo gerencial (Gerencia, Dirección) y Evaluación**; pero más interno y esencial aun, son los procesos en el caso que ocupa constituyen habilidades que han de desarrollar los profesionales de la salud y que se identifican aquí como la gestión para: la prevención, la promoción, la curación y la rehabilitación de la salud.

La **Autopoiesis** de la gestión socio-humanista-asistencial-formativa mediada por el método clínico está dada en su independencia según el contexto histórico social en que se vaya a desarrollar el proceso formativo, dependiendo también de los presupuestos teóricos de los sujetos que la desarrollen, lo que le da autonomía e independencia, o sea, la gestión que abordamos se genera en sí misma, adquiriendo un carácter propio y singular, permitiendo en tal sentido su compromiso con el contexto y su flexibilidad teórica para tenerse en cuenta en otros contextos y pueda ser entonces trascendente.

Hasta aquí se ha reconsiderado teóricamente la gestión socio-humanista-asistencial-formativa mediada por el método clínico, pero gestionar esta formación en la educación superior sólo es posible si también se gestiona su didáctica, la cual asumiendo los referentes teóricos y epistemológicos del centro de estudio referido está constituida por los eslabones de **diseño, dinámica, resultado y evaluación** (Homero Fuentes-2009).

Con lo anterior no se pretende mostrar un estudio completo y definitorio, sino un acercamiento de los atores mientras realizaban una investigación sobre los procesos formativos del profesional de la salud; que si bien no es un resultado acabado permite una ejemplificación de cómo se interpretan las categorías de la TGS en un proceso determinado.

2.6. Fundamentos de la Teoría Holístico Configuracional para las investigaciones medida por el método clínico.

La necesidad de sistematizar teóricamente múltiples procesos de investigación, ha conducido a autores e investigadores como Fuentes H. y Montoya J- (2000-2009) configurar una perspectiva epistemológica, teórica y praxiológica basada en un enfoque holístico de los objetos, proceso y fenómenos, de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento. Este enfoque se erige sobre la aplicación de determinados presupuestos epistemológicos y criterios acerca de los objetos de estudio de las Ciencias.

En correspondencia con lo anterior, la teoría que se expone incorpora una concepción de proceso que revela el carácter constructivo y de desarrollo humano de los procesos, objeto y fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento; el papel activo, consciente y participativo de los sujetos implicados, en un contexto interactivo, donde la comunicación, la motivación, la relación entre lo individual y lo social, lo reflexivo y constructivo, constituyen sustentos fundamentales en la apertura de espacios al respeto, la confiabilidad, la responsabilidad y el papel que desempeñan los sujetos implicados.

La Teoría Holístico Configuracional, constituye una aproximación epistemológica, teórica y metodológica a los procesos objetos o fenómenos que se investiguen, interpretados como un proceso de desarrollo humano, constituyendo momentos de construcción de significados y sentidos entre los sujetos implicados en la investigación que puede ser aplicada al método clínico.

Los procesos, objetos y fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento como son los problemas de salud-enfermedad se desarrollan en el tiempo y el espacio a través de una sucesión de eventos, los que, constituyen realidad objetiva.

Los procesos socio-humanista-asistenciales y el propio método clínico se modelan entonces como sistemas de procesos conscientes, lo que implica reconocerles su naturaleza compleja, holística y dialéctica, ello identifica el sustento epistemológico de los autores.

A ello se adiciona el hecho de que al ser estos entendidos como sistemas de procesos objetivos-subjetivos, se estructuran de diversas formas en el curso de su desarrollo, se manifiestan en la actividad y en la comunicación entre los sujetos implicados, así como que se configuran a través de las relaciones de significación que en los mismos se producen.

Lo anterior determina que la interpretación de las regularidades que los caracterizan, requiera de métodos y enfoques que respeten las estructuras de relaciones que emergen en los mismos.

Las Ciencias médicas, salubrista y el método clínico en sí mismo se pueden configurar entonces para su comprensión, explicación e interpretación desde la observación y por tanto para su inteligibilidad, sobre la base de las relaciones de significación y su objeto lo constituyen los procesos que de modo consciente se desarrollan en la sociedad a través de las relaciones de carácter social entre los sujetos implicados, y en los cuales se preserva, se desarrolla y difunde la cultura acumulada por la humanidad y se da solución a las necesidades de salud de la propia sociedad.

La Teoría Holístico Configuracional sitúa su marco de referencia general en la Teoría Dialéctica Materialista y en la Concepción Epistemológica de los Procesos Sociales que reconoce estos como procesos de carácter conscientes, mediados por la comunicación entre los sujetos implicados en la construcción de significados y sentidos, desde donde la consideración de procesos conscientes lleva a interpretarlos como proceso de naturaleza compleja, dialéctica y holística.

El proceso es consciente no sólo por la presencia del sujeto como esencia del mismo, sino porque éste actúa en un sistema de relaciones sobre la base de representaciones conscientes que determinan su papel en dicho sistema, expresado en la intencionalidad, consciencia y actitud que estos asumen consigo mismo y con los sujetos con que interactúan, con su autorregulación, su formación y desarrollo o su participación en el proyecto social.

También son conscientes porque a través de sus métodos y estrategias, se propicia el compromiso y la responsabilidad de los sujetos con el desarrollo y transformación individual y social, propiciando además que se tracen nuevas metas.

Son procesos de esta naturaleza aquellos que desarrollan los sujetos de forma auténtica como es el método clínico, como realidad objetiva concreta y sobre su experiencia personal, es decir, en su vida tal como es sentida y experimentada en un mundo de significados y sentidos, algunos de estos son: los de intencionalidad, elección y autodeterminación, los procesos creadores, los de autorrealización, los procesos de gestión y constructivos, así como toda la gama de actividades y sentimientos humanos.

Esta consideración orienta a las Ciencias para los estudios socio-humanista-asistencial mediado por el método clínico, hacia la búsqueda de métodos y estrategias que promuevan la concienciación de los profesionales médicos y de la salud en su progreso y desarrollo social-humanista-asistencial, favoreciendo una apropiación y transformación activa, constructiva y creadora de la cultura médica y salubrista, propiciando el desarrollo de su auto-perfeccionamiento constante, de su autonomía y autodeterminación en íntima interrelación con los necesarios procesos de socialización, compromiso y responsabilidad social ante los aspectos de la salud y la enfermedad.

Se trata de un proceso que promueva el desarrollo integral del médico y demás profesionales de la salud, que posibilite su participación responsable y creadora en la vida social relacionado con los aspectos médicos y salubristas, y su crecimiento permanente como persona comprometida con su propio bienestar y el de los demás. Este reconocimiento lleva, como se aprecia, a considerar el carácter holístico, complejo, dialéctico y configuracional del método clínico.

El método clínico es un proceso holístico, es decir, totalizador, multidimensional, donde se interrelacionan procesos de diversas direcciones; como es comunicarse, con la intervención de factores propios de la condición bio-pisico-social-espiritual de los sujetos implicados, que lo hacen particulares y diversos. Además, dichos procesos se amplían a las relaciones con otros sujetos, a los restantes procesos sociales, a nivel de la familia, de la comunidad, de la sociedad y a las condiciones históricas, contextuales y materiales en que este se desarrolla, en el ámbito de la cultura. Cada uno de sus eventos expresan a los que les han antecedido y se manifestarán en los que le sucederán, siendo por tanto, cada uno de éstos expresión de las cualidades del todo.

Todos estos aspectos y rasgos del proceso se integran en una compleja totalidad inseparable en su esencia que conduce a la consideración del carácter configuracional del mismo.

El carácter complejo del método clínico se evidencia por los múltiples movimientos y transformaciones que se suscitan en su desarrollo y dan cuenta de las cualidades del proceso como un todo, y que en su integración determinan el comportamiento del mismo.

El carácter dialéctico de dicho método implica reconocer lo contradictorio de las relaciones que en éste se producen y que constituyen su fuente de desarrollo y transformación y hacen de éstas la base del estudio de la realidad objetiva.

Lo configuracional, porque desde el punto de vista cognoscitivo, es identificar el proceso, sus partes o aspectos con una configuración determinada, como resultado de su interpretación en diferentes niveles de esencialidad, cualitativamente superiores y en desarrollo, a través de revelar rasgos, cualidades, relaciones que permiten expresar la naturaleza contradictoria, compleja, irregular y diferenciada del proceso.

En todos los procesos socio-humanista-asistenciales mediados por el método clínico y en su propia interpretación, tienen lugar diversas contradicciones que deben ser asumidas por los sujetos implicados. De hecho su carácter objetivo se desarrolla simultáneamente con un profundo sentido personal y subjetivo para los sujetos implicados, lo cual no se puede separar de su valor social. Son procesos donde dialécticamente se relacionan, entre otros: lo individual y lo social; la gestión y el desarrollo, lo objetivo y lo subjetivo, lo cognitivo, lo axiológico y lo afectivo; lo externo y lo interno, lo intersubjetivo y lo intrasubjetivo; la regulación externa y la autorregulación. Todas expresadas en innumerables formas que no son ajenas a la voluntad y actitud de los sujetos y grupos humanos, condicionando los avances y retrocesos de los procesos.

La concepción dialéctica para abordar el método clínico como una totalidad, frente a la cual se reconoce lo particular, lo singular de los hechos, como abstracciones en un tiempo y un espacio,

determina una lógica y un método dialéctico y holístico para construir una representación de estos, basada en sus contradicciones, en la cual, lo más importante es partir de los cambios cuantitativos que conducen a cualitativos, de las relaciones contradictorias, de las tendencias de los procesos, de las interacciones de todos los aspectos de la totalidad que se construye y reconstruye en un proceso en constante desarrollo.

Los procesos socio-humanista asistenciales medico y de salud así como su propia investigación mediado por el métodos clínico, no son hechos estáticos, predeterminados de por sí, sino que se desarrollan en el espacio y el tiempo; se van construyendo paulatinamente por los sujetos implicados, entonces siendo así, el proceso que se vaya a estudiar, interpretar y por tanto a investigar, puede ser entendido como un proceso que se configura en su propio desarrollo, es decir, va revelando nuevos rasgos y cualidades que son síntesis de relaciones dinámicas que pueden subjetivarse en virtud y a través de los sentidos que las mismas adquieren. De esta manera, el desarrollo de las potencialidades de esta realidad social dependerá esencialmente de la acción de sus protagonistas, quienes constituyen lo determinante en la configuración del proceso.

En el desarrollo de los procesos socio-humanistas-asistenciales mediado por el método clínico, las relaciones dialécticas que se establecen son capaces de integrarse formando relaciones de significación que al sintetizarse se constituyen, no en partes o agregados de la totalidad, sino en expresiones de ésta. Estas relaciones dialécticas que se dan en cada proceso configuran rasgos, cualidades y estructuras de relaciones, que explican formas particulares de sucesión en los movimientos del proceso, como lógica interna del mismo, donde se van integrando las diferentes síntesis que, en su organización necesaria, definen la relevancia de cada relación para el proceso estudiado.

Considerar el carácter configuracional del método clínico significa comprenderlo como totalidad compleja y en desarrollo, a partir del estudio de sus expresiones (como diferentes niveles de síntesis de las relaciones que se dan en su interior), y consecuentemente modelarla, intentando desentrañar:

- Los rasgos que caracterizan el proceso y lo identifican como tal.
- Las cualidades del proceso como resultado de movimientos y transformaciones.
- Las relaciones dialécticas entre los rasgos o entre las cualidades, que revelan nuevos significados y que caracterizan el movimiento del proceso.
- La relaciones dialécticas entre estos nuevos significados y que determinan la sucesión de movimientos en el proceso.
- La estructura de relaciones, como sistema de regularidades, que expresan el movimiento interior del proceso, su dinámica y transformación. Esto se hará sobre la base de una contextualización que no pierda de vista los procesos concomitantes.
- La forma particular del movimiento del proceso que entraña una sucesión de movimientos por los que transita el mismo y se manifiesta en su lógica.

De lo anterior se puede inferir que toda síntesis de relaciones dialécticas, esto es, toda expresión de la totalidad que se revela como propiedad, cualidad o atributo del proceso, constituye una configuración de orden superior. Es el concepto de configuración, por tanto, el que deviene en la categoría base de la Teoría Holístico Configuracional y su metodología dialéctico holística de esencia hermenéutica para ser asumida en la inteligibilidad del método clínica.

Ahora bien, aunque el metodo clínico como proceso es entendido como totalidad inseparable en su esencia, por la complejidad, diversidad y dialéctica de los ámbitos comprometidos es imposible aprenderlo como tal. Esto determina que para su estudio siempre se recurre a la abstracción de sus movimientos y transformaciones como dimensiones, pero siguiendo el enfoque hermenéutico-dialéctico del conocimiento, lo que representa un movimiento ascendente que va del todo a los aspectos considerados y de estos nuevamente al todo, pero a un nivel superior, donde el regreso al todo se expresa en la nueva configuración, como síntesis.

El método clínico es un proceso donde se impone la consideración de no reducir su estudio al desmembramiento de sus partes, sino ampliarlo al establecimiento de nexos entre expresiones de su

totalidad y a la adopción de una postura holística y dialéctica frente a las transformaciones y movimientos. Es decir, emprender el estudio de un proceso socio-humanista-asistencial mediado por el método clínico desde una perspectiva desarrolladora requiere de un enfoque holístico, histórico y contextualizado que, partiendo de los eventos a través de los cuales este proceso se construye y desarrolla, trascienda a la investigación de sus vínculos e interdependencias con otros sistemas implicados.

2.7. Principios de la Teoría Holístico Configuracional que son aplicables a las investigaciones mediadas por el método clínico.

Asumir en calidad de presupuestos el carácter consciente, holístico, complejo y dialéctico, de los objetos, procesos y fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento y por tanto de los fenómenos de salud-enfermedad conlleva a interpretar la realidad objetiva de manera diferente y ello requiere de principios que sistematicen dichas consideraciones e ideas, por lo que en consecuencia se asumen como Principios de la Teoría Holístico Configuracional los siguientes:

- a. Reconocer el carácter consciente, lleva a considerar que el desarrollo de las potencialidades de la realidad social relacionada con la salud-enfermedad y del propio método clínico dependerá esencialmente de la acción de los sujetos implicados en el proceso, lo que se expresa como el Principio del Carácter Consciente, el que se enuncia:

Principio del Carácter Consciente, es reconocer el papel protagónico, comprometido y decisivo de los sujetos en el proceso, como realidad social para abordar los problemas de la salud-enfermedad, para su transformación y la del proceso.

- b. La consideración del carácter totalizador del proceso salud-enfermedad mediado por el método clínico impone la asunción de un enfoque holístico en la comprensión, explicación e interpretación de dichos procesos que se enuncia como:

Principio de la Totalidad. Es comprender e interactuar con el proceso salud-enfermedad como una totalidad, sin reducirlo a sus partes integrantes, sino por medio de sucesivas síntesis que expresen sus rasgos, cualidades y relaciones emergentes, las cuales toman su significación de esa totalidad. Fuentes, H. Álvarez, I. Matos, E. (2004). La Teoría Holístico – Configuracional en los procesos sociales. CeeS. “Manuel F. Gran”, Universidad de Oriente. Santiago de Cuba.

- c. Considerar el carácter complejo de los procesos salud-enfermedad mediado por el método clínico, impone la necesidad de dialogar con la riqueza y multidimensionalidad de los procesos, que se enuncia como:

Principio de la Complejidad, el cual se comprende como la multidimensionalidad de los procesos, a través de un pensamiento transdisciplinar que acepte la existencia de significados profundos, sometidos a diversas influencias y compartidos desde diversas disciplinas, que pueden transitar de unas a otras estimulando la aparición de ideas nuevas y propiciando su desarrollo.

- d. Reconocer el carácter dialéctico de los procesos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento relacionado con la salud-enfermedad a través del método clínico lleva a la adopción de un enfoque dialéctico, que es consecuente con:

El Principio de las Contradicciones Dialécticas. El cual implica reconocer la relevancia de las contradicciones dialécticas; entendidas como una relación entre los procesos y fenómenos, expresada en las relaciones contradictorias entre el todo y las partes, entre ellas y entre las expresiones del todo y las partes, dinamizando su desarrollo.

- e. Interpretar la realidad con un carácter configuracional implica adoptar una postura constructiva y hermenéutica en el estudio e investigación de los objetos (procesos) mediado por el método clínico, lo que desde el punto de vista cognoscitivo significa expresar éste a través de diferentes niveles de esencialidad de su interpretación. Por lo anterior, configurar un proceso es a su vez un proceso constructivo, interpretativo, y no determinista, que debe

expresar la naturaleza contradictoria, holística, compleja, dinámica, irregular y diferenciada del proceso estudiado, lo que se deriva de:

Principio del Carácter Configuracional, dado en reconocer en el proceso de salud enfermedad mediado por el método clínico, niveles de esencialidad, cualitativamente superiores y en desarrollo, a través de revelar rasgos, cualidades, relaciones y regularidades que permitan expresar la naturaleza contradictoria, compleja, irregular y diferenciada del proceso estudiado.

- f. Reconocer la infinitud de conocimiento humano, expresando este en categorías, regularidades, leyes y teorías que admitan su continuo desarrollo y profundización en un camino infinito en la construcción del conocimiento médico clínico y salubrista, es enunciar el: **Principio de la Infinitud del Conocimiento**, en asumir la infinitud del conocimiento y el papel de nuestras representaciones y significados como aproximaciones sucesivas a la realidad, en el camino de construcción teórica, como configuraciones relativamente verdaderas condicionadas por determinado nivel de desarrollo del conocimiento y de la práctica humana, en un contexto histórico social.

2.8. Sistema de categorías de la Teoría Holístico Configuracional como alternativa en las investigaciones mediada por el método clínico.

Para poder expresar las consideraciones hechas anteriormente sobre los procesos salud enfermedad y su interpretación con el uso del método clínico, se requiere abordar el sistema de categorías que condiciona la Teoría Holística Configuracional las que permiten configurar al nivel de lo concreto pensado la estructura de relaciones que dé cuenta de la esencia dinámica de estos procesos, constituyéndose en una propuesta teórica para sustentar científicamente la comprensión de los procesos salud-enfermedad y por ende, la solución de los mismos, mediado por el Método Clínico.

Esas categorías que son a su vez las que tipifican la Teoría Holístico Configuracional de Homero Fuentes y colaboradores son las siguientes:

- Configuraciones del proceso.
- Dimensiones del proceso.
- Eslabones del proceso.
- Estructura de relaciones.
- Eje integrador.

- **Las configuraciones del proceso.**

Por configuración de los procesos de salud-enfermedad vista desde el método clínico, se entiende aquellos rasgos (conceptuales) y cualidades, que en tanto expresiones dinámicas de los mismos, al relacionarse dialécticamente con otras de la misma naturaleza, se integran en un todo que va adquiriendo niveles cualitativamente superiores de interpretación, más esenciales y que constituyen a su vez configuraciones de orden superior.

Las configuraciones constituyen una expresión subjetiva de la realidad objetiva, cuyo fundamento en última instancia está en las propias regularidades objetivas de esa realidad estudiada, que al ser construidas en el sujeto médicos o salubrista y ser empleadas conscientemente por éstos, permite la interpretación y transformación de esa realidad.

La categoría configuración abarca dos conceptos que requieren ser diferenciados: el rasgo y la cualidad.

- **El rasgo:** identifica al proceso salud enfermedad mediado por el método clínico y da cuenta de las características, tanto externas y primarias, como las más esenciales del mismo.

- **La cualidad:** es entendida como expresión del resultado de un movimiento o transformación que se ha suscitado en el proceso referido, que también permite caracterizar éste, pero que se constituye en una expresión más esencial del mismo.

Lo que en un momento del proceso del conocimiento se considera como un rasgo externo del objeto (proceso salud-enfermedad) también es resultado de una transformación o movimiento anterior que se ha producido en el proceso, pero se presenta como propiedad conceptualizada, como un conocimiento explícito o tácito. Inherente al carácter configuracional del proceso está lo dinámico, lo constructivo, lo procesal, de manera que las configuraciones no existen como un hecho estático, no son un componente, se construyen en su dinámica a través de las relaciones que en éste se establecen.

De acuerdo a esta concepción, las configuraciones que permiten identificar (caracterizar externamente) un proceso de salud-enfermedad mediado por el método clínico, constituyen rasgos que especifican el proceso considerado y lo distinguen de otros procesos. Un ejemplo de ello pueden ser configuraciones como un problema, el objeto, el objetivo, el campo de acción, una hipótesis, entre otras y con las cuales se determina la especificidad de un proceso de investigación concreto mediado por el método clínico, identificándolos de otros procesos.

Las cualidades como configuraciones son resultados de movimientos internos en el proceso y pueden ser pertinentes, óptimas, relevantes, contextualizado, como algunos ejemplos. Siempre constituyen una cualificación de dicho proceso y son consideradas de orden superior, al expresar el resultado de movimientos y transformaciones en el proceso.

- **Dimensiones del proceso**

Son las categorías que expresan el movimiento y transformación del proceso salud-enfermedad, mediado por el método clínico y como resultado de estos, en el mismo se desarrollan cualidades. Las transformaciones se expresan mediante las dimensiones y el resultado de las transformaciones por las cualidades constituye un nivel más esencial de interpretación.

Las dimensiones se expresan mediante la relación entre configuraciones, como rasgos que en su relación dialéctica dan significación y sentido al proceso, pero igualmente, diferentes dimensiones que expresan movimientos coexistentes, se relacionan dialécticamente y con ello se revela la existencia de nuevas transformaciones, con lo que se va construyendo un conocimiento cada vez más esencial del proceso. Esta consideración permite comprender cómo la Teoría Holístico Configuracional es consecuente con el carácter infinito de la construcción del conocimiento sobre la realidad objetiva y el autodesarrollo de la conciencia de los sujetos en ese mismo proceso.

Las dimensiones pueden dar cuenta de cualidades del proceso como totalidad, como son, en el caso del proceso de investigación científica mediada por el método clínico las dimensiones constructiva de la investigación en la que se produce la construcción del nuevo conocimiento como transformación y la dimensión de la gestión de la investigación, o de cualidades referidas a algunos de los estadios por los que atraviesa el proceso, como son las dimensiones inherentes a la caracterización del problema y el objeto, abstracción del objeto, el campo y la hipótesis, entre otras.

Por el carácter complejo y multidimensional del proceso salud-enfermedad y el propio método clínico, su estudio lleva a la identificación de múltiples dimensiones, lo que a su vez implica precisar el tipo de relaciones que se establecen entre éstas. En tal sentido se significa que las relaciones entre las dimensiones pueden ser de coexistencia o sucesión.

Cuando son relaciones de coexistencia, como se señaló anteriormente, pueden revelar nuevas cualidades más esenciales, que se constituyen en configuraciones de orden superior, propiciando nuevos significados y sentidos para los sujetos implicados.

Las relaciones de sucesión entre dimensiones expresan como el proceso se transforma en el tiempo y con ello su lógica interna, comprendida como esencia de la sucesión del movimiento y transformación de la construcción del conocimiento, ello se expresa en la Teoría Holístico Configuracional por medio de los eslabones de dicho proceso.

- **Eslabones del proceso.**

Los eslabones son las categorías que expresan los complejos estadios por los que transita el proceso de salud-enfermedad y el método clínico, que expresan su lógica interna, esto es, la sucesión de movimientos y transformaciones que en el mismo se suceden. Se diferencian entre sí por las características del quehacer de los sujetos en los diferentes momentos, pero a la vez, por la naturaleza holística y dialéctica del proceso del cual forman parte, se integran y condicionan dinámicamente.

Los eslabones constituyen una modelación de la secuencia de estadios por los que atraviesa el proceso salud-enfermedad y el método clínico en su desarrollo, en los que se revelan las dimensiones del proceso. Al interior de los eslabones pueden distinguirse subeslabones que representan el movimiento interno de cada eslabón y por lo tanto la lógica interna de estos. Por lo dicho, los eslabones expresan una relación temporal, es decir, un determinado orden o secuencia en el accionar y las implicaciones de los sujetos del proceso.

En el caso del proceso de investigación mediado por el método clínico, logran distinguirse los eslabones de caracterización facto-perceptible del proceso, (objeto de investigación), construcción teórica del proceso (objeto transformado) y corroboración de la construcción teórica y la aplicación para la transformación del objeto, dentro de los cuales existen subeslabones.

Al interior de cada uno de los eslabones, y más aún en los subeslabones que los integran, se dan las dimensiones y en estas las relaciones entre configuraciones, revelándose en el proceso del conocimiento nuevas relaciones entre configuraciones y entre dimensiones.

- **Estructura de relaciones.**

En la Teoría Holístico Configuracional la estructura de relaciones es una categoría esencial que permite abordar los procesos de salud-enfermedad mediado en el método clínico, porque a través de ella se expresan las regularidades que permiten comprender los movimientos y transformaciones del proceso y con ello interpretar y predecir su comportamiento.

Constituye lo concreto pensado, sintetizando la abstracción que expresa el comportamiento de la totalidad. Revelar las relaciones esenciales y estables que se dan al interior del proceso y que explicitan su comportamiento, es, desde el punto de vista teórico, el mayor nivel en el proceso del conocimiento.

A través de la formulación de regularidades se explicitan los nexos esenciales y estables capaces de explicar el comportamiento del proceso o de alguno de sus aspectos o manifestaciones, desde la óptica del investigador clínico o salubrista. Por tanto, son resultado de las interpretaciones que hace el investigador de las relaciones entre las configuraciones, dimensiones y eslabones, o entre todos ellos. Identificando su manera de comprender, explicar e interpretar desde lo observado los comportamientos del proceso de salud-enfermedad estudiado.

Así las relaciones entre configuraciones, dimensiones o eslabones siempre debe conducir al establecimiento de regularidades que expliquen el comportamiento del proceso salud-enfermedad desde la dimensión o el eslabón considerado, y que son, de hecho, una estructura de relaciones que constituye el modelo del proceso, pero entendidas no como un listado de relaciones, sino como un tramado de relaciones.

Las potencialidades metodológicas para las investigaciones mediada por el método clínico desde la Teoría Holístico Configuracional se explicitan a través del carácter sistémico de sus categorías, las que conforman la estructura del conocimiento del objeto.

Cada categoría es un nivel de síntesis, de modo que en el desarrollo del proceso las relaciones dialécticas que se establecen son capaces de integrarse formando relaciones de significación de un orden superior, que al sintetizarse se constituyen, no en partes o agregados de la totalidad, sino en expresiones de ésta.

Estas relaciones dialécticas que se dan en el proceso van configurando rasgos, cualidades, síntesis de cualidades, expresiones de los movimientos y de las sucesiones de movimientos, que va revelando, en un proceso gradual de aproximación, la esencia del objeto expresado en el tramado de la estructura de relaciones.

- **Eje integrador.**

Con respecto a esta categoría, se entiende aquel aspecto del proceso de investigación ante los proceso de salud-enfermedad que transita por todo el proceso y de cuenta de la integración holística y configuracional de dicha investigación, e integra las configuraciones, dimensiones, eslabones y estructura de relaciones que en este caso es identificado por el método clínico, como aquel capaz de integrar todo el accionar investigativo del médico y del profesional de la salud

2.9. La Metodología Dialéctico Holística una alternativa para las investigaciones mediadas por el método clínico.

La Metodología o Lógica Dialéctico Holístico, para abordar el método clínico que con más detalles será estudiada en un posterior capítulo, expresa la lógica o sucesión de movimientos seguidos por los médicos o salubrista y por tanto que pueden ser asumidos por los investigadores de la misma naturaleza en la construcción del conocimiento.

La misma se conforma en un sistema de procedimientos e indicaciones que guían este proceso y que pueden ser aplicados conscientemente, tales profesionales de acuerdo a la naturaleza del objeto que se investigue, los presupuestos epistemológicos, la hipótesis que elabora y a la diversidad de las tareas que realiza, pudiéndolo embarcar tanto en las investigaciones biomédica, clínico-epidemiológicas, clínico-radiológica, y en cualquier campo de la salud.

En las interpretaciones y resultados derivados de su aplicación, se tiene en consideración la influencia del contexto personal y social del sujeto que lo realiza, así como el contexto natural, ecológico, en que se dan los procesos.

Por lo anterior, en la Teoría Holístico Configuracional y como expresión de la lógica de construcción del conocimiento, se devela el Método Dialéctico Holístico para sustentar el método clínico, donde lo dialéctico está en el reconocimiento de la esencia dialéctica, así como el carácter holístico de los procesos sociales, humanos, naturales, del pensamiento y por tanto los socio-humanistas-asistenciales en salud, en la interpretación de estos como totalidades, a lo que se incorpora las concepciones hermenéutico-dialécticas para su estudio e interpretación.

La Teoría Holístico Configuracional, en correspondencia con la Teoría del Conocimiento, identifica los eslabones que en su secuencia hacen explícito el Método Dialéctico Holístico, que son aplicables al método clínico donde se identifican los siguientes:

- **Caracterización facto perceptible del proceso salud-enfermedad (objeto de investigación).**
- **Construcción teórica del proceso salud-enfermedad (objeto transformado).**
- **Corroboración de la construcción teórica y la aplicación para la transformación del objeto.**
- **Caracterización facto perceptible del proceso salud-enfermedad (objeto)**

Este eslabón está caracterizado por el proceso de abstracción, que realiza el sujeto (investigador médico o salubrista) del objeto (proceso salud-enfermedad) de la realidad, en el que el sujeto observa e identifica el objeto, revelando las discrepancias entre lo que es y lo que debe ser, se cuestiona sobre las causas de la discrepancia, y trata de encontrar respuesta en el diagnóstico y la caracterización de la situación (el problema y el objeto de estudio) sobre la base del conocimiento

establecido y el contexto social y natural, lo que está íntimamente relacionado con un hecho o manifestación externa de la realidad objetiva.

En la solución de cualquier problema de salud enfermedad mediado por el método clínico y a lo largo del estudio, van emergiendo determinadas respuestas a interrogantes, suposiciones que poseen determinado grado de fundamentación y con ayuda de las cuales el investigador médico o salubrista, trata de interpretar los hechos de manera esencial, recurriendo al planteamiento de suposiciones, argumentaciones; ello es condición para la construcción y desarrollo del conocimiento, puesto que las conjeturas, suposiciones y argumentos tienen que estar en el núcleo mismo de la hipótesis.

En este proceso se conceptualiza la caracterización del problema salud-enfermedad y el objeto a partir de la cultura del sujeto, en este caso el investigador, se discrimina conceptos, se establecen relaciones entre conceptos y se determinan categorías que permiten comprender las características de dicho objeto, y sobre esta base, posteriormente configurar la hipótesis de la investigación.

- **Construcción teórica del proceso (objeto transformado)**

En este eslabón se concretan las dimensiones de modelación teórica y la de elaboración de los instrumentos, como dos niveles de construcción teórica y expresión de lo concreto pensado. El modelo teórico es resultado del proceso de la construcción teórica y constituye la forma más madura, profunda y esencial en que se refleja objetiva y concretamente la realidad.

En el camino de la construcción teórica, tanto la hipótesis como el modelo teórico que se construya, deben ser expresión de los aspectos novedosos en el nuevo contexto de investigación, descritos o no por la literatura científica, lo que condiciona entonces, que se establezcan nuevas relaciones en el proceso estudiado capaces de revelar regularidades que permitan explicar el comportamiento esencial y estable de dicho proceso.

Lo anteriormente expresado, no significa que la teoría sea la culminación del desarrollo del nuevo conocimiento del investigador médico o salubrista, pues si bien constituye un conocimiento verdadero y esencial, que posee determinada corroboración o comprobación y fundamentación, toda teoría está sujeta a errores, por cuanto es una configuración relativamente verdadera que significa un paso esencial en el desarrollo del conocimiento, pero a la vez, toda teoría está condicionada por determinado nivel de desarrollo del conocimiento y de la práctica humana y será expresión de los logros y límites de la época y momento en que se construyó.

Al estudiar el movimiento del conocimiento científico es preciso insistir en su carácter de proceso, sujeto a leyes de carácter dialéctico, lo que no significa la subestimación del papel de la imaginación en el proceso de investigación científica mediada por el método clínico, por el contrario hay que destacarlo.

Una respuesta científica nueva no es un hecho accidental, no tiene nada de místico, y su espontaneidad es muy relativa. Lo nuevo parte de un conocimiento empírico y teórico acumulado, pero tiene que tener determinados estímulos, necesidades sociales y científicas, además de suposiciones intuitivas y novedosas, que paulatinamente darán lugar a las hipótesis maduras y profundas, las que, en el curso de la investigación mediante su argumentación y corroboración, se transforman en teorías.

El eslabón de la construcción teórica supone la aplicación de los métodos teóricos, fundamentados en el ámbito filosófico, lo que significa la subsistencia de lo empírico y lo teórico. La construcción del instrumento o recurso de intervención constituye la expresión más práctica de lo concreto pensado y se convierte en una segunda dimensión de la construcción teórica, portadora de las regularidades o vínculos esenciales establecidos en este eslabón.

- **Corroboración de la construcción teórica y aplicación para la transformación del objeto.**

En este eslabón se da la dimensión de concreción. Como su nombre lo indica, se caracteriza por la corroboración y aplicación en la práctica del modelo teórico elaborado a través del instrumento. Esta

puede desarrollarse en dos niveles, a saber; como corroboración argumentada del modelo y el instrumento, en lo que la consulta con otros expertos, (especialista de mayor nivel) puede ser una alternativa importante, así como los talleres de socialización (pase de visita, discusiones diagnóstica y presentaciones de casos), opiniones secuenciales, y múltiples formas más que depende de los presupuesto epistémicos. Culturales y potenciales de los investigadores que enfrenta un problema de salud-enfermedad.

En otro nivel está la aplicación total o parcial en la práctica mediante experimentos de diferentes tipos, con los que se comprueba o no la viabilidad de teoría y ellos estarán en dependencia de las condiciones concretas del diseño del proceso específico de la realidad.

En próximo capítulo se estudiará detalladamente la Metodología Dialéctico Holística enfatizando en las configuraciones, dimensiones, eslabones y estructura de relaciones.

En resumen, la Teoría Holístico Configuracional en los Procesos Sociales y por tanto en los procesos de investigación mediado por el método clínico al reconocerlo como un espacio de construcción de significados y sentidos entre sujetos implicados, ofrece una perspectiva epistemológica, teórica, lógica, praxiológica y axiológica que permite interpretar al método clínica desde las relaciones dialécticas entre configuraciones, dimensiones y eslabones de este proceso, que constituyen la estructura de relaciones, por lo que sirven de soporte teórico al diseño de los instrumentos que con carácter metodológico conducen al perfeccionamiento del proceso en las referidas direcciones. Esto constituye una alternativa más que puede ser enseñada, aplicada, apropiada y profundizada en las universidades médicas.

A pesar de su carácter teórico, toma la praxis como foco de reflexión, constituyendo un intento por integrar la praxis con la teoría. A través de sus propuestos se trata de sugerir posibles vías de solución con la pretensión no sólo de modelar el quehacer de los procesos considerados, sino de orientar los espacios de construcción y desarrollo de las transformaciones que deben realizarse en el ámbito de la salud.

2.10. Ejemplificación en la aplicación de la Teoría Holística Configuracional con su método Holístico Dialectico en una investigación de salud.

A continuación se ejemplifica con una de las investigaciones de los autores que le permitió abordar la formación socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en su labor comunitaria, y que ha centrado pauta para proponer una universidad humanística cultural en las comunidades como propuesta cubana para enfrentar los retos latinoamericanos, además de ir significando al Método Clínico como una totalidad.

Así se aborda que la comprensión del desarrollo de una cultura en salud en la práctica socio-asistencial en pleno ejercicio de la profesión en comunidad en y por los profesionales médicos y de la salud, es una tarea compleja y necesaria que cualquier sociedad, estado o país debe asumir, producto a los múltiples problemas de salud-enfermedad, junto a la propia hipercomplejidad e incertidumbre planetaria en relación a la esencia y la condición humana -Fuentes:2009-, en este mundo por demás globalizado, que demanda 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, adquieran gran significación.

Pero aún, en todos el contextos: internacional -Gil Gálvez Carlos:2011, Renán: 2012, 2013, 2017-regional, nacional-Clemente: 2010, Verdecía: 2011- y local -García: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-**, 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.

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 humana desde un Enfoque Holístico Configuracional y Dialéctico -Homero Fuentes: 2009-2011- enfatizando en los aspectos espirituales, el decoro, la dignidad y en el amor.

Ese proceso de desarrollo cultural, puede estar encaminadas al fomento de estrategias de gestión más totalizadora 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 mediado por el Método Clínico, para que trascienda a las intervenciones clínico-asistenciales para con, el individuo, la familia y la sociedad.

Por otro lado, asumiendo los estudios realizados por los investigadores referidos, a esta concepción Holística Configuracional y Dialéctica 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 a lo anterior se asumió para esa investigación los eslabones didácticos de diseño, dinámica, resultado y evaluación, vinculado a la didáctica de salud concretado en **la promoción, prevención, curación y rehabilitación**, en relación a las labores socio-comunitarias del profesional de la salud, identificadas con: **la clínico-asistencial, la docente, la científico-investigativa y la gerencial**. A través de las cuales este profesional ha de tipificar sus intervenciones en el seno de la comunidad lo cual se identifica con el Método Clínico.

Partiendo de lo anterior en las investigaciones realizadas mediadas por: la observación a los procesos clínico-asistenciales de salud en comunidad, entrevistas a profesionales en ejercicio con experiencia docente e investigativa, encuestas a la población en el seno comunitario y la sistematización de experiencias, se devela que existe aún insuficiencias en el desempeño del profesional de la salud en su vínculo con el logro de la excelencia en tales resultados, por lo que se hace necesario influir en los procesos formativos, para el desarrollo de la cultura médica y salubrista por todos y para todos, desde una posición humano-cultural que signe lo espiritual.

Así se detectaron entre otras, las siguientes manifestaciones externas como diagnóstico fáctico:

- Insuficiente tratamiento espiritual por los profesionales de la salud.
- Escasa comunicación y relación entre el paciente y el profesional en el tratamiento a los problemas de salud-enfermedad.
- Limitada solución a los problemas que se presentan en las intervenciones comunitarias del profesional de la salud.
- Poca presencia de profesionales de la salud adiestrados o especializados en el servicio de la atención comunitaria.

Todo lo anterior se concreta en que el nivel de vida, la calidad de vida, y el bienestar social no sean aun los adecuados y resume en sentido general, que existen **Insuficiencias en la atención social en los procesos socio-asistenciales de salud en comunidad por los profesionales de la salud, lo que limita la satisfacción espiritual de la comunidad**, que deviene problema de investigación.

Profundizando en el estudio y buscando las causas que pudieran explicar las manifestaciones anteriores en la revisión 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 clínico-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 humana 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-humanista-asistencial manifestada en la labor comunitaria de los profesionales de la salud en relación a los aspectos espirituales, que limita su desempeño, lo que es expresión científica de la contradicción epistémica inicial entre el desarrollo de la cultura socio-humanista-asistencial en los procesos formativos del

profesional de la salud y la gestión formativa en el contexto de intervención socio-comunitaria en salud.

Como el desarrollo cultural socio-asistencial de salud en la labor comunitaria, desde la esencia y existencia humana solo se puede llevar a cabo en un espacio de construcción de significado y sentido que deviene en 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 continuada 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 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 asume enmarcar como campo: **La gestión formativa socio-asistencial en comunidad de los profesionales de la salud.**

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 clínico-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 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-humanista-asistencial en el área América-I del Municipio de Contramaestre en Santiago de Cuba.

- **Antecedentes históricos en su carácter cultural socio-humanista y asistencial en la formación del profesional de la salud:**

La historiografía revisada permite determinar periodos para develar una tendencia relacionada con la Revolución Social Cubana de 1959 sin despreciar los antecedentes de etapas anteriores, ser consecuente con el proceso revolucionario cubano desde la última mitad del siglo XX y los inicios del XXI, estos periodos son:

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

El estudio histórico lógico devela a manera de resumen una tendencia que transita **de** una etapa de no consideración de los problemas humanistas y sociales en el estudio y la atención espiritual, a una que 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.

Caracterización epistemológica y praxiológica del proceso de formación del profesional de la salud, así como la gestión para el desarrollo cultural socio-humanista y asistencial del mismo.

- **La formación destinada al desarrollo cultural por el profesional de la salud como un proceso social.**

Al considerar el desarrollo cultural en salud 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 clínico-asistenciales para la salud que promuevan, prevengan, curen y rehabiliten, hay que considerar y asumir que es aquel proceso que con mejores condiciones ha de preservar, desarrollar, difundir, crear, transformar y revolucionar la cultura universal, nacional y regional consecuente con una salud que no se quede solo en dichos profesionales, sino que se extienda a toda la sociedad.

Eso 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 no es lo suficientemente desarrollada en los procesos asistenciales formativos de tales profesionales, y puede ser **gestado con una visión más totalizadora en cuanto a la esencia y la existencia humana.**

El vínculo entre el desarrollo cultural socio-humanista en salud por los profesionales de la salud y labor socio-comunitaria a través de las intervenciones clínico-asistenciales de salud, en la actualidad tiene deficiencias que demanda de una mayor atención teórico y metodológica que tampoco es suficiente.

- **Consideraciones sobre el desarrollo cultural socio-humanista en salud por el profesional salubrista.**

Se considera el desarrollo socio-cultural-humanista por el profesional de la salud como un proceso formativo y a sus procesos por su propia naturaleza social, como procesos consientes, como expresión de una intencionalidad formativa.

Es entonces que el desarrollo cultural socio-humanista en salud en el profesional de la salud visto como proceso, puede comprenderse de manera esencial como un todo integrado por procesos, los que en sus relaciones revelan las cualidades de dicho proceso y su concreción en un determinado contexto histórico social, dándole un carácter además **histórico cultural**, lo que la hacen propia y singular.

Es así que el proceso para el desarrollo cultural socio-humanista y clínico-asistencial en 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 humanas que permitan actuar y contribuir en el logro que se demande.

Las funciones de cada proceso dependerán de su naturaleza y de su estructura más interna y que 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.

Lo anterior también hace que la **gestión** para con el desarrollo de una cultura social y humanista en salud en un proceso formativo humanista desde la formación en su proyección socio-comunitaria se muestre como una totalidad, donde se interrelacionen indisoluble y dialécticamente todos los procesos en: lo docente, lo –clínico-asistencial, lo gerencial y lo investigativo para que pueda ser pertinente, optima e impactante mediante sus competencias, pero tomando las potencialidades y necesidades del contexto desde una **posición humano cultural**, para que pueda ser eficiente, eficaz, efectivo y de calidad, sin embargo esto no es desarrollado a cabalidad en la formación comunitaria del profesional de la salud, lo que merma su calidad y trascendencia.

Se asume además que la pertinencia como cualidad del proceso para el desarrollo socio-cultural y humanista en salud está en la relación que se da entre el **problema social** el **objeto** y los **resultados** con lo que se da la respuesta a los **objetivos**; mediante una didáctica propia en la formación del profesional de la salud que trascienda a la apropiación socio-comunitaria; en todo lo anterior aún existen dificultades.

Se muestra así la necesidad de un desarrollo socio-cultural y humanístico-asistencial en salud con una posición más holística, lo que hoy no es suficiente en el objeto que se aborda.

Intervención educativa para la salud, como sustento teórico y praxiológico para la caracterización epistémica del desarrollo cultural socio-humanista y formativo en salud.

Considerando que el desarrollo de la salud en su carácter socio-cultural y humanístico ha de tener en cuenta el vínculo entre la formación del profesional y las intervenciones clínico-asistenciales educativas que este desarrolle para la prevención, promoción, curación y rehabilitación de la salud en la comunidad donde se forme y labore con tales competencias y funciones; se tienen en cuenta los referentes teórico y praxiológico de tales intervenciones que permita una mejor caracterización del objeto estudiado.

Procesos de la formación destinada al desarrollo socio-cultural en salud en los profesionales salubristas.

En correspondencia con lo anterior y teniendo como sustento los estudios del CeeS –Estrabao: 2006- en vínculo con los presupuestos referentes a la intervención clínico-asistencial formativa en salud que permite seguir caracterizando el objeto y el campo, se valoran los siguientes procesos:

1. **Proceso de formación de:** Médicos, Enfermeras, Tecnólogos, Psicólogos y Estomatólogos
2. **Proceso de formación de:** especialistas, master, doctores diplomado
3. **Proceso de investigación y de servicios científico-técnicos**, destinado a crear, transformar y revolucionar la cultura socio-humanista-asistencial en salud.
4. **Proceso de extensión a la comunidad.**
5. **Proceso de dirección de los recursos humanos.**
6. **Proceso de gestión de recursos materiales y financieros.**

Procesos aún insuficientes que requieren una mayor atención.

Por otro lado, asumiendo, en que todo proceso formativo, visto desde la didáctica para la educación superior está configurado en los eslabones de **diseño, dinámica, resultados y evaluación**, entonces es prudente considerar que cada uno de estos eslabones puede ser **gestionado** en el propio ejercicio profesional. En este sentido se aborda la gestión de la formación destinada al desarrollo socio-cultural y humanista-asistencial en salud por los profesionales de la salud en su labor comunitaria.

La gestión en este caso se asume como un eslabón intermedio entre 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 objetivo de buscar la solución de los problemas que demanda y al mismo tiempo para lograr determinados objetivos de una organización.

Es aquel proceso que de modo consciente se ha de desarrollar a través del complejo sistema de carácter social que se establece entre los sujetos implicados en el mismo, dirigido a preservar, desarrollar, difundir, crear, transformar y revolucionar, en un clima adecuado, el talento humano competente y dinamice la cultura, para que se desarrollen con pertinencia, optimización e impacto sus procesos en lo docente, clínico-asistencial, científico investigativo, gerencial, administrativo y evaluativo, para alcanzar el objetivo de lograr competencias profesionales y humanas en el desempeño de satisfacer las demandas de salud; mediado por planeamientos, conducciones, seguimientos y evaluaciones de un conjunto de decisiones y acciones, que a su vez se busca la solución de los problemas que emanan. Esto no es tenido muy en cuenta en los programas de estudios para la formación del profesional de la salud en el ejercicio de su profesión.

En consecuencia con el enfoque hermenéutico se arriba a las causas que explican las manifestaciones fácticas, como las reveladas anteriormente.

Luego se devela un **objeto con su inconsistencia epistémica** para determinar dónde actuar como **campo**, trazando un **objetivo**, también expresado anteriormente. Es entonces que desde la fundamentación del objeto y el campo, emana la **necesidad**

La gestión para la formación socio-humanista-asistencial en los profesionales de la salud en el ámbito comunitario.

Se desarrolla y fundamenta el modelo **de gestión para la formación socio-humanista-asistencial en salud en el ámbito comunitario**, revelándose sus relaciones y regularidades, lo que sustenta la **estrategia de gestión formativa socio-humanista-asistencial, para los profesionales de la salud en la labor comunitaria, que luego pueda ser concretada en cualquier proceso formativo en salud entre las que se** reconsidera la labor clínico-asistencial, en las condiciones del trabajo en comunidades y los requerimientos de un humanismo que signe lo asistencial mediado por el Método Clínico.

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

Se parte de considerar, la **Apropiación Socio-humanista de la cultura salubrista en la labor fundamental del profesional de la salud**, que es la **clínico-asistencial**, como la incorporación de conocimientos, habilidades, valores y valoraciones que permitan transformaciones y un mejor desempeño profesional pertinente con el logro de una adecuada promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud.

Pero lo anterior requiere para su desarrollo, una **sistematización** en el propio quehacer comunitario del profesional, 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.

Pudiéndose develar una categoría esencial que expresa la contradicción que se establece entre la formación y lo asistencial, la cual se identifica con **la sistematización de la apropiación socio-humanista-asistencial en la labor clínico-asistencial en comunidad**.

Esa categoría caracteriza el humanismo que ha de tener el profesional de la salud con el paciente, los familiares y la comunidad, que se da solo con el **desarrollo de una cultura socio-humanista del profesional de la salud**.

Es entonces, que **la cultura socio-humanista en salud** está en asumirla como aquella que condiciona el conjunto de conocimientos pertinente a considerar el bienestar del ser humano, que además de dinámico condicione una salud desde la creación, el nacimiento y hasta la muerte, dada así por una mejor calidad de vida, lo que no está identificada con el mayor o menor tiempo vivido, sino que lo vivido sea cada vez más satisfactorio, en el cual se sigue y se demanda de sucesivos estadios de evolución saludable.

Siendo así, se puede considerar que la **sistematización de la apropiación socio-humanista-asistencial en la labor clínico-asistencial en la comunidad**, condicionado además por la **profundización de la cultura socio-humanista** que se desarrolla en la propia labor de ese profesional en relación dialéctica con la **apropiación de cultura clínico-asistencial en salud**, entendiéndose la primera consecuente con la esencia y la naturaleza humana y la segunda con la propia cultura en salud, de donde se devela que la labor clínico-asistencial para que tenga pertinencia, optimización e impacto tiene que ser socio-humanista.

Pero también, **la sistematización de la apropiación socio-humanista-asistencial en la labor clínico-asistencial en la comunidad** puede ser síntesis de una **práctica clínico-asistencial formativa** como aquel ejercicio de cualquier profesional de la salud en la comunidad, conforme a sus funciones socio-laborales que garantiza una formación constante y continuada en relación dialéctica con el **trabajo comunitario** de ese profesional, determinado por sus competencias preventivas, promotoras, curativas y rehabilitadoras.

Por otro lado la **práctica clínico-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 en lo docente, clínico-asistencial, científico investigativo y gerencial, relacionados entre sí por alguna forma de interacción, dado por el conjunto de elementos que se identifican por las relaciones de significación dentro de límites establecidos, las que determinan una organización, aportándose coherencia a la gestión socio-cultural para el proceso de formación profesional y humana en salud.

Se puede decir entonces que la **gestión formativa socio-cultural-asistencial y humana en salud** es síntesis de **la práctica clínico-asistencial formativa** y del **trabajo comunitario del profesional de la salud**, confiriéndole una **dimensión socio-formativa**, que se desarrolla en la formación, sustentando una especificidad pedagógica y didáctica que se desarrolla a partir de la propuesta.

Es importante significar que en la formación clínico-asistencial está la formación tradicional de competencia para la prevención, promoción, curación, y rehabilitación de salud que requiere además de una formación humanista en la propia atención que se le brinda al paciente, a los familiares y a la comunidad.

Esa formación socio-humanista que se desarrolla en la asistencia clínica, ósea en el propio ejercicio de la profesión ha de tener particularidades especiales porque además de incluir un humanismo en general desde la esencia y la existencia humana, 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, la dignidad y otros aspectos que configuran la espiritualidad.

Siendo así se puede revelar del modelo una relación esencial dada en que: **El desarrollo de la cultura socio-humanista-asistencial en el profesional de la salud está condicionado por una sistematización de la apropiación de la cultura socio-humanista y la sistematización de la apropiación de la cultura en salud en la labor del profesional de la salud en la comunidad, lo que determina la dimensión socio-cultural**.

Por otro lado en la gestión de la práctica clínico-asistencial formativa que se ha de tener presente en la formación continua y permanente del profesional de la salud y en la consideración de que esta se

desarrolla en el propio ejercicio de su profesión, ha de estar condicionada por los profesores del Grupo Básico de Trabajo (GBT).

Lo anterior condiciona la relación entre la **gestión de la práctica clínica-asistencial formativa** y la **gestión del trabajo comunitario del profesional de la salud**, pues la práctica se da en el trabajo y una condiciona la otra. Ese par dialéctico se sintetiza entonces en la **gestión formativa clínico-asistencial social del profesional de la salud**, lo que condiciona la **dimensión socio-formativa de la sistematización de la apropiación socio-humanista-asistencial en la labor clínica-asistencial en la comunidad**.

Esto devela una segunda relación esencial del proceso de formación socio-humanista-asistencial del profesional de la salud en su labor comunitaria identificada con: **La sistematización de la apropiación de la cultura socio-humanista-asistencial en la labor del profesional de la salud se da en una gestión de la práctica clínico-asistencial formativa y en una gestión del trabajo comunitario que condiciona la gestión formativa clínico-asistencial y social del profesional de la salud, lo que determina la dimensión socio-formativa, que le da el carácter pedagógico y didáctico al modelo que se propone.**

De las relaciones develadas en esta modelación emerge una regularidad que se enuncia como sigue: **El trabajo y la práctica clínico-asistencial en la comunidad condiciona el desarrollo profesional y humano del profesional de la salud en ejercicio, y ello es una acción formativa que garantiza la continua formación de ese profesional, condicionado por una gestión socio-humanista-asistencial.**

Se defiende entonces con todo lo anterior la hipótesis develada con anterioridad.

Estrategia de gestión para la formación socio-humanística-asistencial en salud.

Se propone entonces una estrategia a partir de las relaciones y regularidades que emanan de la modelación como expresión de una comprensión generalizadora de la gestión formativa socio-humanista-asistencial en salud en el ámbito comunitario.

En esta estrategia al decir de -Fuente H -2012- "...se establece una ruptura con la tendencia de trasladar los modelos de estrategia empresarial a las instituciones de carácter social, ya que en instituciones de carácter socio-formativo..., (-como es el caso de la universidad medica-en la formación socio-humanista en 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 del futuro en el desarrollo de la **Sistematización de la apropiación de la cultura socio-humanista-asistencial en la labor clínico-asistencial en la comunidad** trascendente a las intervenciones asistenciales de salud desde una flexibilidad que logre dar respuesta a las crecientes demandas de salud en el propio desarrollo de esta cultura contextual, para insertarse en la construcción de la cultura universal, a su vez enriquecedora de lo contextual inicial como su presupuesto esencial.

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**.

La estrategia se desarrolla en los siguientes niveles:

- Primer nivel de esencialidad cultural socio-humanista en salud.
- Segundo nivel estratégico.
- Tercer nivel de concreción.

Para mejor comprensión de los mismos se remite al lector a la tesis doctoral defendida en el 2013 por uno de los autores del libro -Renán- publicada en eumed.net-2017.

Por otro lado si se quiere resumir los procedimientos estratégicos tenemos:

- I. Determinación de las **premisas y requisitos para la formación socio-humanista-asistencial en salud y para una gestión** socio cultura formativa y condicionar los valores.
- II. Valoración del entorno como **diagnóstico estratégico en relación a las regularidades del modelo que permita definir el objetivo estratégico.**
- III. Determinar las principales alternativas estratégicas teniendo en cuenta los subprocesos de la formación socio-humanista-asistencial en salud, determinando **los objetivos específicos** para cada uno de los procesos(ej. pertinencia optimización e impacto) signados por las políticas y la relaciones para determinar acciones
- IV. Establecer los **criterios de medidas, y las acciones** para su **Implementación.**
- V. **Evaluación de los resultados.**

Ejemplificación de la estrategia, su validación y corroboración teórica y práctica.

Se valida y se corrobora el modelo y la propuesta estratégica de gestión socio-humanista-asistencial en salud aplicada en el ámbito comunitario a un grupo de profesionales del policlínico docente universitario correspondiente al área América-I del Municipio Contramaestre, en la Provincia Santiago de Cuba, en su vínculo a la Filial de Ciencias Médicas del territorio.

Siendo así y consciente que el modelo y la estrategia son inherentes a la cultura socio-humanista en salud en sentido general, se muestra su trascendencia, a cualquier problema de salud sobre los que se quiera formar a los profesionales del sector.

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.

Los procedimientos aquí desarrollados permitieron arribar a buenos resultados. 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 así como la significación teórica y práctica de esta investigación. 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.

Hasta aquí se ha expuesto una ejemplificación en la aplicación de la THC y el método que la sustenta, que además deviene en sustento epistémico para abordar en el texto que se escribe por los autores la potencialización de las investigaciones mediada por el método clínico.

En el capítulo que sigue se profundiza en el proceso de investigación científica desde la referida teoría, donde se irá ejemplificando con el método clínico.

CAPÍTULO-3

EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA MEDIADO POR EL METODO CLINICO DESDE LA TEORÍA HOLÍSTICO CONFIGURACIONAL

3.1.Fundamentos del Proceso de Investigación Científica mediado por el método clínico desde la Teoría Holístico Configuracional.

En las ciencias médicas y de la salud y por tanto aquellas que estudian los procesos socio-humanista asistenciales en salud se hace urgente la reflexión epistemológica sobre la investigación científica mediada por el método clínico, debido a la necesidad de profundizar en los diferentes objetos de estudio y descartar las corrientes reduccionistas que pretenden tratar a los procesos de salud enfermedad como fenómenos mecánicos y que en la búsqueda de la "objetividad" aíslan del propio proceso a su actor principal, que es el sujeto médico y salubrista.

En este capítulo, se abordará el proceso de investigación científica mediado por el método clínico desde la visión que presenta la Teoría Holística Configuracional (H. Fuentes 2000), la que a su vez, tiene su base epistemológica en los Paradigmas Sistemico y Dialéctico. Desde esta perspectiva, se podrá disponer de una concepción epistemológica y de una lógica general que permitan desarrollar los procesos de investigación científica a través el método clínico y que se sustentan en un enfoque holístico y hermenéutico.

Conforme a los presupuestos de la Teoría Holística Configuracional, desarrollada en el Capítulo anterior, el proceso de investigación científica mediado en el método clínico es un proceso social, consciente, holístico, dialéctico y complejo en el que se desarrolla la construcción del conocimiento, que se personaliza y dinamiza de acuerdo a una lógica dialéctico hermenéutica que permite ir revelando rasgos, cualidades, movimientos y transformaciones, que se expresan en relaciones y regularidades de los objetos estudiados (problema de salud-enfermedad), cuya comprensión, explicación e interpretación desde la observación es posible desde un sistema de relaciones que se subjetivizan.

Se asume que la ciencias médicas y de salud constituyen un sistema de conocimientos acerca de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, que se construye como consecuencia del proceso de investigación científica mediado por el método clínico, que se encuentra históricamente condicionado en su desarrollo y que tiene como base la práctica social de la humanidad.

El proceso de investigación científica mediado por el método clínico se configura en la relación de los sujetos (profesional de la salud) con los objetos de investigación (problemas de salud-enfermedad) con el objetivo de encontrar respuestas creativas e innovadoras a problemas trascendentales de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, con lo que se logra la construcción de conocimientos significativos para los sujetos implicados y la sociedad en su conjunto.

En la construcción del conocimiento médico y salubrista, por medio de la investigación científica centrada en el método clínico, se expresa una realidad objetiva por medio de categorías y relaciones que se desarrolla dinámicamente a través de contradicciones dialécticas, por lo cual este proceso no puede ser interpretado de manera lineal y mecánica, según esquemas o procedimientos de investigación únicos y definitivos como hasta ahora se ha pretendido desarrollar en universidades medicas cubanas, mozambicana y de otros contextos, sino con enfoques flexibles y dinámicos que brinden alternativas que guíen y orientan el desarrollo de la construcción del conocimiento, en correspondencia con los requerimientos que exige la práctica científica en cada situación concreta de salud, en la que se tome en consideración los sujetos y las condiciones histórico concretas.

La esencia del proceso de investigación científica mediada por el método clínico en los sujetos, (profesionales médicos y de la salud), pues precisamente, a través de su participación consciente es que se desarrolla tanto el conocimiento empírico como teórico.

El objeto de investigación de algún aspecto de la salud-enfermedad es la expresión cultural médica o salubrista de aquella parte de la realidad objetiva, referida a aspectos, propiedades, categorías y relaciones, incluidos los que la propia investigación como proceso requiere y las que generan la necesidad investigativa de los problemas de salud-enfermedad. El proceso de investigación en este caso, conduce a revelar relaciones esenciales en los objetos (procesos de salud-enfermedad) investigados en forma de tendencias, regularidades y de leyes.

La relación sujeto-objeto (profesional de la salud que investiga - problema de salud-enfermedad a investigar) se produce en el proceso de investigación científico mediante los métodos y técnicas de investigación que son seleccionados y aplicados en función de la naturaleza del objeto investigado y de las necesidades, cosmovisiones y preferencias de los sujetos y sus enfoques pero sin despreciar al método clínico como eje integrador en estos profesionales.

El producto de este proceso, consecuencia de la interacción del sujeto con el objeto a través de los métodos y técnicas de investigación particulares centrados en el método jerarca (método clínico), es identificado como el resultado científico. En estos resultados se incluyen los modelos, instrumentos y soluciones, además de los aspectos derivados del objeto transformado en el proceso de construcción del conocimiento, todo lo cual permite penetrar en la esencia del objeto de investigación, en su conocimiento y su transformación.

Por lo dicho, caracterizar este complejo proceso lleva a la precisión de:

- Funciones del proceso de investigación mediado por el método clínico.
- Contradicciones del proceso de investigación mediado por el método clínico.
- Sistema de categorías (configuraciones, dimensiones, eslabones y estructura de relaciones) para abordar el método clínico.
- Lógica del proceso de investigación científica mediado por el método clínico.

- **Funciones del proceso de investigación mediado por el método clínico**

La función fundamental del proceso de investigación científica mediada por el método clínico es el descubrimiento de la esencia de los procesos de salud-enfermedad, expresada en regularidades, relaciones y leyes que enriquecen el sistema de conocimientos médico clínico y salubrista de los profesionales médicos y de la salud y sobre cuya base es posible transformar la realidad salubrista.

- **Contradicciones del proceso de investigación mediado por el método clínico:**

En el proceso de investigación científica mediado por el método clínico como en cualquier investigación científica, tienen lugar múltiples contradicciones, como son:

- Entre lo objetivo y lo subjetivo.
- Entre lo teórico y lo empírico.
- Entre lo cualitativo cuantitativo.
- Entre otras.

Pero todas ellas, tienen como esencia, las contradicciones entre los procesos de:

- Preservación.
- Desarrollo.
- Difusión.
- Creación.
- Transformación y
- Revolución de la cultura.

Estas contradicciones a pesar de haber sido abordada en espacios anteriores del texto, consideran prudente los autores enfatizar en las misma a la vez que son contradicciones esenciales que dinamiza el proceso de investigación científica y por tanto del Método Clínico.

Así por ejemplo se puede plantear que preservar la cultura médica y de salud es mantener el orden de las cosas, lo viejo y ésta se contraponen al desarrollo de la misma cultura, al cambio, a la transformación; el cambio rompe, en cierta medida, con el orden de cosas establecido y conduce a la revolución.

Esos contrarios dialécticos se dan en unidad, en tanto, no hay desarrollo sin preservación ni preservación sin desarrollo. Tanto la preservación como el desarrollo, son sólo posibles a través de la difusión y la creación de la cultura, condicionando las necesarias transformaciones y revoluciones, esto lleva a la afirmación, de que es la difusión y creación de la cultura los componentes más dinámicos y en los que se sintetizan la relación dialéctica entre el desarrollo y la preservación de la cultura condicionando la pertinente transformación o la necesaria revolución cultural y cognoscitiva en salud.

Conforme a la naturaleza holística y dialéctica del proceso de investigación mediado por el método clínico, ninguno de estos procesos puede ser comprendido aisladamente, en cada uno de estos, existen rasgos de los demás.

- **Contradicción entre lo objetivo y lo subjetivo.**

La investigación sobre los problemas de salud-enfermedad es un proceso objetivo-subjetivo ya que, por un lado, se apoya en teorías, procedimientos e instrumentos desarrollados por la práctica científica (aspectos objetivos), y por el otro lado, en la investigación se manifiesta el aspecto subjetivo en tanto que es un proceso humano realizado por sujetos médicos y profesionales de la salud, e intrínsecamente condicionado por sus intereses sociales, profesionales, su formación académica, sus representaciones acerca del mundo y la sociedad, prejuicios, valores, expectativas, frustraciones y angustias que se materializan en el proceso de investigación, desde la selección de los casos hasta las soluciones que se plantean para resolver los problemas.

Muchas veces en las investigaciones medadas por el método clínico solo le dan veracidad científica aquellos aspecto que puede objetivarse a través de paquetes estadístico y formulas matemática, despreciando la importancia de la subjetividad del investigador para la interpretación del fenómeno.

- **Contradicción entre cantidad y calidad.**

Un objeto, proceso o fenómeno de la naturaleza, la sociedad o el pensamiento que influyan sobre los problemas de salud-enfermedad se identifica, se precisa, se diferencia de otro, por su cualidad, esto es, por el conjunto de propiedades, atributos, rasgos que lo particularizan.

Los objetos, procesos y fenómenos poseen también una determinación cuantitativa: magnitud, extensión, número, ritmo en que transcurren los procesos, grado de desarrollo, intensidad de las propiedades.

La medida es la unidad dialéctica de la calidad y la cantidad. El quebrantamiento de la medida debido a cambios cuantitativos provoca que el objeto o fenómeno se transforme en otro, modifique su calidad, origine cambios cualitativos.

En las investigaciones mediadas por el método clínico muchos investigadores han tratado de separar las investigaciones en cuantitativas y cualitativas en dependencia del uso de determinadas variables que las absolutizan en uno u otro así por ejemplo dicen que la edad por expresarse en número es una variable cuantitativa despreciando en muchas oportunidades las categoría de: edad biológica, edad psicológica, edad cronológica, y otras que cómo aspectos cuali-cuantitativos están en estrecha relación dialéctica.

Por otro lado exponen otras variables como cualitativas, como es el sexo, el cual también tiene consideraciones cuantitativas cuando se habla de la cantidad o prevalencia de uno u otro en determinado fenómeno de salud entre otros aspectos.

Olvidan en muchas oportunidades que las llamadas variables son conceptos multicausales que depende para su interpretación de múltiples aspecto que están en los presupuestos epistemológico del investigador que las usa, así como de su cultura, y que en dependencia del grado de esencialidad que adquiera en el proceso investigativo puede devenir categoría.

- **Contradicción entre lo teórico y lo empírico.**

Desde la concepción que se defiende en este texto, lo teórico y lo empírico representan dos momentos del conocimiento humano indisolublemente ligados entre sí por la teoría general en que ambos se inscriben. Sin embargo, a pesar de su estrecho nexo, estos dos momentos del conocimiento no guardan una relación directa, inmediata, ni lineal entre sí. Hay momentos en que una teoría crece bruscamente a través de su momento teórico, y otros en que el momento empírico es un dinamizador de este desarrollo, imponiendo acelerados y bruscos cambios a la organización teórica. No obstante, ambos momentos están permanentemente interrelacionados en el desarrollo de una teoría y jamás representan entidades cerradas en sí mismas que interactúan como cosas diferentes.

Lo empírico siempre tiene un sentido implícito teórico, mientras que lo teórico siempre contiene lo empírico de una u otra forma, aunque no como criterio último de la verdad. Ambos, son aspectos indisolubles en la construcción del conocimiento científico, cuya independencia es sólo relativa.

Analizado el tema desde un punto de vista dialéctico, cantidad y calidad, objetividad y subjetividad, teoría y práctica, constituyen pares de categorías filosóficas que reflejan importantes aspectos de la realidad objetiva que se dan en unidad, para satisfacer la contradicción entre el desarrollo, la preservación, la difusión, la creación, la transformación y la revolución de la cultura. Desde una posición verdaderamente científica han de ser vistas en su unidad dialéctica, en su evolución.

3.2. Sistema de categorías de la Metodología Dialéctico – Holística para abordar el método clínico.

En el capítulo anterior se hizo un acercamiento a las categorías que tipifican la teoría holística configuracional, en lo adelante se profundiza en relación a las investigaciones mediada por el método clínico es en ese sentido que las categorías en que se sustenta el proceso de construcción del conocimiento científico, como proceso interpretativo y transformador, en la Metodología Dialéctico Holística son: las configuraciones, las dimensiones, los eslabones y la estructura de relaciones.

• Configuraciones

Con la categoría configuración se identifican aquellas expresiones dinámicas del objeto de investigación mediado por el método clínico (proceso de salud enfermedad), de naturaleza objetivo–subjetiva, que al relacionarse e interactuar dialécticamente, se integran en torno a los sentidos que el proceso investigativo va adquiriendo para el sujeto médico o salubrista, conforme a lo cual se va configurando un proceso de investigación que asciende a niveles cualitativamente superiores de organización y desarrollo.

Las configuraciones que caracterizan el diseño de un proceso de investigación desde los presupuestos asumidos por estos autores y en este caso mediado por el método clínico y que constituyen la denominación de esa investigación son:

- **El problema.**
- **El objeto de investigación.**
- **El objetivo de la investigación.**
- **El campo de acción.**
- **La hipótesis.**
- **El modelo, aporte o significación teórico.**
- **El instrumento, aporte o significación práctico.**
- **El resultado de la investigación.**

Las relaciones dialécticas entre las configuraciones muestran el movimiento del proceso y permiten prever el comportamiento del objeto de investigación y su transformación como expresión del objeto de la realidad objetiva.

A partir del problema como tesis inicial de la investigación mediada por el método clínico, el investigador médico o salubrista delimita el objeto de la cultura propia en que se expresa la situación de la realidad objetiva que es configurada como objeto de investigación por el sujeto investigador.

- **El problema.** El problema es la situación de salud-enfermedad que se manifiesta en el proceso u objeto de la realidad, en su expresión más fenoménica, por tanto, externa, en su manifestación tiene un carácter objetivo porque se caracteriza el proceso real, en un contexto histórico social y cultural, que es interpretado por un sujeto y en ello radica lo subjetivo, que además está en que genera en el sujeto que investiga la necesidad de la transformación para solucionar el problema.
- **El objeto de investigación.** Es la configuración que expresa el proceso u objeto de la realidad donde se manifiesta el problema de salud-enfermedad, pero expresado a través de la cultura.

El objeto de investigación es cultura en tanto constituye conocimientos, lógica y métodos, siendo también una categoría objetivo–subjetiva, donde lo objetivo está en que es expresión de un objeto de la realidad y lo subjetivo porque es una interpretación expresada a través de la cultura del médico o del profesional de la salud, y en la que en aras de solucionar el problema, el sujeto incorpora o construye nueva cultura, con lo que se desarrolla la contradicción entre el problema y el objeto de investigación y con ello se genera un nuevo problema, que a su vez implica una nueva cultura que va transformando el objeto de la investigación.

El objeto de investigación se configura como consecuencia de delimitar el problema, expresado en la cultura interpretada por el sujeto, que se precisará más aún en el objetivo de la investigación y que se concreta en un campo de acción.

- **El objetivo de la investigación.** El objetivo de la investigación es la configuración teleológica del proceso que refleja la aspiración, el propósito de la investigación y que, por tanto, presupone el objeto transformado, la situación del problema superada. **De ello se deriva que ante todo se investiga para resolver el problema, para transformar el objeto de investigación.**

Es una construcción del investigador, resultado de la caracterización del objeto y el problema de investigación. Constituye, al igual que las restantes configuraciones, un aspecto dinámico que se perfecciona y ajusta constantemente conforme a la propia dinámica del proceso de investigación mediado por el método clínico, que responde a un desarrollo dialéctico en espiral.

Es la proyección del investigador médico o salubrista en la transformación que se da en el objeto que se investiga, tiene un carácter intencional y el investigador no lo hace ajeno a la necesidad social, por lo tanto también está presente la naturaleza objetiva–subjetiva.

El objetivo de la investigación mediada por el método clínico es una especulación científica de lo que se espera en el proceso con la transformación del objeto de investigación y sobre qué es esencial en el mismo, lo que se delimita en el campo de acción.

- **El campo de acción.** Es aquel aspecto o subproceso del objeto de investigación mediado por el método clínico con que trabaja específicamente el médico o el salubrista investigador y desde donde transforma el objeto de investigación (problema de salud-enfermedad). Se precisa en el objetivo de la investigación, aunque ello no significa su identificación de manera unívoca.

En tal sentido, el marco contextual del objeto de investigación signado en el problema de salud-enfermedad requiere ser estudiado para establecer las relaciones entre éste y las expresiones del medio social y cultural.

- **La Hipótesis.** La hipótesis, en el sentido más amplio, constituye cualquier proposición, supuesto o predicción que se basa en conocimientos ya existentes, o bien en hechos nuevos y reales, y también en unos u otros. El papel de la hipótesis es de tal alcance que se puede afirmar que el desarrollo del conocimiento en las ciencias transcurre a través de la construcción, argumentación y corroboración de la hipótesis.

Si bien la hipótesis representa un momento necesario en el conocimiento, que expresa una vía de desarrollarlo, constituye una forma de desarrollo de la ciencia porque representa el vínculo mediante el cual se sistematizan determinados aspectos del conocimiento establecido de antemano y de ciertas ideas nuevas, en el camino hacia la construcción de un nuevo conocimiento teórico.

Debe hacerse énfasis en que pueden existir hipótesis basadas en argumentos lógicos, en comprobaciones empíricas, en consideraciones teóricas, pero en todas, junto al conocimiento establecido, ha de estar lo intuitivo y la imaginación predictiva, lo diferente, como expresión del nuevo conocimiento, pues lo más relevante son las suposiciones que en ella se explicitan y las argumentaciones en que ella se fundamenta.

Toda hipótesis surge sobre la base de representaciones teóricas de fenómenos, hechos y procesos investigados. Puede implicar comprobaciones empíricas o validaciones, pero ello

no significa un rígido sometimiento a variables propias de la investigación empírico analítica de corte positivista.

En síntesis, el camino de la construcción teórica parte de revelar el problema y el objeto, de la relación entre el problema y el objeto se precisa el objetivo, como expresión de los resultados teóricos y prácticos que se aspiran alcanzar. A partir de éste, se determina desde qué parte o aspecto del objeto (campo de acción) se conducirá a la construcción teórica del conocimiento necesario para la solución del problema, la que se precisa en la hipótesis.

Ésta revela, además, las relaciones y contradicciones que dinamizan el proceso mismo de construcción del conocimiento y que por tanto permiten establecer la estructura de relaciones que expresan el comportamiento esencial del proceso estudiado (objeto).

Por lo anterior la elaboración de la hipótesis supone tener en cuenta:

- El diagnóstico y estudio del objeto (problema salud-enfermedad), así como del contexto en que se manifiesta el problema.
- El estudio de los principales factores, causas y características que sobre éste influyen, además de los antecedentes históricos.
- El examen minucioso de toda la información existente sobre el problema y objeto que se estudia.
- La asunción crítica de una posición, desde la cual dicho objeto será comprendido y transformado.

Con la elaboración de la hipótesis se orienta el camino en la caracterización esencial del proceso, como parte de la construcción o significación teórica. Esta es el planteamiento del investigador de cómo pretende llegar a la solución del problema, pero para ello es necesario la formulación de determinadas suposiciones o predicción, que tienen, como punto de partida, los conocimientos teóricos y empíricos existentes sobre los procesos de salud enfermedad, hechos y fenómenos que dan origen al problema planteado (marco teórico), pero que requiere, por parte del investigador médico o salubrista, una cuota de originalidad y creatividad que no se alcanza por una deducción de los aspectos considerados y en donde están presentes los intereses e intenciones del investigador.

En la hipótesis, en tanto predicción, suposición, proposición, se dejan sentadas las posibles relaciones contradictorias, por cuyo desconocimiento, supone el investigador, no han permitido dar solución al problema; donde se establecen las propiedades y aspectos contradictorios, así como las relaciones entre ellos existentes y donde se plantean las posibles vías por la que se transitará en la investigación mediada por el método clínico.

Con la hipótesis se produce un vuelco en el proceso de la investigación mediada por el método clínico en que hasta este momento se seguía una dirección hacia la abstracción y a partir de ella un camino hacia la concreción, primero en el modelo, después en el instrumento y por último, en el resultado.

- **El modelo, aporte o significación teórica.** Expresa las categorías y relaciones novedosas que el investigador crea y que no han sido elaboradas por otros autores, o no aparecen en la literatura que precedió a la investigación, o no ha sido apropiada aun por el investigador, pues de lo contrario no hay ningún aporte o significación teórica, ni novedad científica. Con el modelo, aporte o significación teórica se debe poder interpretar y transformar el objeto de investigación, constituye el objeto transformado que, una vez que se aplique el instrumento, debe contribuir a dar solución al problema de la investigación.

Cualquier modelo teórico o significación teórica, tiene la finalidad no sólo de explicar procesos o hechos conocidos que se plantearon en el problema, sino pronosticar los desconocidos. Su capacidad predictiva depende en buena medida de su coherencia lógica; mientras más conclusiones puedan derivarse del modelo, mayor es su capacidad de predicción.

- **El Instrumento, aporte o significación práctica.** Se identifica como la configuración que expresa la concreción del modelo teórico o de la significación teórica en aspectos,

propuestas e inferencias precisas y que pueden conformar una estrategia, un método o un sistema de procedimientos que permiten aplicar el modelo de la investigación.

Es la expresión del proceso que se configura como la vía o camino que se adopta en la ejecución del proceso por los sujetos que lo llevan a cabo, para que, haciendo uso del contenido, puedan alcanzar el objetivo.

- **El resultado.** Es la configuración que caracteriza el estado final real del proceso de investigación científica mediado por el método clínico, que debe ser obtenido en aras de alcanzar el objetivo y resolver el problema de salud-enfermedad. Se configura como síntesis dinámica de las anteriores, en torno a los sentidos que el mismo proceso adquiere para los sujetos; es la expresión concreta final del proceso e incluye la transformación de los propios hombres involucrados en el proceso. No es un momento del proceso, sino que se va configurando a lo largo del mismo, tanto en el espacio como en el tiempo.

- **Dimensiones.**

Consecuentemente con la Teoría Holístico Configuracional, las dimensiones constituyen expresiones de los movimientos y transformaciones que se producen en el proceso de investigación científica mediada por el método clínico, caracterizadas por las relaciones dialécticas entre las configuraciones. La posibilidad de revelar y argumentar las dimensiones en un proceso de investigación mediado por el método clínico, permite la transformación del objeto de investigación (problema de salud-enfermedad). A partir del establecimiento de las relaciones entre configuraciones planteadas anteriormente es posible identificar las siguientes dimensiones del proceso de investigación mediada por el método clínico:

- **Caracterización del problema y objeto de investigación.**
- **Abstracción del objeto de investigación.**
- **Modelación del objeto transformado.**
- **Instrumentación del modelo.**
- **Concreción en el objeto de la realidad.**

Dimensión de caracterización del problema y objeto de investigación. Esta dimensión está determinada por la relación entre las configuraciones problema, objeto y objetivo de la investigación. La misma da cuenta del movimiento interno del proceso de investigación mediado por el método clínico desde la identificación, valoración y formulación del problema salud-enfermedad, pasando por la caracterización del objeto de investigación, hasta llegar a la definición del objetivo de la investigación.

El proceso de investigación mediado por el método clínico tiene su inicio en un problema de salud-enfermedad, este es la configuración que refleja la situación propia del objeto de la realidad, esto es de la naturaleza, la sociedad o el pensamiento, que promueve la necesidad en el sujeto de su investigación y transformación. En su determinación hay una intencionalidad del investigador, pero aparece como resultado de un diagnóstico crítico del objeto de la realidad en su diversidad y complejidad.

Ese entonces que generalmente esta precedido de un diagnóstico factico, o lo que es lo mismos manifestaciones externa que en su integridad y en sus relaciones devela el problema, ante el cual se determinan entonces las causa que lo originan lo cual va definiendo la necesidad de buscar nuevas modelación teórica y por tanto creación de un nuevo conocimiento.

El problema genera la insatisfacción de la necesidad del sujeto. La caracterización toma en cuenta la descripción de los rasgos o aspectos que lo identifican: antecedentes que lo explican, cómo están relacionados, cuál es su contexto, el análisis de los principales factores que sobre este influyen, apoyándose para ello en la revisión del estado de la cultura o marco teórico sobre el problema en cuestión.

Esta caracterización permite al investigador médico o salubrista acotar aquella parte de la cultura necesaria para su transformación y que posterior a un proceso de comprensión explicación e interpretación desde la observación, la intencionalidad se configura en el objeto de investigación, el cual no es más que el resultado de su abstracción y que depende, además de la naturaleza del problema, de los intereses y experiencias del investigador, de su cosmovisión, manera de interpretar el problema, además de su postura epistemológica, la que se constituye en referente fundamental de la investigación mediada por el método clínico, todo lo cual está latente en la intencionalidad del investigador, de ahí la irrelevancia de la sacrosanta objetividad no contaminada, pura y separada de la subjetividad a la que se aferran los positivistas.

El objeto de investigación devenido del problema salud-enfermedad es la expresión subjetiva de un objeto de la realidad que el investigador médico o salubrista abstrae como consecuencia de agrupar, en forma sistemática, un conjunto de fenómenos, hechos y procesos afines que se presuponen y que se expresa en términos de la cultura de la misma naturaleza, sobre la cual se construye el nuevo conocimiento con vistas a la solución del problema salud-enfermedad en ciertas condiciones y situaciones.

El objeto de investigación mediada por el método clínico no constituye la realidad en forma concreta, es en sí un sistema de conceptos y determinaciones lógicas, expresión racional de la dialéctica objetiva subjetiva de la realidad, que se expresa en el pensamiento del médico o salubrista como sujeto.

La relación dialéctica entre lo subjetivo y lo objetivo conduce a que el objeto de investigación mediada por el método clínico se transforme mediante procesos del pensamiento, que van de lo concreto a lo abstracto y de este de nuevo a lo concreto pero pensado, de lo sensorial a lo racional, de lo empírico a lo teórico. Debe reflexionarse acerca de que el propio proceso del conocimiento puede ser objeto de investigación. El objeto de la realidad puede estar o no estar dado al sujeto mediante sus sentidos, lo que lleva reconocerlo a través de sus manifestaciones, pero su estudio siempre se realiza a través de sus expresiones.

La caracterización del objeto de investigación mediada por el método clínico, obtenida de la relación entre el problema y el propio objeto de investigación, es el resultado de la comprensión, sistematización e interpretación minuciosa de la información existente y disponible al investigador sobre el objeto de la realidad que se investiga y la asunción de una posición crítica, desde la cual dicho objeto será comprendido e interpretado como objeto de investigación.

Mediante el conocimiento de los aspectos teóricos referentes al problema y objeto de la investigación mediada por el método clínico, el investigador obtendrá pautas y sugerencias referente al enfoque y al método o técnica a emplear; además le facilitará discriminar conceptos, establecer relaciones entre conceptos, desentrañar regularidades que expliquen el comportamiento conocido del objeto de investigación, además de precisar categorías que son esenciales, desde su intencionalidad para la determinación del campo de investigación y la posterior formulación de la hipótesis, así como las restantes categorías. Justamente esta unidad, representada por la relación dialéctica entre problema y objeto de investigación, se sintetiza en el objetivo de la investigación.

A manera de síntesis, en la investigación científica mediada por el método clínica sobre la base de la relación dialéctica entre el problema, el objeto de investigación y objetivo de la investigación, se configura la dimensión caracterización del problema y objeto de la investigación, la cual constituye una expresión cognoscitiva que aprecia la diversidad del objeto de investigación, pero sin poder deslindar los vínculos esenciales de los no esenciales, las causas de los efectos, lo necesario de lo causal, de modo que no se capta aún la estructura de relaciones que es inherente a la interpretación del objeto de la realidad. Es un nivel inicial de comprensión e interpretación, que se corresponde con el nivel concreto sensible.

Dimensión de abstracción del objeto de investigación. Esta dimensión está caracterizada por la relación dialéctica entre objetivo de la investigación, campo de acción y la hipótesis. Ella da cuenta del movimiento del proceso del nivel concreto sensible al de abstracción.

El ascenso de lo concreto sensible a la abstracción tiene su inicio justamente en la precisión del objetivo de investigación mediada por el método clínico. Dicho objetivo precisa aquel aspecto del

objeto de investigación, que en calidad de abstracción, el investigador médico o salubrista pretende transformar.

Teniendo en cuenta, como se expresó anteriormente, que la determinación de un objeto de investigación es muy amplia, supone el riesgo de considerar aspectos y relaciones no vinculadas al problema, en tanto una determinación muy restringida de este puede llevar a la no consideración de aspectos relevantes vinculados con el problema.

Por lo anterior, se introduce el campo de acción como una abstracción esencial del objeto de investigación y constituye un aspecto particular de éste. La relación dialéctica entre el objetivo de la investigación (singular) y el campo de acción (general) permite delimitar la hipótesis (particular), la que en calidad de nueva síntesis, configura una especulación o conjetura científica de mayor abstracción que el objetivo y el campo de acción. Expresa qué se espera en el proceso con la transformación del objeto de investigación, estableciendo en términos de categorías esenciales, conforme el objetivo, el camino para desarrollarlo.

Por tanto, la hipótesis es la configuración que sintetiza las relaciones dialécticas y nexos esenciales existentes entre los aspectos (configuraciones) que conforman el campo de acción, delimitado desde el objetivo de la investigación, y mediante la cual se prevé solucionar el problema.

La hipótesis, al igual que las restantes configuraciones del proceso de investigación científica mediada por el método clínico, va concretando la intencionalidad de investigador médico o salubrista, por lo que no queda suficientemente precisada desde un primer momento, ya que en el propio proceso de la investigación se va construyendo, hasta el punto que la suposición inicial puede transformarse y hasta cambiar definitivamente, de acuerdo con el nivel de profundidad alcanzado en la transformación del objeto de investigación, posibilitando delimitar la vía de construcción del modelo, aporte o significación teórica y el aporte o significación práctico o instrumento en el curso de la investigación.

Antes de seguir es prudente aclarar que las demás configuraciones de la investigación que les anteceden por decirlo de alguna manera a la hipótesis también pueden sufrir variaciones en la medida que los resultados de la investigación se van haciendo más esenciales, es lo que explica que en algunas oportunidades cuando se hacen los diseños de las investigaciones en un inicio, muchos van variando en la medida que el proceso se va configurando.

Eso también explica que varios investigadores pueden estar trabajando incluso sobre un mismo objeto de investigación y los resultados finales se diferencian ya que cada investigación lleva la impronta del investigador, sus intereses, su intencionalidad, su ideología, sus principios, sus valores, sus presupuestos epistémicos y su cultura, así por ejemplo un cardiólogo no obtiene los mismos resultados al investigar un dolor precordial que un internista o un neumólogo.

Lo expuesto apunta a que el proceso de configuración de la hipótesis es un proceso de abstracción del objeto. A través de este, el investigador revela la relación entre determinados aspectos del objeto de investigación, en los que fija su atención, tratando de deslindar aquellos que constituyen los esenciales y necesarios de los no esenciales y casuales para proyectar las transformaciones esperadas en el objeto de investigación.

Aunque en este proceso parece que el investigador médico o salubrista se aleja del objeto de la realidad, en realidad representa un momento más profundo en el tránsito hacia su expresión teórica (el modelo o la significación teórica).

Dimensión de modelación del objeto transformado. Esta dimensión está determinada por la relación entre la hipótesis, el objetivo de la investigación y el modelo, donde el modelo es la síntesis dinámica de la relación entre las dos primeras.

Esta es la dimensión que expresa el tránsito de lo abstracto a lo concreto pensado, y que no termina con la construcción del modelo o la significación teórica, sino que asciende a un plano superior, cuando dicho modelo o significación se concreta a su vez en el instrumento de transformación del objeto de la realidad, lo que será explicado posteriormente.

La modelación es la dimensión del proceso de investigación mediado por el método clínico que expresa la representación sistémica del objeto transformado mediante la determinación de categorías

(configuraciones, dimensiones, eslabones y estructura de relaciones), revelando relaciones esenciales que expresan regularidades, leyes y teorías.

En su pretensión de interpretar la realidad, el modelo y la significación teórica como expresión en lo concreto pensado, enriquece con argumentos e interpretaciones la hipótesis y el objetivo de la investigación, con lo que adquiere una estructura más esencial de expresar el objeto transformado, como un nuevo conocimiento científico del investigador, que es síntesis de la caracterización esencial del objeto y por tanto en ella subyacen los referentes y posiciones asumidas, desde las cuales el investigador construye su manera de interpretar el objeto de investigación y su transformación, sobre la base de la determinación de las configuraciones y relaciones esenciales del objeto transformado, a la vez que se relaciona con determinados principios epistemológicos y metodológicos acerca de cómo enfocar el examen de la realidad.

A través del modelo teórico o la significación teórica, no sólo se expresa el objeto transformado en toda su diversidad, sino también que la estructura de relaciones, que constituye el modelo, puede ser generalizado en la interpretación de múltiples situaciones nuevas. Esto obviamente es posible sobre la base de que han sido reveladas las relaciones esenciales en dicho objeto transformado. Este es el nivel de lo concreto pensado.

En el proceso de construcción del conocimiento se retorna a lo concreto, pero sobre una base más profunda, esencial y superior. Cualquier modelo teórico o significación teórica, tiene la finalidad no sólo de explicar procesos o hechos conocidos que se plantearon en el problema, sino pronosticar los desconocidos. Su capacidad predictiva depende en buena medida de su coherencia lógica y del nivel de abstracción y generalización, dado que, en tanto sea más abstracto, será más generalizable y mayor será la capacidad de predicción del modelo.

El rasgo principal que caracteriza esta dimensión, es que la argumentación que se circunscribe al modelo es expresión del objeto transformado por la labor interpretativa de investigador.

En correspondencia con lo explicado hasta ahora, el proceso de construcción del conocimiento científico sigue un camino dialéctico, que va de los datos, al desarrollo de la teoría científica o modelo, transitando por la hipótesis. Este movimiento tiene su fundamento en la propia realidad objetiva que se investiga y en el movimiento del pensamiento humano.

Consecuentemente con lo anterior, la construcción del conocimiento científico transita del conocimiento de los hechos y datos, que resultan del análisis de objetos singulares, que se someten a observaciones y experimentos, hacia el conocimiento de las leyes y regularidades, lo que supone la formulación de determinadas generalizaciones que se evidencian superficialmente en los hechos. El tránsito del análisis de los hechos científicos a su síntesis teórica, la teoría o el modelo teórico, se realiza con ayuda de métodos de modelación y de inducción – deducción.

Dimensión de Instrumentación del modelo. Esta dimensión está caracterizada por la relación dialéctica entre el modelo, el objetivo de la investigación y el instrumento elaborado. Constituye un nivel superior de lo concreto pensado. En la misma, el modelo o significación teórica, como síntesis teórica para dar cumplimiento al objetivo de la investigación de solucionar el problema, deberá concretarse en un instrumento cuya aplicación posterior a la práctica transforme el objeto de la realidad y con ello se corrobore la hipótesis planteada.

El instrumento o aporte práctico o significación práctica, es la configuración que expresa la concreción del modelo teórico en aspectos, propuestas e inferencias precisas que conforman una estrategia, un programa, un método o un sistema de procedimientos, entre otros, que permiten aplicar en la práctica el modelo, y conforme al objetivo de la investigación, dar solución al problema. Significa la modificación del objeto de la realidad y la solución del problema, de acuerdo con lo formulado en la hipótesis.

Dimensión de concreción en el objeto de la realidad. Está determinada por la relación instrumento, objetivo de la investigación y resultado, donde el resultado deviene en síntesis de la relación entre las primeras.

Conforme al objetivo de la investigación mediada por el método clínico, es posible a través de corroborar, evaluar o validar las interpretaciones contenidas en los modelos teóricos e instrumentos,

con el objetivo de establecer respaldos de corroboración y confiabilidad, que garanticen la aplicación, obteniéndose como resultado de la misma que los conocimientos teóricos e instrumentos de intervención sobre el objeto de la realidad permitan alcanzar la transformación del mismo.

Desde esa perspectiva, la aplicación a la práctica del instrumento representa el tránsito de lo concreto pensado a la concreción, proceso en el que se generan nuevos problemas en un proceso de desarrollo en la construcción del conocimiento.

El resultado constituye la expresión del objeto transformado, en términos de la cultura que lo expresa, como estado final del proceso investigativo, por lo que se reafirma su carácter de configuración del proceso de investigación mediado por el método clínico.

- **Eslabones del proceso de investigación científica o lógica general del proceso de investigación científica mediado por el método clínico.**

Los eslabones constituyen la expresión de los complejos estadios o momentos por los que transita el proceso de investigación mediada por el método clínico y que determinan su lógica interna.

Todo eslabón implica una sucesión de movimientos, que se diferencian entre sí por las características del desarrollo del proceso por los sujetos implicados en calidad de investigadores médicos y salubrista en los diferentes estadios por los que transcurre este proceso, pero a la vez, por la naturaleza holística, compleja y dialéctica del proceso en el cual se integran, se relacionan y se condicionan dinámicamente.

La lógica interna de este proceso es una consecuencia de la relación dialéctica entre la postura epistemológica del investigador médico o salubrista y el objeto de la cultura expresado en el marco teórico asumido por éste, lo que constituye una contradicción dialéctica que se resuelve al constituirse dicha lógica en mediadora y síntesis de esta relación contradictoria.

En consecuencia con la lógica asumida desde el Método Dialéctico Holístico, en la secuencia de sus dimensiones, se hace evidente que dicha lógica responde a la Teoría general del conocimiento en la aplicación del método clínico, conforme lo cual se identifican los siguientes eslabones:

- **Eslabón factoperceptible**
- **Eslabón de la construcción teórica**
- **Eslabón de la aplicación**

Eslabón factoperceptible: Es la etapa caracterizada por una interacción entre sujeto médico u otro salubrista con el objeto (problema de salud-enfermedad), en la que el sujeto observa el objeto, lo explora, identificando las discrepancias entre lo que es y lo que debe ser, se cuestiona sobre las causas de la discrepancia, y trata de dar, por lo menos, dos respuestas posibles a esta contradicción. El investigador caracteriza el problema y el objeto de investigación sobre la base de la construcción del marco teórico y contextual de la investigación. En este proceso de caracterización del problema y el objeto de investigación se discriminan conceptos, se establecen relaciones entre conceptos, se determinan categorías que le permiten comprender las regularidades del objeto analizado y sobre la base de las categorías y relaciones esenciales, configura el objetivo de la investigación, el campo de acción y la hipótesis de la investigación.

Es el primer acercamiento del investigador al objeto de la realidad, por tanto es una etapa donde prevalece el empleo de métodos de carácter empírico, aunque también se utilizan métodos teóricos que posibilitan el procesamiento e interpretación de la información. Con el uso de métodos de análisis y síntesis e histórico lógico, se valoran los antecedentes que se relacionan con el problema de salud-enfermedad y el objeto de la investigación, es decir, es la etapa donde se construye el marco teórico y el marco contextual de la investigación mediada por el método clínico.

El **marco teórico** de la investigación mediada por el método clínico es la sistematización de la cultura teórica y práctica precedente, en la que la valoración crítica permite al investigador médico y demás profesionales de la salud caracterizar los antecedentes que se relacionan con el problema y el objeto de la investigación, permitiendo la fundamentación de la investigación, que será el soporte para las

argumentación del aporte teórico o la significación teórica y del aporte práctico o significación práctica (modelo y el instrumento).

En síntesis, la fundamentación contenida en el marco teórico permite precisar el problema y el objeto de la investigación mediada por el método clínico, lo que evita tomar un camino errado en el proceso de investigación científica; induce al estudio de nuevos problemas y sustenta el establecimiento de la hipótesis, el aporte o significación teórica-práctica.

El investigador requiere, entonces, utilizar como punto de partida los conocimientos y aportes derivados de experiencias investigativas anteriores y además cotejar sus resultados con los antecedentes. En ello no debe perder de vista lo relativo al marco contextual en que se desarrolla la investigación mediada por el método clínico.

Marco contextual es la cultura que expresa el complejo e históricamente determinado ámbito en que el sujeto desarrolla el proceso de investigación científica mediado por el método clínico y que incluye no sólo lo natural sino ante todo lo socio-cultural. En la elaboración del marco teórico y contextual las principales tareas, que entre otras se deben realizar, son las siguientes:

- Revisión de la literatura mediante la cual se consulta, extraer y recopilar la información relevante sobre el problema y el objeto investigado. Ello se realiza hoy con muy diversas formas, entre las cuales ocupa un lugar cada vez más importante los modernos sistemas computarizados y las denominadas autopistas de información.
- Sistematización de las teorías existentes, lo que permite determinar el grado en que ellos explican el problema a investigar.

De este estudio pueden derivarse los siguientes resultados:

1. Primero, que existe una teoría científica capaz de descubrir o explicar el problema de investigación.
2. Segundo, que existen varias teorías o generalizaciones empíricas que han sido demostradas y que posibilitan aplicarlas al problema de investigación.
3. Tercero, que las teorías existentes no explican a plenitud el problema.
4. Cuarto, que no existe teoría o antecedente alguno vinculado al problema.

En los dos primeros casos el investigador médico o salubrista aplica las teorías existentes a situaciones nuevas donde no se requiere elaborar un nuevo modelo teórico. Para ello naturalmente debe velar por la contextualización de las aplicaciones. A este proceso se le acostumbra denominar investigación de desarrollo pero que sí tiene una significación teórica.

En los últimos dos casos, la investigación científica debe ser dirigida a encontrar soluciones nuevas y autóctonas que enriquezcan el sistema de conocimientos.

Una vez diagnosticado el problema, caracterizado el objeto de investigación y el campo de acción de la investigación mediada por el método clínico, donde se precisen los referentes teóricos y la postura epistemológica del investigador, se está en condiciones de desarrollar el eslabón de construcción o significación teórica, aunque debe quedar claramente precisado que no se trata de etapas separadas y que el concepto de eslabón, desde la Teoría Holística Configuracional, constituye expresiones de estadios que se superponen y se dan en unidad, aunque se evidencia una lógica secuencial en los mismos, pero sin límites rígidos.

Eslabón de construcción o significación teórica. Es el eslabón donde se argumentan y revelan las relaciones que modelan el objeto transformado y el instrumento que lo hace viable, se desarrollan las dimensiones de modelación e instrumentación como manifestaciones de lo concreto pensado, este eslabón supone la representación sistémica del objeto investigado mediante la elaboración de conceptos, categorías, el establecimiento de nuevas relaciones, regularidades que permitan explicar las transformaciones del objeto de investigación. Tiene implícito la realización de tareas relacionadas con:

- La elaboración del modelo teórico o la significación teórica y
- La elaboración del instrumento.

Es una etapa donde prevalecen los métodos de investigación teóricos, aunque hay que significar que, aunque en distintos eslabones prevalece lo empírico o lo teórico, ambos subsisten simultáneamente a lo largo de la investigación, adquieren un carácter cíclico o iterativo hasta la confirmación definitiva de los aportes teóricos y prácticos.

Eslabón de aplicación. En este eslabón se desarrolla la dimensión de concreción. Como su nombre lo indica, se caracteriza por la concreción en la práctica del modelo teórico elaborado o de la significación teórica develada a través del instrumento, no sin antes corroborar, evaluar o validar la modelación y el instrumento. Ello permitirá establecer respaldos de confiabilidad, que garanticen la aplicación.

Desde esta perspectiva, la aplicación a la práctica del instrumento representa el tránsito de lo concreto pensado a la concreción, donde se vuelven a generar nuevos problemas.

En este eslabón se aplica en la práctica el instrumento elaborado a partir de la modelación. La aplicación a la práctica del instrumento elaborado confirmará la validez modelada y por tanto, la corroboración de la hipótesis y la solución del problema, lo que supone la aplicación del instrumento en la práctica, la corroboración, valoración y validación del instrumento y de los resultados de su aplicación.

La dinámica de la Lógica Dialéctico Holística del proceso de investigación mediada por el método clínico se sintetiza en su dinámica, que muestra el desarrollo en espiral del proceso, que es interpretado como un proceso social, lo que implica reconocer su carácter consiente, por tanto, su naturaleza compleja, dialéctica y holística, lo que requiere de su interpretación como un proceso que está dinamizado por las contradicciones entre lo objetivo y lo subjetivo, lo empírico y lo teórico, y esencialmente, por la interpretación de que la contradicción entre la preservación, el desarrollo, la difusión, la creación, la transformación y la revolución de la cultura, es la que dinamiza el proceso de investigación científica mediada por el método clínico.

Ello permite aplicar la Teoría Holístico Configuracional al proceso de investigación científica mediada por el método clínico, identificando las configuraciones, dimensiones, eslabones y estructura de relaciones que se explicitan en la lógica interna de dicho proceso.

CAPITULO- 4.

LA HERMENÉUTICA COMO ESENCIA DEL PROCESO INVESTIGATIVO MEDIADO POR EL METODO CLINICO

4.1.- Fundamentos de la hermenéutica

Sin grandes pretensiones históricas acerca del surgimiento de la hermenéutica, ni con intención de brindar concepciones epistemológicas profundas sobre esta ciencia, se intenta revelar las potencialidades que la hermenéutica aporta a la investigación mediada por el método clínico, como un enfoque metodológico totalizador, en la búsqueda de una profunda interpretación del objeto de investigación, ósea del problema salud enfermedad.

La hermenéutica paradójicamente es poco comprendida e interpretada por sus disímiles enfoques que desde la antigüedad y hasta la contemporaneidad se esgrimen y se complementan, aunque hoy en día es muy difícil evitar las polémicas epistemológicas sobre esta ciencia, dado su gran alcance en la aplicación a las disciplinas de las ciencias sociales y humanísticas y por tanto a las ciencias médicas y de la salud.

La hermenéutica permite penetrar en la esencia de los procesos y fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento al ofrecer un enfoque e instrumento metodológico para su interpretación

desde niveles de comprensión y explicación que desarrolle la reconstrucción (interpretación) del objeto de investigación y su aplicación en la praxis social.

En la contemporaneidad la hermenéutica es más aplicada a estudios teológicos, filosóficos, literarios, entre otros, e indiscutiblemente no deja lugar a dudas su carácter interdisciplinario y transdisciplinario, a partir de los aportes que le ofrecen la Teoría de la Información, la Lingüística, la Filosofía del Lenguaje, el Análisis Lógico, la Crítica Literaria, solo por citar algunos ejemplos.

En su origen fue concebida como el arte de la interpretación de los textos sagrados, tanto desde el punto de vista de la significación lingüística como desde la interpretación filosófica del pensamiento.

Un acercamiento a un estudio histórico sitúa sus raíces en la cultura griega desde las interpretaciones de Homero y en la tradición judeocristiana ante las versiones de los textos bíblicos, por lo que su surgimiento ha estado en la exégesis bíblica y en la filología clásica.

En sus raíces históricas, la hermenéutica asumió tres direcciones básicas del significado, que constituyeron un enfoque primario para su aplicación: se trató la “expresión” a partir del decir algo, o sea, desde la expresión de un significado; la “explicación”, en dar razones de ese significado, y la “traducción”, como la reconstrucción de ese significado, pero desde la interpretación individual del sujeto. Hoy en día han sido superadas por otros estudios científicos contemporáneos, pero ellas han permitido conocer las fuentes de su surgimiento y ofrecer, desde otra conceptualización más profunda, una sistematización de la misma como una metodología básica para su incorporación al proceso investigativo, al convertirse en un enfoque transversal de la lógica y el discurso científico.

Los estudios hermenéuticos han transitado por diferentes fases y momentos históricos, que apuntan a las fases bíblica, filosófica, científica, existencial y cultural, sin embargo en todas ellas se da como regularidad el tratamiento a sus diferentes objetos como un enfoque teórico-metodológico general para interpretar la objetividad de la experiencia humana desde el descubrimiento de las relaciones de significados y sentidos que se dan en el comportamiento del objeto, como una totalidad, desde una relación dialéctica, contradictoria, entre sus componentes o configuraciones que revelan sus nexos esenciales.

F. Schleiermacher fue quien reconoció a la hermenéutica como la ciencia de la interpretación, no sólo como un resultado filológico, sino general, capaz de ofrecer principios básicos para cualquier tipo de interpretación y romper así, las fronteras de la hermenéutica disciplinar.

A finales del siglo XIX el historiador literario W. Dilthey (1833-1911) reconoció también a la hermenéutica como una disciplina general que constituía la base para los estudios del arte, los hechos y escritos del hombre y distinguió a la “historicidad” en la interpretación del objeto, destacó la “temporalidad del contexto de relaciones” que surgen de la experiencia humana y precisó la tarea metodológica del intérprete en la búsqueda de las formas viables de interacción entre su mundo subjetivo con el del texto y estableció el sustento para el pensamiento de M. Heidegger sobre la “temporalidad de la auto-comprensión”.

M. Heidegger precisa que toda interpretación hermenéutica es temporal, intencional e histórica y utilizó el método fenomenológico para la interpretación de la existencia humana, mostrando una ontología de la interpretación.

H. Gadamer ofrece, posteriormente, una explicación histórica de la hermenéutica desde F. Schleiermacher hasta W. Dilthey y M. Heidegger, con lo que penetra en la relación de la hermenéutica con la estética y la filosofía a través del concepto de “conciencia operativa históricamente” que se configura con la tradición a través del lenguaje, desde el refuerzo del carácter lingüístico de la propia realidad del hombre. Gadamer significa los rasgos de la hermenéutica, precisando que constituye un acontecimiento histórico, dialéctico y lingüístico, viendo la interpretación como un acto personal.

Las ideas de W. Dilthey que reconoce que las operaciones mentales que se realizan para el conocimiento del significado de los textos son las mismas que se producen para el conocimiento de cualquier objeto de la realidad, tienen continuidad en M. Heidegger (1951) quien afirmó que todos los intentos cognoscitivos para desarrollar conocimientos son expresiones de un pensamiento hermenéutico.

Entonces, la hermenéutica como proceso del pensamiento humano atraviesa todo el estudio de los fenómenos y hechos de la realidad objetiva, de ahí su alcance y valor metodológico en la interpretación de los procesos sociales y humanísticos y también de salud y de enfermedad.

W. Dilthey llama "círculo hermenéutico" al proceso interpretativo del movimiento del todo a las partes y de estas al todo, con lo que adquiere significado y sentido. Este movimiento, sin embargo, no es un círculo, es necesario reconocerlo como una espiral, que va cambiando de dirección a cada vuelta y vuelve siempre a la misma posición, pero elevándose de nivel. En cada vuelta aumenta la riqueza de la descripción, el nivel de profundidad de la interpretación de la estructura estudiada y de su significado.

El proceso consiste en una sucesión de análisis y síntesis, que se puede expresar del siguiente modo: sin conocimiento generalizado no hay observaciones significativas, y sin observaciones significativas no hay generalización de los conocimientos, lo que está en correspondencia con lo expresado por E. Kant en una vieja máxima que plantea que la experiencia sin teoría es ciega, pero la teoría sin la experiencia es un juego intelectual.

La observación y la interpretación constituyen procesos inseparables, pues resulta imposible la observación sin la interpretación y viceversa. En toda ciencia y en los procesos de investigaciones vinculadas a ella se desarrollan técnicas específicas de observación sistemática para garantizar una rigurosa interpretación.

De esta forma, el rigor científico y la viabilidad de los resultados de una investigación dependerán de una observación crítica que permita una interpretación objetiva, a partir del nivel de precisión terminológica, de su rigor metodológico, de la sistematización con que se desarrolle todo el proceso y de la actitud valorativa de los investigadores.

El concepto de comprensión se desarrolló como método específico de las ciencias sociales contemporáneas en la obra de M. Weber, para quien la sociología desarrollará la comprensión desde la interpretación de la acción social de los individuos. Esta acción tiene un sentido subjetivo, referido a la comprensión que el sujeto social realiza de los motivos y finalidades de la acción de los otros.

Si bien M. Weber reconoce la "comprensión", opuesta a la "explicación" y la eleva a método propio de la sociología, A. Schutz, influido por estas consideraciones, así como por las concepciones de la fenomenología, la concibe como el procedimiento de interpretación cotidiano, que se emplea para dar sentido a nuestras acciones y a la de los demás, para quienes viven en una realidad social como escena intersubjetiva, que se nos da o es potencialmente accesible a cada uno de nosotros, por medio de la intercomunicación y el lenguaje.

4.2. Consideraciones hermenéuticas en el proceso investigativo mediado por el método clínico.

La hermenéutica, como esencia y fundamento del proceso de investigación científica mediado por el método clínico tiene en W. Dilthey a uno de los precursores de la hermenéutica contemporánea, quien desarrolló el "círculo hermenéutico" como el movimiento del proceso interpretativo del todo a sus partes y viceversa, lo que condujo a la aplicación de la hermenéutica al tratamiento a tres procesos interpretativos, que indiscutiblemente constituyen una unidad dialéctica y superan la primera concepción de las tres direcciones del significado que emergieron en la antigüedad.

A partir de ello se propone desde las consideraciones de Homero Fuentes (2004-2009) su redimensionamiento en este texto para el desarrollo del proceso investigativo mediado por el método clínico desde: la comprensión, la explicación y la interpretación, así como la observación, donde se definen las siguientes conceptualizaciones:

- **Comprensión:** Es el modo de aprehensión de los objetos de la cultura, es un método para un primer acercamiento al significado, y constituye una imagen totalizadora del objeto de investigación. Se sustenta en lo fáctico, en el análisis histórico-tendencial y en la caracterización epistemológica de dicho objeto.

Un ejemplo para que sea entendible en el contexto de salud-enfermedad se expones desde las acciones más elementales de un médico cualquiera ante un caso determinado.

El médico para realizar la atención a un paciente dado generalmente comienza por la realización de la historia clínica de dicho paciente donde el galeno inicia con una comprensión desde su primer contacto con el paciente donde con una mirada general le permite un acercamiento al diagnóstico, luego comienza un interrogatorio (que incluye anamnesis remota y la anamnesis próxima) donde puede identificarse con lo histórico tendencial en ese caso en particular, que es seguido del examen físico, dado en los métodos de: inspección, palpación, percusión y auscultación de forma separada o combinada lo que le permite hacer un diagnóstico factico (de las manifestaciones clínicas) de los síntomas e incluso un diagnostico sindromito.

- **Explicación:** En la explicación se significan hechos, manifestaciones y las relaciones causales (dialécticas) en el comportamiento del objeto de investigación. Es un segundo nivel de interpretación hermenéutica, y la forma de encontrar razones de la significación del objeto, constituye un análisis, que es más esencial que la comprensión al fragmentar las causas, movimientos, rasgos en un proceso analítico para desmembrar el objeto de investigación que posibilita penetrar con mayor profundidad en la esencia del comportamiento del objeto.

Siguiendo con el ejemplo anterior, en este instante el médico analiza las causa de los síntomas haciendo un diagnostico fisiopatológicos entre otros, como pueden ser diagnostico topográfico, etiológico, lo que le posibilita penetrar con mayor esencialidad en el caso que está estudiando.

- **Interpretación:** Constituye el desarrollo y la realización de la comprensión y la explicación, como síntesis de ellas y permite la reconstrucción del significado del objeto de investigación desde la mirada del investigador, adquiriendo con ello un sentido diferente y cualitativamente superior.

En este estadio, el galeno mediante síntesis sucesivas de los aspectos anterior dado en la historia clínica por los métodos señalados y su posterior desmembramiento puede llegar a un diagnóstico definitivo del caso, lo cual constituye un nuevo conocimiento concreto.

El investigador con el uso del método clínico entonces para ser consecuente con un pensamiento hermenéutico debe ser capaz de aplicar en el objeto de investigación (en este caso el paciente con un problema de salud-enfermedad) y en su construcción textual los tres procesos interpretativos del significado hermenéutico, quedarse sólo en los dos primeros, comprender y explicar, no permite un nuevo conocimiento científico que implique la reconstrucción de significados precedentes y la expresión de nuevos significados, desde otra mirada novedosa y creativa. Le queda el reto al científico de integrar estos procesos interpretativos en todo su proceso de investigación.

Esa integración de dichos procesos constituye la base o fundamento de toda argumentación científica, en un movimiento del todo (comprensión) a las partes (explicación) y de estas al todo (interpretación).

La dicotomía entre la comprensión y la explicación es imposible, ambas se sintetizan en la interpretación hermenéutico-dialéctica, donde es difícil diferenciar entre el objeto del conocimiento y el sujeto cognoscente, sucede que los tres procesos se dan en unidad dialéctica durante todo el proceso investigativo, sin embargo en momentos determinados del proceso científico, uno de los tres procesos adquiere mayor relevancia en función de las etapas de la investigación.

Estos procesos hoy en día superan la conceptualización dada en la cultura griega al ser comprendidos como un movimiento ascendente en espiral, que en interrelación dialéctica, van aportando niveles de esencialidad más profundos en la interpretación del objeto de investigación, enriqueciendo sus relaciones de significados y sentidos, donde se nutren desde el conocimiento generalizado del objeto hasta sus observaciones significativas más detalladas y viceversa para establecer el movimiento entre el todo y sus partes.

La hermenéutica es aún poco conocida, requiere de estudios profundos científicos y a menudo se encuentra conceptualizada de forma muy restringida, pero negar su valor en las investigaciones científicas mediada por el método clínico, sería privar al investigador salubrista y al médico de un enfoque, una teoría y de un método, que ofrece un instrumental para descifrar, desde la subjetividad humana, un objeto de investigación en salud-enfermedad, interpretarlo y a su vez, transformarlo.

La ciencia se comienza a construir desde la observación y la interpretación de sus procesos, y es aquí donde se erige la hermenéutica como un enfoque metodológico que atraviesa toda la investigación científica incluida el método clínico, y no sólo está en la obtención de los datos y su análisis, como afirman algunos autores, que la restringen a este momento preliminar de la investigación u otros que la reconocen sólo al final del proceso investigativo.

La validez de una obra científica dependerá de muchos factores, entre ellos, del nivel de precisión y profundidad terminológica, del rigor metodológico desde la selección correcta de sus métodos y técnicas hasta la coherencia entre todos los análisis que se van construyendo como un sistema de relaciones, en la sistematización de las principales conclusiones parciales que se van obteniendo, la actitud crítica y divergente del investigador ante la ciencia y la demostración de una interpretación científica de su objeto de investigación que debe expresarse en la reconstrucción de ese conocimiento desde un pensamiento hermenéutico.

En la actualidad es recurrente la imagen de un científico que aísla y contextualiza a su vez, su objeto de investigación, para modelarlo y convertirlo en el arte de su interpretación. Es reiterado entonces, conceptualizar a la hermenéutica como la ciencia de la interpretación y que debe ser expresada a través de un texto.

El objeto de investigación médica y en salud mediada por el método clínico, por tanto, requiere de una hermenéutica para hacer una interpretación adecuada de él como un objeto de la cultura desde una perspectiva totalizadora y exhaustiva y esta interpretación del significado de ese objeto constituyen la esencialidad de un proceso hermenéutico, y permite la transformación dialéctica en el movimiento del pensamiento.

Un análisis hermenéutico mediado por el método clínico trasciende al ser un conglomerado de métodos, técnicas y recursos científicos, es una expresión de todo el proceso investigativo que se sustenta en un estudio totalizador de su objeto de investigación e intenta visualizar todo este proceso dentro de un horizonte general y una interpretación profunda, a partir de un método que asuma a su vez, dos perspectivas de desarrollo:

- Una dirigida a una interpretación totalizadora de ese objeto que abarque el conocimiento preliminar de éste desde su observación, comprensión, explicación e interpretación en enfoques y teorías.
- Otra visión detallada de sus componentes o configuraciones que revele sus principales rasgos, cualidades y relaciones esenciales, desde esa perspectiva globalizadora del objeto.

Estas dos perspectivas de desarrollo hermenéutico deberán integrarse para ser expresión de significados coherentes de ese objeto de investigación.

Es en ese sentido que el método clínico, es un método hermenéutico en esencia, y el no conocerse por el profesional médico y de la salud, lo limita en su accionar de ciencia en tanto y cuanto ambos son métodos de investigaciones científica, que se pueden efectuar en un individuo, en una familia, en una comunidad, y en la sociedad en sentido general.

Ya W. Dilthey reconoce la necesidad de integrar el todo con las partes del objeto de investigación, y con ello penetra en el encadenamiento interno del texto, en relación con el contexto, como un proceso dialéctico, donde las partes reciben significado del todo y el todo adquiere sentido de las partes.

La concepción de la totalidad requiere el estudio dialéctico de las relaciones entre las partes, las partes y el todo y el todo y sus partes, al concebirse la totalidad como esencia de la integración de los procesos, la cual caracteriza a la construcción del conocimiento, que debe ir revelando sistemáticamente las propiedades, rasgos y cualidades del objeto de investigación.

Este proceso se inicia con la representación de un todo no fragmentado que da tránsito al análisis de sus partes o expresiones y finaliza con la reconstrucción de ese objeto, ya transformado, desde su nueva representación totalizadora, la cual se caracteriza por nuevas cualidades que no son resultado de las partes en sí mismas, sino síntesis de su interrelación dentro del sistema de conexiones que se dan entre ellas.

Los conceptos del todo y sus partes se auto-implican recíprocamente, y su contradicción dialéctica es expresión de la totalidad del objeto, como unidad dinamizadora. Ya desde la Teoría General de los Sistemas y en su tendencia teórica holística se hace énfasis en la preponderancia del todo frente a las partes, asumiendo el carácter complejo y dialéctico de los procesos socio-humanista-asistencial en salud.

Un mismo objeto puede ser comprendido y modelado desde diferentes alternativas, que cada investigador determina desde su enfoque metodológico y debe ser consecuente con su lógica científica en la interpretación del objeto de investigación.

La hermenéutica no puede desprenderse del proceso comunicativo, todo proceso humano está mediado por el lenguaje, por lo tanto el uso de las estructuras secuenciales del texto argumentativo, como texto científico, debe ser revelador de ese pensamiento hermenéutico.

Toda interpretación de un proceso es un fenómeno complejo y epistemológico, y manifiesta dos enfoques de la teoría hermenéutica: primero, qué es lo que implica el hecho de interpretar un objeto y segundo, qué es la interpretación en sí misma. Ello motiva, entonces a proponer dentro del proceso investigativo, atendiendo a lo que implica el hecho de interpretar un objeto, dos dimensiones en el tratamiento hermenéutico:

- **La dimensión teórica**, que permite la interpretación de todo el objeto de investigación desde las afirmaciones ya establecidas por la ciencia y que constituyen base para el estudio de ese objeto, la explicación de esas afirmaciones, pero desde el modo de asumirlas el investigador, para redefinir desde un conocimiento teórico – conceptual diferente, y la construcción teórica del objeto transformado, desde una visión totalizadora y a la vez, detallada de sus componentes o configuraciones y sus relaciones esenciales.
- **La dimensión empírica**, está desde el proceso de obtención de los datos en fuentes factuales perceptuales (observación) hasta la instrumentación de los resultados de la dimensión teórica, contentiva de sus orientaciones metodológicas y la ejemplificación de su aplicación, desde los niveles de corroboración en la práctica profesional, que asuma el investigador para valorar el aporte y la factibilidad de su propuesta. Con esta dimensión se inicia y se cierra un proceso de interrelación dialéctica en el proceso de investigación científica mediada por el método clínico.

El alcance hermenéutico de una investigación mediada por el método clínico será posible si se parte desde un inicio por visualizar las dimensiones por las que transitará la investigación, sustentado en un estudio preliminar de su objeto de investigación, lo que le ofrecerá una concepción general del proceso investigativo, que será expresión además, de una lógica científica, que una vez iniciado propiamente estará sujeto a cambios y transformaciones, según se vaya avanzando en los niveles de esencialidad científica. Esa flexibilidad en la dinámica del proceso, debe ir abriendo los caminos más pertinentes en la búsqueda de soluciones novedosas y trascendentes.

4.3. El Método Hermenéutico Dialéctico en el proceso investigativo mediado por el método clínico.

En consecuencia con el Enfoque Hermenéutico y como concreción de él, al proceso de investigación científica mediado por el método clínico se desarrolla la Metodología Hermenéutico Dialéctico, en dicho método se toma como base del proceso de investigación la espiral hermenéutica, en el movimiento en desarrollo del todo a las partes y de las partes al todo, donde se significa la totalidad

en tanto que el todo le da significado a las partes o expresiones de la totalidad y donde estas partes o expresiones de la totalidad le confieren sentido al todo.

Lo anterior es consecuente con el concepto de totalidad, en que las partes y expresiones del proceso de investigación mediado por el método clínico pierden su esencia y naturaleza si son consideradas fuera de ésta de forma independiente, por lo que adquieren sentido como partes inherentes al proceso de investigación. No habría totalidad sin las expresiones o partes del todo, lo que está determinado por la estructura de relaciones que se dan y que sustentan la significatividad de las expresiones y las partes en sus relaciones.

Otra consideración de carácter epistemológico en este método está en la relación dialéctica entre la comprensión, la explicación y la interpretación desde la observación, si bien ellas se dan en unidad dialéctica donde la interpretación es la síntesis entre la comprensión y la explicación y depende de la observación, en el proceso de investigación científica mediado por el método clínico, como proceso de construcción del conocimiento, se produce un movimiento en el cual las diferentes categorías van adquiriendo mayor relevancia en el desarrollo del propio proceso.

Así en las primeras etapas del proceso investigativo la comprensión del marco teórico y contextual, la realización del diagnóstico y el estudio tendencial, adquiere mayor significado la comprensión que va transitando a la explicación, desde una conciencia del sujeto esencialmente histórico-causal, siempre mediado por la observación.

En el desarrollo del propio proceso investigativo mediado por el método clínico, se va transitando no ya a las explicaciones históricas y causales, sino a las interpretaciones, que en un primer momento tienen un carácter de supuestos, de conjeturas, no exentas de una gran dosis de imaginación, pero que a partir de la cultura, de la construcción del conocimiento como cultura del investigador, se va fundamentando y revelando relaciones que con carácter de argumento sustentan las conjeturas y permiten llegar a una interpretación novedosa del objeto investigado. En esta etapa de la investigación la interpretación adquiere una mayor significación, elevando el nivel de esencia en el proceso de investigación, en estrecha relación con la observación.

El movimiento del todo a las expresiones o partes y de estas al todo, adquieren carácter de método cuando a partir de las experiencias individuales y grupales se diagnostica y revela el problema como un todo, esto es un diagnóstico fáctico sustentado en la experiencia y en los datos concretos que los sujetos médicos y profesionales de la salud disponen, pero este problema es una totalidad de la que no se pueden determinar causas, no se conocen movimientos, aspectos de carácter singular o particular que pueden propiciar esta manifestación como totalidad.

A partir del problema eminentemente fáctico se desarrolla entonces, un movimiento hacia las partes, hacia las expresiones, cuando se obtienen y seleccionan datos concretos, tendenciales y datos de carácter abstracto.

En la relación entre estos datos concretos y abstractos se desarrolla un proceso de interpretación desde la observación en que se contraponen expresiones, verificando las relaciones existentes o descartando estas relaciones, en un proceso esencialmente de comprensión y del cual se van revelando movimientos particulares, dimensiones, causas, que no es otra cosa que un tránsito hacia las partes o expresiones.

Lo anterior constituye un proceso de reflexión y de comprensión que transita hacia una totalidad como intencionalidad, emerge entonces esa totalidad que es la intencionalidad que va paulatinamente en el proceso de investigación mediado por el método clínico, concretándose en categorías que van emergiendo a través de la relación entre la comprensión, la explicación y la interpretación desde la observación del sujeto médico u otro profesional de la salud, que son el objeto de investigación, el objetivo y el campo de acción.

Este es un proceso de desarrollo interpretativo en el que van emergiendo esas categorías de la investigación como concreciones de la intencionalidad y que tienen su síntesis en la hipótesis, adquiriendo las categorías el carácter de expresiones de la totalidad y la hipótesis se constituye en una totalidad que expresa la interpretación alcanzada por los sujetos médicos y demás profesionales de la salud, con determinado grado de madurez, aunque constituye un supuesto que aún requiere de ser argumentado e interpretado.

La hipótesis, como idea que sintetiza las categorías anteriores y expresa las relaciones en que se sustenta la interpretación desde la observación, tiene que ser argumentada a través del dimensionamiento de las diferentes relaciones que en ella están implícitas y que expresan las diversas transformaciones que se producen en el proceso desde la óptica planteada por los investigadores, en la búsqueda de las nuevas relaciones que dan cuenta de la transformación del objeto de investigación.

A través de la argumentación de estas relaciones y de revelar la relación entre las dimensiones, se configura el modelo como síntesis del sistema de relaciones con lo que se regresa en el proceso interpretativo a una nueva totalidad, que en esta etapa del proceso de investigación mediada por el método clínico, tiene una mayor madurez en los argumentos y evidencian la relación entre las diversas dimensiones, significando ese carácter de totalidad.

El modelo constituye una estructura de relaciones, lo que implica que se trata de relaciones mutuamente vinculadas que revelan una cualidad superior que distinguen ese objeto transformado en el plano concreto pensado. Pero ese modelo para que pueda operar requiere ser llevado a procedimientos, que constituyen la estructura técnica a través de la cual opera el instrumento y que da cuenta de las transformaciones previstas en el modelo.

El considerar los procedimientos significa pasar del modelo como totalidad a las partes, que constituyen los diferentes procedimientos. Estos procedimientos al integrarse en un instrumento constituyen un regreso de las partes al todo.

Como se ha evidenciado, en la descripción del método hermenéutico dialéctico para las investigaciones mediadas por el método clínico, sobre los procesos socio-humanista-asistenciales de salud, se sustenta en un proceso de tránsito permanente y dialéctico del todo a las partes o expresiones de la totalidad y de estas al todo, pero un todo cualitativamente superior, determinado a través de la intencionalidad, de la hipótesis, del modelo y del instrumento.

Los procedimientos del método hermenéutico dialéctico en relación a las investigaciones mediada por el método clínico se determinan a continuación:

- Reconocer el problema partir del diagnóstico fáctico, así como de las experiencias individuales o grupales. Se identifica el problema como una totalidad sin desplegar los diferentes factores y posibles causas, que aún no se han revelado.

Ejemplo: en la formación socio humanista asistencial del profesional de la salud como tema de investigación de unos de los autores de este texto –Renán- eumed.net -2017- se obtuvo los siguientes resultados:

Manifestaciones externas como diagnóstico factico.

- Insuficiente tratamiento espiritual por los profesionales de la salud
- Escasa comunicación y relación entre el paciente y el profesional en el tratamiento a los problemas de salud
- Limitada solución a los problemas que se presentan en relación a la salud 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 comunitaria.

Problema de la investigación:

- Insuficiencias en la atención social en los procesos socio-asistenciales de salud en comunidad por los profesionales de la salud, que limita de la satisfacción espiritual, trascendente a las diversas problemáticas de salud en la atención comunitaria.

Siguiendo el mismo ejemplo anterior se tiene:

Diagnóstico causal

- Limitaciones teóricas en la vinculación de 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 humana en la gestiones para el desarrollo de la cultura salubrista por el profesional de la salud en comunidad.

Diagnostico histórico tendencial:

De una etapa de no consideración de los problemas humanistas y sociales en el estudio y la atención espiritual gerontogeriatrica, a una que aunque se reconoce la necesidad aún es insuficiente y poco contextualizada a la formación en el propio ejercicio comunitario del profesional de la salud.

Para seguir con el ejemplo invitamos a revisar la tesis doctoral de uno de los autores- Renán García Tamayo-2013- publicada en eumed.net 2017 de la cual también está expuesto un breve resumen en los capítulos que anteceden.

Estos procedimientos le facilitan al investigador de la salud una guía en su proceso de investigación socio-humanista-asistencial en salud, desde una coherencia científica que permite que las categorías del diseño de investigación emerjan desde el mismo proceso como un resultado dialéctico de la integración entre la comprensión, la explicación y la interpretación dese la observación de su objeto de investigación en el movimiento siempre en espiral del todo a las partes y viceversa.

CAPÍTULO- 5.

LA DIDÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA MEDIADA POR EL METODO CLINICO

5.1. Papel de la investigación científica mediada por el método clínico en el desarrollo del talento humano en el profesional médico y de la salud.

La educación médica superior se encuentra ante el reto de ofrecer una mayor ampliación a sus servicios educativos dado en la globalización, universalización y municipalización, así como en la formación de profesionales de la región latinoamericana, Europa y africana, a través de óptimas posibilidades de educación y adquisición de saberes que buscan favorecer un acceso equitativo para la formación del médico y demás profesionales de la salud, vivenciado por los autores en: la Facultad de Ciencias Médicas “Salvador Allende” Universidad “Victoria de Girón” Habana-Cuba (Mercedes Soler), Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Publica e Historia de la Ciencia en la Universidad de Alicante-España (Sergio Arteaga), Filial de Ciencias Médicas de Contramaestre en la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba (Renán García) todos hoy profesores en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Lurio, Nampula Mozambique, todos lo cual implicaría, prospectivamente, una mayor diversificación de sus instituciones, transformaciones en sus estructuras, mayor adecuación a las necesidades sociales de salud universal y contextual, incremento de la movilidad dentro del sistema internacional y nacional de salud, nuevas expresiones curriculares de la formación de pregrado y postgrado, desde las necesidades y potencialidades contextuales para su inserción universal, así como la transformación de las relaciones sociales globales y locales de aprendizaje basadas en principios auto regulativos mediado por la investigación científica de avanzada.

Todo ello y otros ejemplos de integración, genera la necesidad de enriquecer el talento humano del profesional de la salud, como expresión del mayor desarrollo cultural y científico de los sujetos implicados que constituyen el sustento más valioso de los procesos sociales de salud y enfermedad, por lo cual es una prioridad esencial en todas las universidades médicas en estos tiempos. “De lo que se trata es de tener acceso al conocimiento y de tener la preparación necesaria para ser también generadores de conocimientos, de ideas, de pensamiento” (Vecino, 2004).

El fortalecimiento de la investigación científica mediada por el método clínico en las universidades médicas y de salud es una necesidad, que se evidencia cada vez más, desde los propios aportes de esta universidad a la sociedad, que si bien no alcanzan cubrir las expectativas, si son resultado de los importantes proyectos de investigación que en muchas universidades se emprenden.

No caben dudas que frente a los desafíos de la sociedad contemporánea, el camino tiene que estar orientado hacia el fortalecimiento de la cultura científica de todos los ciudadanos, tanto en el aspecto personal como por la influencia que ella tiene en el logro de un verdadero desarrollo sostenible.

En ello, los profesores universitarios tienen un papel preponderante. La respuesta pertinente que las universidades tienen que dar al necesario desarrollo actual, exige consolidar la formación científica de sus docentes. En tal sentido, la V Cumbre iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno celebrada en Buenos Aires, Argentina, en Octubre de 1995, dejó definida la importancia de la innovación en el desarrollo económico y social, reconociendo que la formación amplia del talento humano para la innovación, a todo nivel, adquiere una urgencia y una dimensión hasta ahora inéditas e incuestionables. Destaca así mismo que lograr esto pasa necesariamente, por el reciclaje de cientos de miles de profesores y por una fuerte inversión de recursos en la generación y difusión de investigaciones educativas de carácter teórico, experimental y aplicado y que no sólo se requiere educar a los individuos, sino también proporcionarles el entorno institucional adecuado.

Resulta imprescindible, dado el desarrollo de la sociedad actual, que las universidades médicas y de salud se empeñen en perfeccionar todo lo que tiene que ver con el fortalecimiento de las competencias investigativas de sus estudiantes y profesores para poder acceder y generar nuevos conocimientos científicos, lo que implica entenderlos, analizarlos, aplicarlos y crearlos.

La investigación científica mediada por el método clínico es un complejo proceso que, a partir de las exigencias de la ciencia contemporánea, debe armonizarse adecuadamente con el proceso de pregrado y postgrado. En particular, la constante elevación del nivel científico y académico de los estudiantes y profesores universitarios es una tarea inaplazable, específicamente el fortalecimiento de la formación científica investigativa.

Teniendo en cuenta que la excelencia de las universidades médicas y salubrista tiene que ver directamente con el desarrollo del talento humano del profesional médico y de la salud, es inevitable atender consecuentemente la formación de investigadores, hasta la de doctores en ciencias de las diferentes ramas del saber, como cualidad que identifica las condiciones necesarias para enfrentar las profundas transformaciones que se avecinan, ya que cuentan con la formación científico – investigativa que les permite, a través de la creación y generación de nuevos conocimientos, aportar soluciones novedosas y trascendentes a los problemas que se derivan del estudio de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento relacionados con la salud.

En la actualidad, la excelencia universitaria para profesionales de la salud, tiene como uno de sus indicadores fundamentales, la cantidad de doctores que conforman la comunidad académica. La obtención del Grado Científico de Doctor acredita la capacidad para enriquecer una rama de la ciencia mediante aportes teóricos y prácticos, que hayan sido introducidos en la práctica social o que demuestren las potencialidades de ser introducidos y generalizados, sobre la base de una profunda argumentación y dominio del objeto de investigación.

El proceso de formación de posgrado hasta la formación de doctores en las universidades médicas y de salud exige ser acometido desde una perspectiva científica que estudie pormenorizadamente todos los aspectos condicionantes en la misma y dinamice su proceso formativo con claridad, profundidad, objetividad y capacidad de anticipación.

5.2. La formación científica del médico y demás profesionales de la salud y su concepción didáctica para la aplicación del método clínico.

La formación científica de los médicos y demás profesionales de la salud para abordar el método clínico demanda la articulación de aspectos pedagógicos y didácticos con los propios del proceso científico investigativo, muchas veces se asume erróneamente que las personas interesadas en investigar sólo requieren de actitudes para escalar el complejo sistema de acciones y tareas que permiten a un investigador llegar a resultados científicos válidos con un demostrado rigor científico.

En general se reconoce la necesidad de que el médico y demás profesionales de la salud que se dedica a la ciencia posea actitudes y cualidades propias de este quehacer, pero si ello no se armoniza con un dominio profundo de la cultura general y específica de su campo de trabajo, de los métodos de investigación y de las cualidades del trabajo científico, difícilmente se pueda mostrar resultados relevantes en la rama del saber que se trate.

Ello refuerza el criterio de que el proceso formativo de los investigadores socio-humanista-asistencial de salud mediado por el método clínico debe ser atendido con toda la riqueza que la construcción de conocimientos exige aun cuando se trate de sujetos que ya han alcanzado un adecuado desarrollo profesional. Se trata de enseñar cómo construir conocimientos, cómo relacionarlos, integrarlos y aplicarlos para obtener ideas científicas originales que proporcionen resultados científicos relevantes. Se reconoce internacionalmente que una alta proporción de los líderes mundiales se han formado a nivel de postgrado, muchas tesis doctorales han dado lugar a premios nacionales e internacionales, y muchas otras han contribuido a resolver problemas sociales o científicos relevantes. Pero así mismo, el costo social y económico de esta actividad es sumamente alto, sobre todo por los largos períodos de tiempo que se invierten generalmente en la formación de doctores. (Quiróz, 1996).

Ello demuestra que dichos procesos deben perfeccionarse desde el pregrado para obtener resultados óptimos en plazos de tiempo adecuados, según la inminencia de los procesos de desarrollo. Esta razón, unida al creciente rigor de la actividad investigativa sobre los problemas de salud enfermedad, exige que la formación de investigadores se caracterice por la sistematicidad y el esfuerzo intensivo de todos los implicados y de las estructuras institucionales a fin de lograr los resultados esperados en el tiempo previsto, alejándose de la improvisación y la espontaneidad.

Para ello es muy necesario tener en cuenta los avances de la Didáctica de la Educación Superior, como ciencia que se ocupa de los procesos formativos en este nivel de educación. Las categorías, regularidades y leyes didácticas permiten explicar consecuentemente este complejo proceso, además de organizarlo e implementarlo para alcanzar los resultados que se esperan.

Es muy importante contar con el personal idóneo para ello y con la concepción de un proceso bien diseñado y desarrollado, de manera que se ponga en práctica el criterio de que la ciencia no es un discurso académico sobre el saber, que para emprender de forma adecuada un proceso de formación científica hay que disponer de espacios de verdadera creación científica y de programas coherentemente concebidos y estructurados.

Es decir, que las ventajas educativas de todo el quehacer científico de las universidades médicas y de salud deben ser explotadas coherentemente. La integración del proceso de investigación con el de formación de nuevos investigadores aporta fecundos resultados y resulta de amplio provecho a la actividad universitaria.

El doctorado, como la categoría científica más alta que generalmente otorgan las universidades, es expresión de una sólida cultura científica y profesional. Al decir de Víctor Morles (1996) el doctorado es un indicador de una alta capacitación profesional en algún sector de la ciencia, la tecnología o el arte. La participación en un programa de doctorado implica una alta especialización profesional, la producción de una obra científica relevante, la práctica de la investigación científica y los seminarios como sus estrategias pedagógicas fundamentales.

Para la educación superior, el doctorado es el "proceso que proporciona a los graduados universitarios un conocimiento profundo y amplio en un campo del saber, así como madurez científica, capacidad de innovación, creatividad para resolver y dirigir la solución de problemas de carácter científico de manera independiente y que permite obtener un grado científico" (MES, 1996). Pero para formar habilidades investigativa no se puede esperar a ese nivel de postgrado, es preciso haber empezado desde la formación inicial.

5.3. Los programas de formación de doctores para los profesionales de la salud.

El presente texto además de ser útil para cualquier profesional interesado en la investigación científica, es dirigido fundamentalmente a la formación de doctores para los profesionales de la salud, que además forma parte de un proyecto para estos fines, en tal sentido se considera de gran utilidad en un programa estructurado, para esos desenlaces de ahí el número de colaboradores.

Es entonces que se comienza este acápite analizando que asociado al concepto del doctorado, se ubica el de programa de doctorado. En tal sentido, la Comisión Nacional de Grados Científicos de Cuba, (CNGC, 2003:1) reconoce que un programa de doctorado es “un proceso de formación científica que se estructura en un sistema de influencias planificadas de carácter científico, docente, metodológico y educativo que tienen a la investigación científica como centro de la formación del aspirante y contempla la participación en cursos, módulos, seminarios, talleres de tesis, realización de exámenes, trabajos en grupos y en redes, participación en eventos, publicaciones y otras.

En el programa el aspirante trabaja bajo la dirección de un tutor y en vínculo con otros especialistas y participantes del programa, este incluye el sistema de evaluación del aspirante y culmina con la presentación y defensa de una tesis doctoral ante un tribunal constituido”.

A partir del análisis de esta definición, es aconsejable puntualizar que aun cuando se reconozca que la formación de doctores se puede desarrollar a través de la vía tutelar y la vía de grupos de formación, la concepción de un verdadero proceso formativo y la acepción de programa de doctorado se adecua más a cuando se trata de grupos de formación, como es lo pretendido.

La diferencia esencial estriba en la relación de independencia o trabajo en equipos, ya que los estudiantes de doctorado desarrollan su formación en colectivos de trabajo y si ello se ajusta a un programa de asignaturas o módulos que van aportando un número de créditos a la formación profesional y científica, entonces es el caso de los doctorados curriculares. Esta modalidad resulta muy adecuada para los investigadores más jóvenes, ya que a través de la influencia del grupo de investigación, aceleran su formación.

En cualquier caso se reconoce la importancia de asociar el proceso formativo al desarrollo de proyectos de investigación en los cuales los estudiantes de doctorado se involucran directamente y en torno a los cuales se generan los problemas de investigación a los que las tesis de doctorado dan respuesta.

Desde una perspectiva académica, los programas doctorales constituyen la mejor forma de educar al investigador en las tareas de creación científica y alentar la que debe ser una producción intelectual distinguida y así mismo autónoma, independiente, original y significativa.

El apoyo a los programas de doctorado, tendrá que asociarse con un mayor desafío intelectual para todos los miembros de una comunidad universitaria, que involucra a profesores y estudiantes. Es en los programas de doctorado donde logran establecerse las redes de conocimientos a través de la cultura de la comunicación, apoyo y confrontación entre los científicos.

Los estudios de doctorado deben darse en permanente transformación por lo que no es posible sustentar los perfiles de los egresados en listados de conocimientos puntuales, que resultarían obsoletos a corto plazo. La dinámica y requerimientos actuales de la investigación científica hacen necesario orientarlo hacia la formación de competencias investigativas, lo cual permite vincular la educación con el desempeño real que tendrá el egresado en la vida académica y profesional. Las competencias requeridas para investigar y realizar un ejercicio profesional de alto nivel son capacidades abiertas, difíciles de acotar y en las cuales se puede mejorar incesantemente.

Las competencias no se pueden anclar a contenidos específicos porque el conocimiento y la tecnología cambian constantemente. Se tiene la visión que un programa de formación de doctores es para promover la independencia de pensamiento y la creatividad, el desarrollo de investigaciones de alto nivel, con respeto a la diversidad científico-cultural, basado en la cooperación y en la promoción de esfuerzos colectivos. Debe ser a través de un plan de formación flexible y contextualizado, en el que no haya formulas válidas para toda realidad, cada contexto debe generar su propio proceso; es además intencional, condición que se genera en la pertinencia científica, filosófica y social, y es, también, un proceso sistémico, complejo e interdisciplinario.

Un programa de doctorado es en definitiva una estrategia para formar al investigador en las tareas de creación científica y promover su producción intelectual autónoma, independiente, original y significativa, que se orienta a la formación de doctores a través de grupos de investigación y que reconocen la importancia de asociar el proceso formativo al desarrollo de proyectos de investigación en los cuales los estudiantes de doctorado se involucran directamente y en torno a los cuales se generan los problemas de investigación a los que las tesis de doctorado dan respuesta.

Un programa de doctorado estimula la cooperación interinstitucional (tanto nacional como extranjera) y los enfoques Inter, multi y transdisciplinarios. La dinámica y requerimientos actuales de la investigación científica hace necesario orientarlos hacia la formación de competencias investigativas. Tienen que promover la independencia de pensamiento y la creatividad, el desarrollo de investigaciones de alto nivel con respeto a la diversidad científico-cultural y basado en la cooperación y en la promoción de esfuerzos colectivos, en respuesta a su pertinencia científica, filosófica y social. La Didáctica de la Educación Superior como ciencia, permite comprender, explicar e interpretar desde la observación el proceso formativo como un proceso complejo, holístico y dialéctico, mucho más si se trata de formar investigadores que se desempeñen con calidad en el desarrollo de la investigación científica mediada por el método clínico y según las exigencias de un programa de doctorado. Este concepto de programa de doctorado permite enfatizar en los aspectos siguientes:

1. La flexibilidad de un programa de doctorado exige que se definan con mucha precisión los aspectos generales a los que el programa responde, pero dejando la amplitud necesaria para realizar las adecuaciones debidas, en función de la variabilidad a que está sometido permanentemente el desarrollo científico y a su contextualización, donde deben ser muy bien precisados los fundamentos epistemológicos, enfoques investigativos fundamentales y alcances de los temas de investigación, en correspondencia con las características de los aportes prácticos y teóricos que deben identificar las investigaciones a desarrollar por los estudiantes de doctorado y sus propias tesis.
2. El enfoque Inter, multi y transdisciplinario se logra con los proyectos de investigación en torno a los cuales se desarrolla el programa, los cuales deben tener también este carácter. En función de eso, los contenidos que deben ser cursados por los estudiantes de doctorado, deben responder a una verdadera integración de los aspectos académicos y científicos, de manera que se vayan venciendo de forma creciente y gradual, los propósitos formativos que den cuenta de una sólida cultura profesional y científica por parte del estudiante de doctorado.
3. Las competencias investigativas que se deben formar, tanto las generales como las específicas asociadas a las particularidades de la temática que centra el programa, deben ser precisadas con arreglo a las demandas del desarrollo científico actual y perspectiva de la rama del saber de qué se trate.

De manera que un médico y un profesional de la salud que aspira a formarse como doctor, debe ingresar en un programa de doctorado con vistas a consolidar su formación profesional, según los campos del saber de qué se trate. Como expresión de los aspectos cognitivos que caracterizan todo proceso formativo, debe ser capaz de dominar efectivamente las ramas científicas, tecnológicas o artísticas con las que se relaciona su objeto de investigación, con la profundidad que la cultura científica exige.

En caso de investigadores noveles, lo que no se identifica específicamente con la edad, los cursos que se incluyan en el programa deben contribuir a acelerar este proceso. Al mismo tiempo debe ir demostrando su amplio interés por la actividad investigativa, lo que se traduce en una evidente motivación científica. Debe manifestar permanentemente su identificación con lo que el quehacer científico representa, dando muestras de consagración, entrega, dedicación al trabajo esmerado, acucioso y riguroso que caracteriza a un investigador en estos tiempos. Así mismo, debe incentivarse todo el tiempo la vocación por el trabajo en equipo, la responsabilidad ante la confiabilidad y veracidad de sus resultados y la total disposición a transformar la realidad del objeto que investiga, lo que redundará en mejorar la sociedad y contribuir a su desarrollo.

La articulación de la sólida formación profesional y la motivación científica es lo que permitirá que se pueda ir desarrollando la madurez científica del estudiante de doctorado, lo que le permitirá alcanzar resultados relevantes y de mayor significación social, según las etapas del proceso investigativo por donde transite.

En los medios académicos se comparte el criterio de que el trabajo de investigación que desarrolla un estudiante de doctorado debe permitir que el mismo revele sus capacidades para analizar, interpretar

y sintetizar información, demostrando un vasto conocimiento de la literatura científica relacionada con el tema, así como manejar adecuadamente los métodos de investigación científica, saberlos aplicar y extraer de ellos los resultados esperados para ser capaz de presentarlos de manera lógica y secuenciada, para discutirlos y sustentarlos con suficiente nivel de argumentación.

Refiriéndose a la envergadura de la tesis de doctorado, V. Morles (1996) ha afirmado que deben ser esencialmente auténticas obras intelectuales relevantes realizadas en un ambiente de gran libertad; esto último para propiciar la creatividad, la crítica honesta, el razonamiento audaz y el vuelo libre de la imaginación, haciendo énfasis en la importancia de que la investigación resuelva un problema relevante de carácter social, científico, técnico o humanístico y que el estudiante de doctorado haga demostración de conocimiento especializado y de la cultura.

Un investigador médico o profesional de la salud, es un profesional que exhibe una serie de valores que deben haber sido formados en etapas precedentes. Es decir, emprender un programa de doctorado debe partir de considerar que hay una serie de rasgos que deben caracterizar a los estudiantes de doctorado y que en el proceso de su formación como investigadores se refuerzan.

Debe entenderse que este no es un criterio elitista ni excluyente, sino que la actividad científica requiere unos niveles importantes de dedicación, consagración y entrega, por lo que deben precisarse las cualidades generales que un profesional que matricula un programa de doctorado debe poseer, dichas cualidades permiten poner de relieve la dimensión humana del investigador, quien debe estar verdaderamente comprometido con la significación social de sus investigaciones, con el beneficio que sus resultados reportan a la sociedad en general y en particular, con el grupo poblacional donde la investigación tiene su mayor impacto.

5.4. Las competencias investigativas

Las exigencias del proceso que se debe desarrollar para conducir a la formación de un investigador para abordar el método clínico, hacen que estas cualidades antes descritas se expresen en competencias investigativas, entendiendo estas como aquellas configuraciones didácticas de naturaleza cognitiva, afectiva y motivacional que revelan rasgos fundamentales a formar en el individuo en estrecha unidad y que posibilitan su autorregulación y desempeño cabal en un contexto histórico social concreto.

“La formación de competencias es un proceso constructivo, socializado, que sólo es posible en un espacio interdisciplinar, partiendo de una concepción participativa y no directiva del proceso, con el convencimiento de que el contenido es socialmente construido e históricamente desarrollado y, por ende, sus resultados, competencias indispensables en el profesional, se alcanzan mediante un proceso en el que se trabaja, de manera interrelacionada los núcleos de contenidos, las habilidades generalizadas y los valores profesionales y sociales, donde lo interdisciplinario se manifestará en lo docente, lo científico-investigativo lo asistencial y lo gerencial.” (Fuentes y Cruz, 2003).

Esta noción de competencias trae consigo una nueva aproximación al desarrollo humano y por ende al profesional médico y de la salud, con importantes implicaciones en el campo formativo, es la posibilidad para desarrollar en los investigadores de esa naturaleza, la capacidad para el análisis, la crítica y el razonamiento a través de la construcción significativa de nuevos conocimientos y de la contribución intencional al desarrollo de la sociedad.

Incorporar el concepto de competencias a la ejecución de programas de formación de investigadores, significa que el resultado va a estar relacionado a acciones concretas, a resultados de investigación, no como efecto de un aprendizaje tradicional, sino un aprendizaje donde se acrecienten las capacidades humanas mediante el desarrollo integrado de las dimensiones de la personalidad a través de la búsqueda, la indagación, la innovación, la creación de propuestas originales y novedosas, la contribución al desarrollo de la rama del saber de qué se trate y el uso efectivo de métodos científicos para brindar solución a los problemas de investigación.

De manera que el concepto de competencia investigativa debe transmitir claramente la idea de que los procesos de formación de investigadores tienen que estar dirigidos fundamentalmente a una que reúna las condiciones que la sociedad actual está demandando, es decir, que sean individuos con capacidad plena para el análisis, la argumentación, preparados para

asumir los desafíos del actual y perspectivo desarrollo científico, altamente comprometidos con la historia y las tradiciones de su medio o un salubrista, profundamente reflexivos, capaces de comportarse esencialmente humanos, con todas las posibilidades para contribuir al vertiginoso avance de la ciencia y la técnica y dispuestos a crecer tanto en el orden de la preparación científica y profesional como en sus condiciones personales.

La posibilidad de que futuro investigador médico o salubrista se apropie de la cultura científica necesaria para resolver los problemas de investigación relacionados con la salud y la enfermedad que se presentan, vinculada a la posibilidad de fundamentar adecuadamente esos problemas de investigación y la caracterización del objeto que se investiga, revelando los rasgos esenciales del mismo, a través del procesamiento y análisis crítico de la información recopilada con exhaustividad, tanto fáctica como de la literatura consultada, emitiendo juicios acerca de la misma y relacionándola convenientemente con el objetivo de la investigación que se desarrolla, a fin de poder dominar la temática de estudio, nutrirse de las experiencias anteriores y establecer los nexos entre el tema investigado y sus antecedentes, se sintetiza como **competencia indagativas**.

Las cualidades del investigador médico o demás profesionales de la salud de expresar de forma oral y escrita argumentos con base científica y uso de conceptos que permitan fundamentar y construir juicios, concepto, razonamientos y valoraciones, demostrando con seguridad el dominio de la cultura que se tiene acerca de la temática de estudio y la capacidad para la síntesis y la concreción, además de la cohesión y coherencia con que se brindan los nuevos fundamentos científicos en los que se sustentan las consideraciones a las que se llegan como consecuencia del proceso investigativo, se le denomina **competencia argumentativa**.

Es imprescindible, así mismo, que el futuro investigador médico o cualquier otro profesional de la salud sea capaz de revelar los aspectos novedosos de una investigación, relacione aspectos significativos del objeto y se represente, a través de la abstracción, la forma en que se puede incidir en el objeto de investigación con vistas a transformarlo. Aquí se pone de relieve la capacidad para la anticipación por cuanto el investigador va regulando a través de los resultados parciales, el alcance de los resultados finales de la investigación y demostrando cómo modelar el objeto de investigación y el campo de acción para revelar los aspectos esenciales de su concepción, con lo cual estará en posibilidad de realizar aportes teóricos a la rama del saber en la cual investiga y poner de manifiesto su **competencia innovativas**.

De manera que podría expresarse que las tres competencias que resumen las cualidades más trascendentes de un investigador son precisamente: **la indagativas, la argumentativa y la innovativas**.

La precisión de estas competencias sustenta la concepción didáctica de un programa de formación de investigadores, ya que no se debe perder de vista que el desarrollo del programa es para formar esencialmente estas competencias, no en asignaturas o módulos específicos, sino que de una manera u otra todas las partes integrantes del programa contribuyan a la formación de las mismas.

Hay otras competencias que podrán identificarse en casos específicos, por ejemplo, en investigaciones en que han participado los autores de este libro se reconoce además de las tres mencionadas, que la formación de un investigador debe contemplar las competencias gerenciales o de gestión que son las que posibilitan elaborar, presentar a concursos, implementar y evaluar proyectos de investigación y la competencia tecnológica que permite el acceso y uso consecuente de los medios tecnológicos en provecho de los propósitos más trascendentes de la ciencia, no sólo en aquellas investigaciones de las ramas tecnológicas, sino en general, ya que las condiciones actuales no excluyen ninguna rama del saber en la necesidad de manejar herramientas y accesorios tecnológicos. (O. Gallardo, 2003).

Se considera sin embargo, que las tres primeras son las que pueden definir la formación de los aspectos más relevantes de la investigación, las que pueden determinar la construcción por el estudiante de sus aportes teóricos y prácticos más significativos.

La interrelación de estas tres competencias permiten comprobar la presencia del enfoque hermenéutico en el proceso investigativo, que tal y como se ha demostrado en capítulos anteriores,

es lo que permite al investigador penetrar e intervenir en el objeto de investigación a través de su comprensión y explicación, para llegar a su interpretación Hermenéutica desde una adecuada observación científica.

La **competencia indagativas** deberá formarse comprobando que el futuro investigador es capaz de trabajar con las concepciones científicas ya reveladas en la literatura especializada, dominarlas y discutir las para hacer sus propias interpretaciones desde posiciones de fundamentada crítica y asociar toda esa información que sintetiza con las manifestaciones de su objeto de investigación, procesada y evaluada para poder emitir juicios críticos valorativos que le permitan la comprensión científica del objeto de investigación, como primer eslabón del proceso hermenéutico.

La **competencia argumentativa** por su parte, se sustenta desde la posición de los autores en la espiral hermenéutica, que se desarrolla en la dialéctica entre la comprensión, la explicación y la interpretación desde la observación, la que se expresa en una secuencia de datos, justificaciones, fundamentaciones y nuevos argumentos para llegar a una nueva propuesta como conclusión. Es la que hace posible que el investigador vaya deslindando lo irrelevante, penetrando en lo esencial, en lo significativo de su objeto de investigación.

Durante todo el proceso de investigación esto se logra a partir de una comprensión científica del objeto, revelando progresivamente sus rasgos esenciales, identificando las particularidades que lo caracterizan y estableciendo las posibles vías para su transformación, lo que implica, desde el punto de vista hermenéutico, alcanzar la explicación, entre la comprensión y la explicación se sintetiza la interpretación de los procesos y fenómenos mediado por la observación y con ello plantear las variantes posibles de su recodificación y transformación.

Esta competencia permitirá al futuro investigador plantear sus aportes con argumentos, sin desentenderse de la cultura científica precedente, pero con recursos intelectuales nuevos, con valoraciones propias y con la fundamentación que exige el rigor científico de toda investigación.

Una vez que el futuro investigador ha desarrollado sus competencias indagativas y argumentativas, estará en condiciones de realizar propuestas originales y novedosas porque ha logrado diferenciar lo relevante de lo irrelevante, lo trascendente de lo intrascendente, lo nuevo de lo viejo, todo en relación con las particularidades de su objeto de investigación y a través de los conceptos, categorías, y regularidades, que le permitirán plantear propuestas de valor teórico y práctico que transformen el objeto y permitan la solución del problema de investigación. Así se desarrolla la **competencia innovativas**, a través de la búsqueda permanente de los aspectos originales que puedan caracterizar una propuesta como respuesta científica y que está sustentada en una construcción de nuevos conocimientos.

Esta precisión de las competencias fundamentales que deben formarse en un programa de formación de investigadores, representa que con independencia de los contenidos curriculares o extracurriculares que el programa pueda contemplar, debe verificarse permanentemente el proceso de adquisición de las mismas por parte de los estudiantes.

Ellas se ponen de relieve cuando el estudiante diseña su investigación, fundamenta su problema de investigación, desarrolla el marco de referencia para penetrar en los aspectos esenciales de su objeto de investigación, se plantea hipótesis y organiza las tareas investigativas que le permitirán valorar o validar las mismas. Para ello es necesario que el programa se articule debidamente con el desarrollo del proceso investigativo.

A ello deben contribuir en gran medida los cursos de metodología de investigación, no en los aspectos formales del proceso investigativo, sino considerando la metodología de investigación científica como una lógica seguida por los investigadores, sustentada en un sistema de categorías y relaciones que permiten a estos diseñar y regular el propio proceso, a partir de ir seleccionando y construyendo el camino más acertado para llegar al resultado esperado, esto concuerda con el adagio de que no hay métodos de métodos para la investigación, ni tampoco métodos para crear método, y cada investigación tiene su método propio pertinente a la cultura y a los sustentos epistémicos del propio investigador.

Por ello la inclusión de estos contenidos en un programa de formación de investigadores deben responder a una adecuada estrategia del proceso que posibilite el desarrollo regulado y coherente de

la investigación con dominio de las tareas a desarrollar, el alcance real de cada una de ellas y la concatenación de los resultados parciales y finales de la investigación, no para alcanzar conocimientos enciclopédicos sobre metodología de la investigación, sino para llegar a formar las competencias investigativas, que permitan organizar metodológicamente el proceso de la investigación, definiendo las categorías propias del mismo, así como las tareas y métodos científicos que le permitan alcanzar los objetivos declarados en correspondencia con la hipótesis, para ir adecuando la marcha de la investigación según los resultados que se van alcanzando y la significación de los mismos en el desarrollo del proceso.

A ello se une la necesidad de que los estudiantes de un programa de formación de investigadores sean capaces de aplicar los métodos de investigación (tanto teóricos como empíricos) en función de las características del objeto de investigación, de la etapa en la que se encuentre el proceso y los objetivos que se esperan alcanzar, utilizándolos apropiadamente para demostrar las consideraciones que se van alcanzando y con ello brindar los argumentos que permitan la corroboración de la fiabilidad de los resultados.

La valoración de la formación de las competencias debe realizarse a través de actividades de discusión científica, es decir, el programa debe contemplar una serie de seminarios, talleres, debates que constituyan los espacios para exponer y discutir los resultados. Dichos eventos deben permitir, además de evaluar la marcha de la investigación, valorar las potencialidades del estudiante de doctorado para expresar sus ideas con suficiente rigor, síntesis y utilización del lenguaje argumentativo. También debe ser una exigencia del programa la presentación de trabajos escritos en forma de ensayos o artículos científicos, que puedan ser publicados en revistas de prestigio en la rama del saber de qué se trate.

Estas actividades de carácter docente, que debe contemplar el programa, han de concebirse con suficiente valor didáctico para que en las mismas se desarrolle un verdadero proceso de enseñanza-aprendizaje, o docente educativo es decir, no se debe partir de los supuestos de que ya los estudiantes cuentan con las competencias enunciadas, el valor didáctico de esta propuesta se concreta cuando el colectivo de profesores y tutores del programa diseña el desarrollo del proceso docente de forma que el estudiante aprenda cómo apropiarse de esas competencias a partir de la interacción con sus profesores, otros estudiantes e investigadores involucrados.

Para ello deben articularse convenientemente los contenidos de los cursos o módulos, en los que predomina el carácter académico, con las actividades de carácter más investigativo y que deben formar parte integrante del programa, como ejemplo de ellas tenemos:

- **Seminarios de disertación**, entendidos como aquellas formas del proceso que aglutinan a estudiantes de doctorado que trabajan una temática afín y en los que se discuten artículos, reportes, trabajos de gran actualidad, que los estudiantes han consultado para conformar su marco teórico, permitiendo esto la socialización de los documentos científicos que se localizan.

Este es un espacio muy pertinente para la utilización de los métodos automatizados de búsqueda de información y permite la optimización del tiempo de los estudiantes a partir de la posibilidad de poner al servicio del colectivo la información obtenida, además de que constituye un entrenamiento en la comprensión, explicación e interpretación de su objeto de estudio, sobre la base de la literatura científica actualizada. Deben programarse fundamentalmente en la etapa de caracterización del objeto y el campo de acción, lo que contribuye a la fundamentación del texto de la tesis, con una periodicidad tal que exija a los estudiantes de doctorado su permanente actualización.

- **Seminarios de tesis**, son aquellos en los que los estudiantes rinden cuentas del avance de su investigación y en particular de su tesis, para discutir sus consideraciones científicas en torno al objeto de investigación y los resultados parciales que van alcanzando en el proceso. Deben programarse a todo lo largo del programa y sus objetivos deben adecuarse a las etapas en que se encuentran las investigaciones. En casos que se considere necesario, pueden nombrarse oponentes y adoptar algunas de las exigencias que se tienen en los actos

de predefensas y defensa para el consiguiente entrenamiento de los estudiantes de doctorado con vistas al mejor desenvolvimiento en estos importantes momentos del desarrollo científico, como por ejemplo, la participación de otros especialistas aunque no estén directamente vinculados con el programa.

- **Talleres de publicaciones**, para discutir de forma colectiva el alcance y cualidades científicas de la producción científica de los estudiantes de doctorado, siendo ellos mismos los que valoren críticamente la calidad de los artículos, ensayos, ponencias y demás resultados investigativos que se concreten en posibles publicaciones, donde puede exigírseles la aprobación en estos talleres antes de que los consejos científicos respectivos dictaminen su aprobación definitiva para ser enviados al consejo editorial correspondiente.

5.5. El proceso didáctico y las tareas de investigación

Como en todo proceso formativo, los avances significativos que va teniendo el estudiante en su formación como investigadores, deben ser controlados a fin de comprobar los resultados. Tratándose de un proceso profundamente personalizado, en el cual los resultados pueden ser diferenciados individualmente, juegan un papel muy importante las tareas científicas, entendidas como aquellas que se van realizando con una secuencia conscientemente determinada y con ayuda de los correspondientes métodos de investigación para ir cumpliendo las etapas necesarias en el camino de la solución de los problemas científicos.

Las tareas científicas permiten estructurar y concretar la lógica de la investigación e ir obteniendo los resultados esperados en cada etapa, los cuales se van constituyendo en conclusiones parciales del proceso de investigación.

En la investigación científica, la delimitación de las tareas científicas se formulan a manera de orientaciones concretas dirigidas a un fin, gracias a las cuales la solución de los problemas se descompone en etapas cognoscitivas separables, estas tareas permiten organizar toda el trabajo de los investigadores en un coherente sistema dirigido a un fin que permite controlar y relacionar los resultados obtenidos.

Con la diferenciación de las tareas en la investigación científica está relacionado el conocimiento de las condiciones que se deben tener en cuenta en el estudio de los objetos y en la formulación de las diferentes formas del conocimiento. Gracias a esto el investigador puede plantear la investigación y obtener los resultados deseados en cada etapa concreta de la misma.

Las tareas científicas se dan en relación orgánica, sus resultados permiten constatar los avances del proceso, de ahí el valor didáctico que adquiere la regulación de dichos resultados en la formación de competencias investigativas.

Según la naturaleza de la etapa investigativa en que se trabaje, las tareas pueden identificarse como empíricas o teóricas. Las empíricas se relacionan con la revelación de los datos, que permiten la comprensión e interpretación de la realidad, en el estudio detallado y pormenorizado de los hechos acerca de los objetos estudiados y sus causas, así como la separación y selección de los hechos que caracterizan a determinados objetos. Cualquier reflexión teórica sustenta su objetividad en este proceso empírico. En la ciencia, para la solución de las tareas empíricas, se elaboran métodos especiales de conocimiento como: la observación, la medición y el experimento, los que se emplean tanto en el estudio de los objetos revelados en la investigación científica, como en la determinación de los presupuestos, lo cual implica determinadas operaciones prácticas, tanto con los objetos estudiados como con los medios o instrumentos de conocimiento utilizados.

Las tareas teóricas, por su parte, están dirigidas a revelar aquellas causas concretas, relaciones, dependencias, interdependencias, interacciones y procesos que posibilitan interpretar el comportamiento de los objetos estudiados. En este sentido, las tareas científicas de carácter teórico permiten al investigador salirse de los marcos de las características directamente observadas, debe construir y fundamentar proposiciones acerca de aquellas causas concretas, acerca de los procesos o mecanismos que determinan el cambio observado y, consecuentemente, dan la posibilidad de comprender, explicar e interpretar desde la observación los hechos establecidos.

Lo anterior en cuanto a esos tipos de tareas: empíricas y teórica no entra en contraposición con lo asumido en capítulos anteriores, al referirse a los aspectos teórico y empírico con aspectos contradictorio de un proceso investigativo y de creación del conocimiento, se significa entonces que lo teórico y lo empírico siempre están en unidad dialéctica dado que uno es condición del otro en la creación del conocimiento científico, lo teórico siempre tiene de lo empírico y lo empírico siempre tiene un sustento teórico.

En la determinación de las tareas científicas a desarrollar por cada investigador en formación, debe tenerse en cuenta que el formula los conocimientos teóricos en tal forma que puedan ser corroborados, valorados o comprobados empíricamente. Este a su vez, se relaciona con el sistema de conceptos dado en forma de ley, teorías e hipótesis.

En la solución de las tareas científicas de carácter teórico ejercen un importante papel los procedimientos lógicos del pensamiento como: el análisis, la síntesis, la inducción, la deducción y otros.

La investigación de las causas concretas de los procesos, que permiten explicar los cambios observados o los hechos establecidos, se realizan en consecuencia con la lógica de la investigación, que en general, no se pueden revelar directamente en los mismos cambios o hechos y para eso hay que construir diversos supuestos, desarrollar hipótesis, buscar nuevas ideas, nuevos tratamientos.

La precisión de las tareas científicas de acuerdo con las etapas generales del proceso investigativo, permiten definir los alcances que deben ir logrando los estudiantes en cada etapa del proceso. A continuación se ilustra cómo podrían definirse esas tareas de acuerdo con los resultados esperados en cada etapa de investigación, según las dimensiones de caracterización, abstracción y modelación del objeto por considerar que son las que más dificultades ocasionan en la formación de los investigadores y cómo esto se articula con la formación de las competencias indagativas, argumentativas e innovativas.

El valor didáctico que le aporta al proceso formativo la definición de las competencias investigativas y su articulación con las tareas científicas a desarrollar, consiste en la posibilidad de ir regulando dicho proceso a partir de los resultados parciales y finales a los que el estudiante debe ir alcanzando, cuestión que debe hacerse sin perder la visión de que el proceso investigativo, por su propia complejidad, no debe ser reducido a una serie de tareas u operaciones sencillas, cada tarea científica en sí, encierra la riqueza del proceso investigativo mismo, es decir, ir desarrollando las tareas de la investigación debe ser entendido como la ejecución de investigaciones parciales en toda su complejidad y como expresión de la totalidad del proceso, pero saber qué resultados debe aportar la ejecución de cada tarea, le confiere al proceso investigativo la posibilidad de dirigirlo y regularlo didácticamente.

La dimensión de caracterización del objeto de investigación, como ya se ha explicado anteriormente da cuenta del movimiento interno del proceso de investigación desde la identificación, valoración y formulación del problema, pasando por la caracterización del objeto de investigación, hasta llegar a la definición del objetivo de la investigación.

Se podría entonces definir como una primera tarea científica a desarrollar:

- Interpretar los hechos y fenómenos que tienen que ver con el comportamiento factoperceptible del objeto y que confirman la existencia del problema.

Los resultados que se obtengan del desarrollo de esta tarea deben dar cuentas de la objetividad, la actualidad y la novedad del problema de investigación planteado, por lo tanto debe orientarse el trabajo del investigador en formación de manera que al término de ellas quede convenientemente fundamentado el problema de investigación.

Para ello, el estudiante debe, a partir del desarrollo de sus competencias indagativas, recopilar toda la información fáctica, tendencial y teórica acerca del tema de investigación para brindar como resultados científicos la determinación de los indicadores a través de los cuales realizará el análisis, los datos y la información más relevante para su estudio, lo que le permitirá alcanzar un primer nivel de comprensión de su objeto.

La competencia argumentativa le posibilitará la interpretación de todos los hechos y fenómenos que caracterizan el comportamiento factoperceptible del problema y llegar a las

conclusiones parciales que demuestran la objetividad y la actualidad del mismo, poniendo de manifiesto su competencia innovativas en la medida que anticipa cuáles podrán ser soluciones novedosas a ese problema, lo que permitirá comprobar su cientificidad.

La otra tarea científica propia de la dimensión de caracterización es propiamente:

- Caracterizar el objeto a partir de los presupuestos teóricos precedentes, fundamentando los referentes teóricos asumidos, en el desarrollo de esta tarea, el investigador apela generalmente a la literatura especializada sobre el tema para poder caracterizar el objeto desde las teorías y presupuestos que hasta ese momento han permitido explicarlo. En las ciencias pedagógicas, por ejemplo, es usual que los objetos de investigación se caractericen, por supuesto, desde el punto de vista pedagógico y didáctico ya que así se definen las relaciones fundamentales que permiten abordar el objeto desde esa ciencia, pero dada su complejidad es necesario también abordarlo desde lo psicológico, lo sociológico, lo filosófico, así como desde otras aristas que se considere que pueden aportar información válida a su comprensión.

También es propio de las investigaciones en las ciencias sociales y de salud, recurrir a una caracterización histórica del objeto lo que permite descubrir el comportamiento de sus tendencias en el tiempo y poder extraer conclusiones válidas para la comprensión de su comportamiento actual a partir de su evolución histórica.

En este caso, el investigador demuestra sus competencias indagativas en el estudio de la literatura que le permite asumir sus referentes históricos fundamentales, lo que a su vez le posibilita identificar los indicadores que usará para el análisis y llegar a una cronología de dichos indicadores que no es más que la valoración de cómo esos indicadores se van comportando en el tiempo.

A través de la competencia argumentativa alcanza la interpretación de todo lo que ha localizado, saca conclusiones, y es la competencia innovativas la que le permitirá llegar a resultados más relevantes, entendidos en este momento en términos de los períodos históricos a través de los cuales el objeto de investigación se ha ido manifestando de forma cambiante y así mismo las tendencias que lo caracterizan como síntesis de su evolución con relación a la caracterización teórica referida anteriormente y que el investigador realiza según la naturaleza del objeto, si se trata de una investigación de las ciencias pedagógicas, debe hacerse una caracterización gnoseológica que es la que permite descubrir las peculiaridades epistemológicas del objeto según las ramas de la ciencia que explican su existencia y comportamiento.

En este caso, igualmente a partir de la puesta en práctica de las competencias indagativas, el estudiante puede localizar sus referentes teóricos fundamentales, estudiarlos a profundidad y a través de su comprensión, llegar a definir cuáles asume para la caracterización gnoseológica de su objeto de investigación.

La competencia argumentativa permite la cabal interpretación de los rasgos que cualifican al objeto, sus particularidades y las competencias innovativas posibilita alcanzar las conclusiones acerca de cuál será el sistema de conceptos, principios, leyes, teorías o paradigmas que el investigador define para explicar el objeto, derivándose de ello, el sistema de conceptos, principios, leyes, teorías y paradigmas que explican el objeto según su naturaleza, sistema categorial con el cual se alcanza la interpretación del objeto para su posterior modelación.

De la misma manera que se caracteriza el objeto desde el punto de vista gnoseológico, se hace pedagógica, didáctica, psicológica, filosóficamente y de tantas formas como la naturaleza del objeto requiera a fin de revelar todos los rasgos esenciales que dan cuenta de sus peculiaridades con vistas a poderlo modelar y transformar en el proceso científico, lo que significa, solucionar el problema de investigación del cual se partió.

Profundizar en las teorías pedagógicas, didácticas, psicológicas o filosóficas para poder asumir los referentes que utilizará el investigador para penetrar en los aspectos esenciales

del objeto, significa aplicar las competencias indagativas para poder comprender la riqueza del objeto desde los presupuestos científicos que se asumen y establecer las características pedagógicas, didácticas, psicológicas o filosóficas que permiten llegar a su interpretación hermenéutica.

Una vez que se han definido los rasgos esenciales del objeto y el campo de acción de la investigación, tanto desde el punto de vista gnoseológico, como pedagógico, didáctico, filosófico o psicológico, el estudiante está en condiciones de realizar su propia concepción del objeto, la manera en que él se lo representa a partir del sistema categorial fundamental que ha definido y las relaciones que se dan entre las categorías, expresadas en términos de regularidades. Ello es lo que le permitirá dar respuesta a las exigencias de la dimensión de abstracción. Las tareas científicas propias de esta dimensión son:

- Determinación de los rasgos esenciales del objeto y el campo de acción y sus relaciones, llegando a definir la manera de incidir en él para transformarlo.
- Formulación de la hipótesis.

Ambas están estrechamente relacionadas, en la medida que el estudiante es capaz de determinar los rasgos esenciales y sus relaciones, precisando además si esas relaciones son contradictorias lo que permite precisar cualidades trascendentes del objeto y el campo, podrá comenzar a construir la hipótesis de su investigación.

Esto significa que ha alcanzado la madurez científica necesaria para modelar su objeto y campo de investigación y con ello, aportar nuevas maneras de interpretarlo, nuevas formas de configurarlo, desde una perspectiva científica, lo que hará posible que pueda realizar aportes significativos a la rama del saber en la que se localiza su objeto de investigación.

La posibilidad de poder plantear la hipótesis de una investigación muestra la capacidad y originalidad del investigador para poder generar su propia concepción del objeto que investiga, ello demuestra el alcance de las competencias investigativas en su más alta expresión, ya que ser capaz de formular una hipótesis, contentiva de las relaciones esenciales que identifican a su objeto, es expresión de haber alcanzado una interpretación propia del mismo, es haber utilizado los métodos de investigación para apropiarse de la cultura científica necesaria que permitirá sustentar ideas científicas novedosas y sólidamente argumentadas.

A través de la concepción didáctica del proceso formativo de investigadores, cualesquiera que sean pero específicamente de estudiantes de doctorado, se percibe la posibilidad de ir estructurando el mismo en propósitos bien definidos que brindan a los propios estudiantes y a sus profesores y tutores los recursos didácticos necesarios para orientar y regular la marcha del proceso.

Cada etapa de la investigación puede ser sistematizada a partir de las tareas científicas a desarrollar y los resultados parciales o finales esperados, de manera que dichas tareas ganen significación y contenido científico propio para aplicar en las mismas las competencias investigativas, las cuales se irán formando en la misma medida en que el estudiante avance en sus resultados y adquiera mayor independencia para acercarse a las exigencias del proceso científico.

Entendido un programa de formación de investigadores y de doctores en ciencias como aquel proceso diseñado, coordinado e implementado para lograr la formación investigativa de profesionales ampliamente comprometidos con su desarrollo y superación, se puede llegar a las consideraciones didácticas que contribuyen al esclarecimiento de algunos conceptos que deben estar presentes en estos programas. Uno de los conceptos claves trabajados en este sentido es el de las competencias investigativas, reconociendo que las mismas sintetizan el amplio alcance de las cualidades que deben caracterizar a un investigador, tanto en lo axiológico como en lo intelectual. Por tanto, a partir de la propia concepción de qué es y cómo actúa un investigador comprometido, trascendente y flexible, se llega a la definición de las competencias indagativas, innovativas y argumentativas como las que deben ser formadas a lo largo del desarrollo de un programa de este tipo y es posible precisar algunas de las actividades que pudieran enriquecer el programa con vistas a la formación expresa de

estas competencias, independientemente de los contenidos específicos que el mismo debe contener en función de las relaciones epistemológicas y científicas que le dan lugar.

Todo ello permite un acercamiento a la concepción didáctica de los procesos de formación científica, que como todo proceso formativo, tiene que ser concebido y estructurado a fin de lograr los propósitos previstos.

En tal sentido, es posible también acercarse a una concepción didáctica del proceso, en la cual las tareas científicas adquieren relevancia por cuanto son las que permiten ir estructurando el proceso en momentos de significación ya que el estudiante de doctorado va construyendo los resultados parciales que le permitirán acercarse a los resultados trascendentes que deben caracterizar una tesis. Ello posibilita que el proceso pueda ser orientado y conducido de manera diáfana y que las metas de gran complejidad y riqueza científica que debe irse trazando el estudiante, puedan ser compartidas explícitamente en los colectivos científicos donde él se desempeña, lo que posibilitará el crecimiento personal e investigativo según las exigencias del programa de en cuestión.

En este capítulo los autores se decidieron apartarse un tanto de la investigación concretada en el método clínico para abordar la formación de investigadores en general a través de un programa de formación de doctores, con el objetivo de introducir la necesidad de dicha formación en los contextos donde laboran los investigadores en Mozambique desde sus experiencia en los centros de estudios de procedencia.

No obstante es prudente aclarar que la formación de competencias investigativas también son válidas para las investigaciones mediadas por el método clínico, y establecer una didáctica en consecuencia desde la formación inicial, para que cuando se arribe a etapas superiores de formación posgraduada, el tránsito a los resultados sea más trascendente.

CONCLUSIONES GENERALES DEL TEXTO.

En el texto los autores muestran la relación que hay entre ciencia, investigación científica y conocimiento científico para abordar el proceso investigativo mediado por el método clínico en los profesionales médicos y de salud destinado a solventar los problemas de salud y enfermedad que se presentan en el individuo, la familia y la comunidad.

Se devela como el método clínico puede ser abordado desde los diferentes paradigmas investigativos sin eclecticismo, se hace énfasis en el paradigma sistémico y el dialéctico, para abordar el método sistémico estructural funcional y el método holístico dialéctico como vía o camino para el desenvolvimiento de la investigación científica mediada por el método clínico.

Se aborda además la hermenéutica y su relación con el método clínico, mostrándose en todo el decurso del libro que el desarrollo del método clínico y por tanto de la investigación científica del médico y los demás profesionales de la salud, depende de las características del objeto a estudiar, la posición epistemológica del investigador y la cultura de ese propio investigador, así como del contexto donde se desarrolla la investigación.

También se devela la necesidad de formar competencias investigativas, que aunque se signa para la formación de doctores se deja claro su importancia desde la formación inicial de estos profesionales en tanto su profesión en sentido general depende del buen desarrollo del método clínico.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Academia de Ciencias. (1985). La dialéctica y los métodos científicos generales de investigación. Tomo I y II. Ed. Ciencias Sociales. La Habana.
2. Álvarez, C. (1995). Epistemología. Monografía. Cees "Manuel F. Gran".
3. Álvarez, L., Rando, J.F. (2003). Circunvalar el Arte. La investigación cualitativa sobre la cultura y el arte. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, Cuba.

4. 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.
5. Asimov, I. (1986). Grandes ideas de la Ciencia. Alianza Editorial S.A. Madrid.
6. Andreiev, I.D. (1978). Problemas lógicos del conocimiento científico. Editorial Progreso. Moscú.
7. _____. (1979). La ciencia y el progreso social. Editorial Progreso. Moscú.
8. Aguerro, I. (1993). "La calidad de la educación: Ejes para su definición y evaluación", La Educación, XXXVII. (116).
9. ANUIES. (1998). La Educación Superior en el Siglo XXI Líneas estratégicas de desarrollo En soporte magnético.
10. 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.
11. Astin. (1990). Achieving Educational Excellence: A Critical Assessment of Priorities and Practices in Higher.
12. 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.
13. 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
14. Best, J. (1982). Cómo investigar en educación. Ediciones Morata, S.A. Madrid, España.
15. Bertalanffy, L. (1987). Teoría General de Sistemas. Editorial Herder. Barcelona, España.
16. _____. (1950 -1968). (Trabajos publicados entre 1950 y 1968).
17. Bochenski I. M. (1973). Los Métodos Actuales del Pensamiento. Editorial Rialp. Madrid.
18. Bedoya, I. Gómez M. (1989). Epistemología y Pedagogía. Editorial ECOE, Bogotá.
19. Bernal, J. D. (1954): La ciencia en su historia, Dirección General de Publicaciones, UNAM, México.
20. _____. (1986): Historia Social de la Ciencia. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, T.1 y II.
21. Bernal, J. (2007). La ciencia en la historia. Editorial Científico-Técnica. La Habana, Cuba.
22. Bertalanffy, L. (1950 -1968). (Trabajos publicados entre 1950 y 1968).
23. _____. (1987). Teoría General de Sistemas. Editorial Herder. Barcelona, España.
24. Bohannan, P. et. al. (2005). Antropología. Editorial Félix Valera, La Habana.
25. Brunner, J.J. (2007). Universidad y sociedad en América Latina. Universidad Veracruzana. Instituto de Investigaciones en Educación. Xalapa, Veracruz.
26. Bunge, M. (1975). La investigación científica. Editorial Ariel. Buenos Aires.
27. _____. (1980). La Ciencia su método y su filosofía. Editorial Siglo XX. Buenos Aires, Argentina.
28. _____. (1980). Epistemología: ciencia de la ciencia. Editorial Ariel, Barcelona.
29. _____. (1972). Teoría y Realidad. Editorial Ariel, Barcelona.
30. Braslavsky, C Tiramonti, G. (1990). Conducción educativa y calidad de la enseñanza media Buenos Aires: FLACSO/Miño y Dávila Editores.
31. Bok D. Educación superior. Editorial El Ateneo. Argentina. 1992.
32. B. Clark. (2000). Creando universidades innovadoras. Estrategias organizacionales para la transformación. UNAM.
33. 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.
34. Bustos, E. (1986). Pragmática del Español: negación, cuantificación y modo. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.
35. Castaño, C. (). "Epistemología y verdad", (material en soporte magnético).
36. Descartes R. (). Discurso del Método. Traducción en recopilación de libros de filosofía.
37. Dijk Teum, A. V. (1978). La ciencia del texto. Barcelona, Editorial Paidós.

38. Dijk Teum, A.V. (1986). Estructuras y funciones del discurso: una introducción interdisciplinaria a la lingüística del texto y a los estudios del discurso...Editorial Siglo XXI, México, 1986.
39. Dijk Teum, A. V. (1977). Texto y contexto. Madrid, Cátedra.
40. Dilthey W. (1978). Introducción a las Ciencias del Espíritu. Fondo de Cultura Económica. México.
41. Dubsky, J. y otros. (1980). Selección de lecturas para redacción. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
42. Fuentes, H. (1997). Modelo holístico de los procesos universitarios. Conferencia, documentos CeeS "M. F. Gran". Universidad de Oriente.
43. Fuentes, H., Álvarez, I. (1998). Dinámica del proceso docente educativo en la educación superior. Monografía. CeeS "Manuel F. Gran". Universidad de Oriente.
44. _____. (2001). Una formación por la contemporaneidad: el modelo holístico configuracional de la Didáctica de la Educación Superior. Revista Educación. Universidad de Cienfuegos.
45. _____. 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.
46. _____. (2006). Metodología de la Investigación. Sistema de Educación Intensivo. Universidad Metropolitana. Ecuador.
47. _____. Et al. (2007). Proceso de investigación Científica. Orientada a la Ciencias Sociales. Universidad Bolívar.
48. 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.
49. _____, **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.
50. _____. (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.
51. Fuentes H. (1999). El proceso de investigación científica desde un enfoque Holístico Configuracional. CEES "Manuel F. Gran" Universidad de Oriente. Santiago de Cuba.
52. _____. (2000). Conferencias de Investigación. Programa de doctorado curricular en Ciencias Pedagógicas. CEES "Manuel F. Gran", UO. Santiago de Cuba.
53. _____. (2001a). Didáctica de la Educación Superior. Editorial INPAHU. Colombia
54. _____. (2001b) Apuntes para un texto de proceso de investigación científica. CeeS "Manuel F. Gran".
55. Fuentes, H. Álvarez I. Matos E. (2003). Teoría Holístico Configuracional de los Procesos Sociales. Revista Santiago. UO.
56. _____. (2004). Teoría Holístico Configuracional de los Procesos Sociales. INEDITO.
57. Fuentes, H., Macía, T. (2007). La universidad en la sociedad, consideraciones para un modelo de Universidad Humana Sustentable. CeeS, Manuel F. Gran. Monografía.
58. Fuentes, H. et al. (2008) La Concepción Científica Holístico Configuracional. Monografía inédita. CeeS "Manuel F. Gran". Universidad de Oriente.
59. Fuentes, H. (2008). La Universidad Latinoamericana Humana y Cultural. Evento Red UREL, Bogotá, Colombia.
60. _____. (2009). Pedagogía y Didáctica de la Educación Superior. Universidad Estatal de Bolívar.
61. _____. 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.

62. _____. La universidad y sus procesos vista desde un modelo holístico. Conferencia. CeeS "M. F. Gran" 1997.
63. Gadamer H. (1994). Verdad y Método. Ediciones Sígueme. Salamanca.
64. Gallardo, O. (2003). Formación de competencias investigativas para investigadores profesionales. Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Universidad de Oriente.
65. González, F. (1997). Epistemología cualitativa y su subjetividad. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
66. _____. (1993). Problemas Epistemológicos de la Psicología UNAM. México.
67. _____. (1995). Comunicación personalidad y método. Editorial Pueblo y educación. La Habana.
68. Giddens, A. citado por H. Maturana en "autonomía y Autopoiesis" Editorial Dolmen, Santiago de Chile.
69. Guirald, Pierre. (1979). La Semiología. Editorial Siglo veintiuno, S.A. Habermas J. (1973). Conocimiento e Interés. En ideas y valores. Bogotá.
70. _____. (1996). La Lógica de las Ciencias Sociales. Editorial Tecno. Madrid.
71. _____. (1989). El discurso filosófico de la modernidad. Editorial Taurus. España.
72. García Tamayo R. y colab. (2008) Diseño por competencia y formación profesional salubrista para influir en una longevidad satisfactoria. enfoque formativo humanístico cultural.
73. _____. (2008) Evaluación del proceso formativo del profesional salubrista para garantizar un envejecimiento saludable comunitario. enfoque humanístico-cultural.
74. _____. (2008) La inteligencia ciega ante los aspectos formativos del profesional salubrista en el tratamiento a la longevidad satisfactoria.
75. _____. (2008) Nueva ciencia y proceso formativo del profesional de la salud para el tratamiento a una longevidad satisfactoria.
76. _____. (2008) Formación profesional salubrista en el tratamiento de una longevidad satisfactoria y el pensamiento complejo desde un enfoque humanístico cultural
77. _____. (2008) Diseño por competencia y formación gerontológica del profesional de la salud.
78. _____. (2008) (Enfoque humanístico cultural y dinámica formativa para influir en un envejecimiento saludable desde el pregrado.
79. _____. (2008) Ensayo sobre la formación gerontológica del profesional de la salud, pertinencia, optimización e impacto.
80. _____. (2008) (Evaluación humanístico-cultural en la formación gerontológica en el contexto universitario.
81. _____. (2008) (Estrategia educativa contextualizada para la prevención de accidentes en los geróntes.
82. _____. (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.
83. _____. (2008) (Diseño y pensamientos complejos en la formación del profesional salubrista para lograr una longevidad satisfactoria.
84. _____. (2008). (Formación profesional salubrista en el tratamiento de una longevidad satisfactoria y el pensamiento complejo desde un enfoque humanístico cultural.
85. _____. (2008) (Diseño por competencia y formación profesional salubrista para influir en una longevidad satisfactoria. enfoque humanístico cultural.
86. _____. (2008) (Evaluación del proceso formativo del profesional salubrista para garantizar un envejecimiento saludable comunitario. enfoque humanístico-cultural.
87. _____. (2008) (Evaluación formativa humanística cultural en la formación del profesional salubrista para influir en una longevidad satisfactoria.
88. _____. (2008) (Formación humanístico cultural del profesional salubrista para influir desde su formación en un envejecimiento saludable.

89. _____ (2008). (Metodología para la dinámica del proceso formativo del profesional salubrista para influir en un envejecimiento saludable.
90. _____. (2008) (Carácter formativo humanístico cultural del profesional de la salud para influir en un envejecimiento saludable.
91. _____ 2008) Propuesta formativa para el desarrollo de la cultura laboral en tecnología de la salud.
92. _____ (2008) (La formación gerontológica del profesional de la salud, una necesidad actual en los municipios santiagueros.
93. _____. (2008) (Tendencias históricas del proceso de formación gerontológica del profesional de la salud, sustento epistémico para la apropiación de una cultura en consecuencia.
94. _____ (2008) (Caracterización epistemológica y praxiológica del proceso de formación gerontológica del profesional de la salud así como la gestión de su dinámica.
95. _____. (2010) (Modelación para la gestión de la dinámica en el proceso de formación gerontológica del profesional de la salud.
96. _____. (2008) (Estrategia de gestión para la dinámica en la apropiación de la cultura en salud gerontológica.
97. _____ (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.
98. _____ (2008) (Enfoque humanístico cultural de la dinámica de formación gerontológica del profesional salubrista.
99. _____. (2009) (Evaluación del proceso de formación gerontológica en el profesional salubrista desde un enfoque humanístico-cultural.
100. _____. (2010) (Evaluación humanística cultural y formación gerontológica del profesional salubrista.
101. _____. (2009) (conferencia Título: formación gerontológica humanístico cultural del profesional salubrista para influir desde su formación en un envejecimiento saludable.
102. Hammersley M. Atkinson P. (1994). Etnografía. Ediciones Paidós. España.
103. Heidegger, M. Construir, habitar, pensar. Tomado de <http://www.artnovela.com.ar/>.
104. _____. (1988). Los problemas básicos de la fenomenología. www. Philosophic. El. traduciendo de "The basic problems of phenomenology. Indiana University Press.
105. Hernández, R. Y otros. (1999). Metodología de la investigación. McGraw-Hill. México.
106. Hernández, V. Matos, E (1999). "Enfoque funcional de la competencia comunicativa", en Taller de la palabra, Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 1999.
107. Instituto de Filosofía Academia de Ciencias. (1985). La dialéctica y los métodos científicos generales de investigación. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana, Cuba.
108. Jakobson, R. (1988). Lingüística y poética. Editorial Cátedra, Madrid, 1988.
109. Landriere J. (1979). El Reto a la Racionalidad Editorial Sígueme. Salamanca.
110. Lee T., Castro L. (). Procesos de formación doctoral: Tendencias internacionales y el caso de Cuba. Dirección de Educación de Postgrado. Ministerio de Educación Superior. Cuba (en soporte magnético).
111. Mardones, J.M. Ursúa, N. (1994). Filosofía de las Ciencias Humanas y Sociales. Editorial Fontanara, S.A. Barcelona, España.
112. Martínez M. (1997). Comportamiento Humano, nuevos métodos de investigación. Editorial Trillas, México.
113. _____. (1997). El paradigma emergente. Gedisa. Barcelona.
114. _____. (1998). La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación, manual teórico-práctico. Editorial Trillas, México.
115. _____. (1999). La Nueva Ciencia, su desafío, lógica y método. Editorial Trillas. México.

116. Matos, E Hernández V. (2002): "Enfoque funcional de la competencia comunicativa" en Taller de la palabra. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
117. _____. (2002): "Perspectivas para el español comunicativo: enseñanza de las estructuras textuales" en Taller de la palabra. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
118. _____. (2004). "Diseño de proyectos educativos regionales para enfrentar la educación de jóvenes y adultos "en Educación de jóvenes y adultos ¿realidad o utopía? Dirección de Ciencia y Técnica del Ministerio de Educación, La Habana.
119. Matos, E. (2004) "Aproximaciones metodológicas a la construcción de un texto científico". CeeS "Manuel F. Gran", Universidad de Oriente, material en soporte magnético.
120. Mier, R. (1990). Introducción al análisis de textos. Editorial Trillas, S.A. de C. V.
121. Millán, T.A. (s/a). Fundamentos socioculturales de la educación. Editorial Universidad "Arturo Prat" Sede Victoria.
122. Morín, E. (1994). Introducción al pensamiento complejo. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
123. Nicolescu B. La Transdisciplinariedad Una nueva visión del mundo. Éditions du Rocher, Collection "Transdisciplinarité". (<http://perso.club-internet.fr/nicol/ciret/espagnol/visiones.htm>)
124. Noriega, M. del R. (). Entrevista realizada a la Dra. Magalys Ruiz Iglesias sobre competencia investigadora. Dirección de Publicaciones del IPN, México. (En soporte magnético).
125. Núñez, R., Del Teso, E. (). Semántica y pragmática del texto común. Producción y comentario de textos,(material e n soporte magnético)
126. Ortega y Gasset, J. (1961). Kant. Hegel. Diltthey. Revista Occidente. Madrid. España.
127. Orudzhev. Z. M. (1978). La Dialéctica como sistema. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana, Cuba.
128. Pérez, G. (1994). Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Editorial La muralla. Barcelona, España. Piaget J. (1979). Tratado de Lógica y Conocimiento Científico. Editorial Paidós. Bueno Aires.
129. Popper K. (1971). La lógica de la Investigación Científica. Editoriales Tecnos. Madrid, España.
130. _____. (1997). El mito del marco común. En defensa de la ciencia y la racionalidad, Editorial Paidós, Barcelona, España.
131. _____. (1994). En busca de un mundo mejor. Editorial Paidós, Barcelona, España.
132. Pozo, J.I. (1996). Aprendices y Maestros. La nueva cultura del aprendizaje. Madrid: Alianza Editorial.
133. Quiróz, A. (). "Claro oscuro". Hemeroteca Virtual ANUIES. Junio de 1996. En <http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES>,
134. Rosental, M., Straks, G. (1963). Categorías del materialismo dialéctico. Editorial Grijalbo, S. A. México.
135. Sotolongo, P.L. (1998). "Matematización del Saber", en Modernidad y posmodernidad. Editorial Ciencias Sociales, La Habana.
136. Toulmin, S. E. (1993). Les usages del argumentation.
137. Tünnerman, C. 1995. "Una Nueva Visión de la Educación Superior". San José.
138. _____. (1998). Transformación de la Educación Superior: Retos y Perspectivas. EUNA., Heredia.
139. _____. (2003) La universidad latinoamericana ante los retos del siglo XXI. Unión de Universidades de América Latina, Ciudad Universitaria, México, D.F.
140. Tünnerman, C. La educación superior en el umbral del siglo XXI. Colección Respuesta. No.1. CRESALC/UNESCO. Caracas. Venezuela. 1996a.
141. 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.
142. Tünnerman, C. Hacia una nueva educación superior. CRESALC/UNESCO. Caracas. 1997.
 143. Tünnerman C. (2003) La universidad latinoamericana ante los retos del siglo XXI. Unión de Universidades de América Latina, Ciudad Universitaria, México, D.F
 144. _____. (1998). Transformación de la Educación Superior: Retos y Perspectivas. EUNA., Heredia.
 145. Urhán, M. (2002). Programa de formación de doctores e investigadores. Ponencia presentada al Seminario Internacional sobre Formación de Doctores e Investigadores en Iberoamérica, organizado por la AUIP en Salamanca, España, del 28 al 30 de enero de 2002.
 - Van Dijk, T. A. (1978). La ciencia del texto.
 146. 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.
 147. UNESCO. (1997). Informe de la Comisión Mundial de Cultura y desarrollo “Nuestra diversidad creativa”. París: UNESCO.
 148. UNESCO. (1998). La Educación Superior en el Siglo XXI. Visión y Acción (Documento de Trabajo). París: UNESCO.
 149. _____. (1977). Texto y contexto. Madrid, Cátedra.
 150. Vecino, F. (2004). La universidad en la construcción de un mundo mejor. Conferencia Magistral, Congreso Universidad 2004, Ciudad de La Habana, Febrero, 2004.
 151. Vigotsky, L. S. (1982). Pensamiento y Lenguaje. La Habana: Editora Revolucionaria.
 152. _____. Weinrich, Harold. (1982). Lenguaje en textos Editorial Gredos, Madrid.
 153. Weil, P. (1997). Holística: Una nueva visión y abordaje de lo real. Editorial San Pablo. Bogotá, Colombia.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Academia de Ciencias. (1985). La dialéctica y los métodos científicos generales de investigación. Tomo I y II. Ed. Ciencias Sociales. La Habana.
2. Álvarez, C. (1995). Epistemología. Monografía. CeeS "Manuel F. Gran".
3. Álvarez, L., Rando, J.F. (2003). Circunvalar el Arte. La investigación cualitativa sobre la cultura y el arte. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, Cuba.
4. 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.
5. Asimov, I. (1986). Grandes ideas de la Ciencia. Alianza Editorial S.A. Madrid.
6. Andreiev, I.D. (1978). Problemas lógicos del conocimiento científico. Editorial Progreso. Moscú.
7. _____. (1979). La ciencia y el progreso social. Editorial Progreso. Moscú.
8. Aguerro, I. (1993). "La calidad de la educación: Ejes para su definición y evaluación", La Educación, XXXVII. (116).
9. ANUIES. (1998). La Educación Superior en el Siglo XXI Líneas estratégicas de desarrollo En soporte magnético.
10. 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.
11. Astin. (1990). Achieving Educational Excellence: A Critical Assessment of Priorities and Practices in Higher.
12. 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.
13. 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
14. Best, J. (1982). Cómo investigar en educación. Ediciones Morata, S.A. Madrid, España.
15. Bertalanffy, L. (1987). Teoría General de Sistemas. Editorial Herder. Barcelona, España.
16. _____. (1950 -1968). (Trabajos publicados entre 1950 y 1968).
17. Bochenski I. M. (1973). Los Métodos Actuales del Pensamiento. Editorial Rialp. Madrid.
18. Bedoya, I. Gómez M. (1989). Epistemología y Pedagogía. Editorial ECOE, Bogotá.
19. Bernal, J. D. (1954): La ciencia en su historia, Dirección General de Publicaciones, UNAM, México.
20. _____. (1986): Historia Social de la Ciencia. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, T.1 y II.
21. Bernal, J. (2007). La ciencia en la historia. Editorial Científico-Técnica. La Habana, Cuba.
22. Bertalanffy, L. (1950 -1968). (Trabajos publicados entre 1950 y 1968).
23. _____. (1987). Teoría General de Sistemas. Editorial Herder. Barcelona, España.
24. Bohannan, P. et. al. (2005). Antropología. Editorial Félix Valera, La Habana.
25. Brunner, J.J. (2007). Universidad y sociedad en América Latina. Universidad Veracruzana. Instituto de Investigaciones en Educación. Xalapa, Veracruz.
26. Bunge, M. (1975). La investigación científica. Editorial Ariel. Buenos Aires.
27. _____. (1980). La Ciencia su método y su filosofía. Editorial Siglo XX. Buenos Aires, Argentina.
28. _____. (1980). Epistemología: ciencia de la ciencia. Editorial Ariel, Barcelona.
29. _____. (1972). Teoría y Realidad. Editorial Ariel, Barcelona.
30. Braslavsky, C Tiramonti, G. (1990). Conducción educativa y calidad de la enseñanza media Buenos Aires: FLACSO/Miño y Dávila Editores.
31. Bok D. Educación superior. Editorial El Ateneo. Argentina. 1992.
32. B. Clark. (2000). Creando universidades innovadoras. Estrategias organizacionales para la transformación. UNAM.

33. 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.
34. Bustos, E. (1986). Pragmática del Español: negación, cuantificación y modo. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.
35. Castaño, C. (). "Epistemología y verdad", (material en soporte magnético).
36. Descartes R. (). Discurso del Método. Traducción en recopilación de libros de filosofía.
37. Dijk Teum, A. V. (1978). La ciencia del texto. Barcelona, Editorial Paidós.
38. Dijk Teum, A.V. (1986). Estructuras y funciones del discurso: una introducción interdisciplinaria a la lingüística del texto y a los estudios del discurso...Editorial Siglo XXI, México, 1986.
39. Dijk Teum, A. V. (1977). Texto y contexto. Madrid, Cátedra.
40. Dilthey W. (1978). Introducción a las Ciencias del Espíritu. Fondo de Cultura Económica. México.
41. Dubsky, J. y otros. (1980). Selección de lecturas para redacción. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
42. Fuentes, H. (1997). Modelo holístico de los procesos universitarios. Conferencia, documentos CeeS "M. F. Gran". Universidad de Oriente.
43. Fuentes, H., Álvarez, I. (1998). Dinámica del proceso docente educativo en la educación superior. Monografía. CeeS "Manuel F. Gran". Universidad de Oriente.
44. _____. (2001). Una formación por la contemporaneidad: el modelo holístico configuracional de la Didáctica de la Educación Superior. Revista Educación. Universidad de Cienfuegos.
45. _____. 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.
46. _____. (2006). Metodología de la Investigación. Sistema de Educación Intensivo. Universidad Metropolitana. Ecuador.
47. _____. Et al. (2007). Proceso de investigación Científica. Orientada a la Ciencias Sociales. Universidad Bolívar.
48. 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.
49. _____, **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.
50. _____. (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.
51. Fuentes H. (1999). El proceso de investigación científica desde un enfoque Holístico Configuracional. CEES "Manuel F. Gran" Universidad de Oriente. Santiago de Cuba.
52. _____. (2000). Conferencias de Investigación. Programa de doctorado curricular en Ciencias Pedagógicas. CEES "Manuel F. Gran", UO. Santiago de Cuba.
53. _____. (2001a). Didáctica de la Educación Superior. Editorial INPAHU. Colombia
54. _____. (2001b) Apuntes para un texto de proceso de investigación científica. CeeS "Manuel F. Gran".
55. Fuentes, H. Álvarez I. Matos E. (2003). Teoría Holístico Configuracional de los Procesos Sociales. Revista Santiago. UO.
56. _____. (2004). Teoría Holístico Configuracional de los Procesos Sociales. INEDITO.
57. Fuentes, H., Macía, T. (2007). La universidad en la sociedad, consideraciones para un modelo de Universidad Humana Sustentable. CeeS, Manuel F. Gran. Monografía.
58. Fuentes, H. et al. (2008) La Concepción Científica Holístico Configuracional. Monografía inédita. CeeS "Manuel F. Gran". Universidad de Oriente.

59. Fuentes, H. (2008). La Universidad Latinoamericana Humana y Cultural. Evento Red UREL, Bogotá, Colombia.
60. _____. (2009). Pedagogía y Didáctica de la Educación Superior. Universidad Estatal de Bolívar.
61. _____. 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.
62. _____. La universidad y sus procesos vista desde un modelo holístico. Conferencia. CeeS "M. F. Gran" 1997.
63. Gadamer H. (1994). Verdad y Método. Ediciones Sígueme. Salamanca.
64. Gallardo, O. (2003). Formación de competencias investigativas para investigadores profesionales. Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Universidad de Oriente.
65. González, F. (1997). Epistemología cualitativa y su subjetividad. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
66. _____. (1993). Problemas Epistemológicos de la Psicología UNAM. México.
67. _____. (1995). Comunicación personalidad y método. Editorial Pueblo y educación. La Habana.
68. Giddens, A. citado por H. Maturana en "autonomía y Autopoiesis" Editorial Dolmen, Santiago de Chile.
69. Guirald, Pierre. (1979). La Semiología. Editorial Siglo veintiuno, S.A. Habermas J. (1973). Conocimiento e Interés. En ideas y valores. Bogotá.
70. _____. (1996). La Lógica de las Ciencias Sociales. Editorial Tecno. Madrid.
71. _____. (1989). El discurso filosófico de la modernidad. Editorial Taurus. España.
72. García Tamayo R. y colab. (2008) Diseño por competencia y formación profesional salubrista para influir en una longevidad satisfactoria. enfoque formativo humanístico cultural.
73. _____. (2008) Evaluación del proceso formativo del profesional salubrista para garantizar un envejecimiento saludable comunitario. enfoque humanístico-cultural.
74. _____. (2008) La inteligencia ciega ante los aspectos formativos del profesional salubrista en el tratamiento a la longevidad satisfactoria.
75. _____. (2008) Nueva ciencia y proceso formativo del profesional de la salud para el tratamiento a una longevidad satisfactoria.
76. _____. (2008) Formación profesional salubrista en el tratamiento de una longevidad satisfactoria y el pensamiento complejo desde un enfoque humanístico cultural
77. _____. (2008) Diseño por competencia y formación gerontológica del profesional de la salud.
78. _____. (2008) (Enfoque humanístico cultural y dinámica formativa para influir en un envejecimiento saludable desde el pregrado.
79. _____. (2008) Ensayo sobre la formación gerontológica del profesional de la salud, pertinencia, optimización e impacto.
80. _____. (2008) (Evaluación humanístico-cultural en la formación gerontológica en el contexto universitario.
81. _____. (2008) (Estrategia educativa contextualizada para la prevención de accidentes en los geróntes.
82. _____. (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.
83. _____. (2008) (Diseño y pensamientos complejos en la formación del profesional salubrista para lograr una longevidad satisfactoria.
84. _____. (2008). (Formación profesional salubrista en el tratamiento de una longevidad satisfactoria y el pensamiento complejo desde un enfoque humanístico cultural.

85. _____. (2008) (Diseño por competencia y formación profesional salubrista para influir en una longevidad satisfactoria. enfoque humanístico cultural.
86. _____. (2008) (Evaluación del proceso formativo del profesional salubrista para garantizar un envejecimiento saludable comunitario. enfoque humanístico-cultural.
87. _____. (2008) (Evaluación formativa humanística cultural en la formación del profesional salubrista para influir en una longevidad satisfactoria.
88. _____. (2008) (Formación humanístico cultural del profesional salubrista para influir desde su formación en un envejecimiento saludable.
89. _____. (2008). (Metodología para la dinámica del proceso formativo del profesional salubrista para influir en un envejecimiento saludable.
90. _____. (2008) (Carácter formativo humanístico cultural del profesional de la salud para influir en un envejecimiento saludable.
91. _____. (2008) Propuesta formativa para el desarrollo de la cultura laboral en tecnología de la salud.
92. _____. (2008) (La formación gerontológica del profesional de la salud, una necesidad actual en los municipios santiagueros.
93. _____. (2008) (Tendencias históricas del proceso de formación gerontológica del profesional de la salud, sustento epistémico para la apropiación de una cultura en consecuencia.
94. _____. (2008) (Caracterización epistemológica y praxiológica del proceso de formación gerontológica del profesional de la salud así como la gestión de su dinámica.
95. _____. (2010) (Modelación para la gestión de la dinámica en el proceso de formación gerontológica del profesional de la salud.
96. _____. (2008) (Estrategia de gestión para la dinámica en la apropiación de la cultura en salud gerontológica.
97. _____. (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.
98. _____. (2008) (Enfoque humanístico cultural de la dinámica de formación gerontológica del profesional salubrista.
99. _____. (2009) (Evaluación del proceso de formación gerontológica en el profesional salubrista desde un enfoque humanístico-cultural.
100. _____. (2010) (Evaluación humanística cultural y formación gerontológica del profesional salubrista.
101. _____. (2009) (conferencia Título: formación gerontológica humanístico cultural del profesional salubrista para influir desde su formación en un envejecimiento saludable.
102. Hammersley M. Atkinson P. (1994). Etnografía. Ediciones Paidós. España.
103. Heidegger, M. Construir, habitar, pensar. Tomado de <http://www.artnovela.com.ar/>.
104. _____. (1988). Los problemas básicos de la fenomenología. www. Philosophic. El. traducing de "The basic problems of phenomenology. Indiana University Press.
105. Hernández, R. Y otros. (1999). Metodología de la investigación. McGraw-Hill. México.
106. Hernández, V. Matos, E (1999). "Enfoque funcional de la competencia comunicativa", en Taller de la palabra, Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 1999.
107. Instituto de Filosofía Academia de Ciencias. (1985). La dialéctica y los métodos científicos generales de investigación. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana, Cuba.
108. Jakobson, R. (1988). Lingüística y poética. Editorial Cátedra, Madrid, 1988.
109. Landriere J. (1979). El Reto a la Racionalidad Editorial Sígueme. Salamanca.
110. Lee T., Castro L. (). Procesos de formación doctoral: Tendencias internacionales y el caso de Cuba. Dirección de Educación de Postgrado. Ministerio de Educación Superior. Cuba (en soporte magnético).
111. Mardones, J.M. Ursúa, N. (1994). Filosofía de las Ciencias Humanas y Sociales. Editorial Fontanara, S.A. Barcelona, España.

112. Martínez M. (1997). Comportamiento Humano, nuevos métodos de investigación. Editorial Trillas, México.
113. _____. (1997). El paradigma emergente. Gedisa. Barcelona.
114. _____. (1998). La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación, manual teórico-práctico. Editorial Trillas, México.
115. _____. (1999). La Nueva Ciencia, su desafío, lógica y método. Editorial Trillas. México.
116. Matos, E Hernández V. (2002): "Enfoque funcional de la competencia comunicativa" en Taller de la palabra. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
117. _____. (2002): "Perspectivas para el español comunicativo: enseñanza de las estructuras textuales" en Taller de la palabra. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
118. _____. (2004). "Diseño de proyectos educativos regionales para enfrentar la educación de jóvenes y adultos "en Educación de jóvenes y adultos ¿realidad o utopía? Dirección de Ciencia y Técnica del Ministerio de Educación, La Habana.
119. Matos, E. (2004) "Aproximaciones metodológicas a la construcción de un texto científico". CeeS "Manuel F. Gran", Universidad de Oriente, material en soporte magnético.
120. Mier, R. (1990). Introducción al análisis de textos. Editorial Trillas, S.A. de C. V.
121. Millán, T.A. (s/a). Fundamentos socioculturales de la educación. Editorial Universidad "Arturo Prat" Sede Victoria.
122. Morín, E. (1994). Introducción al pensamiento complejo. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
123. Nicolescu B. La Transdisciplinariedad Una nueva visión del mundo. Éditions du Rocher, Collection "Transdisciplinarité". (<http://perso.club-internet.fr/nicol/ciret/espagnol/visiones.htm>)
124. Noriega, M. del R. (). Entrevista realizada a la Dra. Magalys Ruiz Iglesias sobre competencia investigadora. Dirección de Publicaciones del IPN, México. (En soporte magnético).
125. Núñez, R., Del Teso, E. (). Semántica y pragmática del texto común. Producción y comentario de textos,(material e n soporte magnético)
126. Ortega y Gasset, J. (1961). Kant. Hegel. Dilthey. Revista Occidente. Madrid. España.
127. Orudzhev. Z. M. (1978). La Dialéctica como sistema. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana, Cuba.
128. Pérez, G. (1994). Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Editorial La muralla. Barcelona, España. Piaget J. (1979). Tratado de Lógica y Conocimiento Científico. Editorial Paidós. Bueno Aires.
129. Popper K. (1971). La lógica de la Investigación Científica. Editoriales Tecnos. Madrid, España.
130. _____. (1997). El mito del marco común. En defensa de la ciencia y la racionalidad, Editorial Paidós, Barcelona, España.
131. _____. (1994). En busca de un mundo mejor. Editorial Paidós, Barcelona, España.
132. Pozo, J.I. (1996). Aprendices y Maestros. La nueva cultura del aprendizaje. Madrid: Alianza Editorial.
133. Quiróz, A. (). "Claro oscuro". Hemeroteca Virtual ANUIES. Junio de 1996. En <http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES>,
134. Rosental, M., Straks, G. (1963). Categorías del materialismo dialéctico. Editorial Grijalbo, S. A. México.
135. Sotolongo, P.L. (1998). "Matematización del Saber", en Modernidad y posmodernidad. Editorial Ciencias Sociales, La Habana.
136. Toulmin, S. E. (1993). Les usages del argumentation.
137. Tünnerman, C. 1995. "Una Nueva Visión de la Educación Superior". San José.

138. _____. (1998). Transformación de la Educación Superior: Retos y Perspectivas. EUNA., Heredia.
139. _____. (2003) La universidad latinoamericana ante los retos del siglo XXI. Unión de Universidades de América Latina, Ciudad Universitaria, México, D.F.
140. Tünnerman, C. La educación superior en el umbral del siglo XXI. Colección Respuesta. No.1. CRESALC/UNESCO. Caracas. Venezuela. 1996a.
141. 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.
142. Tünnerman, C. Hacia una nueva educación superior. CRESALC/UNESCO. Caracas. 1997.
143. Tünnerman C. (2003) La universidad latinoamericana ante los retos del siglo XXI. Unión de Universidades de América Latina, Ciudad Universitaria, México, D.F
144. _____. (1998). Transformación de la Educación Superior: Retos y Perspectivas. EUNA., Heredia.
145. Urhán, M. (2002). Programa de formación de doctores e investigadores. Ponencia presentada al Seminario Internacional sobre Formación de Doctores e Investigadores en Iberoamérica, organizado por la AUIP en Salamanca, España, del 28 al 30 de enero de 2002.
- Van Dijk, T. A. (1978). La ciencia del texto.
146. 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.
147. UNESCO. (1997). Informe de la Comisión Mundial de Cultura y desarrollo “Nuestra diversidad creativa”. París: UNESCO.
148. UNESCO. (1998). La Educación Superior en el Siglo XXI. Visión y Acción (Documento de Trabajo). París: UNESCO.
149. _____. (1977). Texto y contexto. Madrid, Cátedra.
150. Vecino, F. (2004). La universidad en la construcción de un mundo mejor. Conferencia Magistral, Congreso Universidad 2004, Ciudad de La Habana, Febrero, 2004.
151. Vigotsky, L. S. (1982). Pensamiento y Lenguaje. La Habana: Editora Revolucionaria.
152. _____. Weinrich, Harold. (1982). Lenguaje en textos Editorial Gredos, Madrid.
153. Weil, P. (1997). Holística: Una nueva visión y abordaje de lo real. Editorial San Pablo. Bogotá, Colombia.