

PROPUESTA DE UN MARCO DE TRABAJO TRANSDISCIPLINARIO PARA LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD

María Beatriz Escobar Escobar
Ricardo Antonio Escobar



Universidad[®]
Católica
de Manizales

VIGILADA MINEDUCACIÓN



PROPUESTA DE UN MARCO DE TRABAJO TRANSDISCIPLINARIO PARA LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD

Autores

María Beatriz Escobar Escobar
Ricardo Antonio Escobar

ISBN: 978-958-8022-96-3

Diciembre de 2018

Copyright©

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES

Editor: Cárol Castaño Trujillo

Corrección de estilo: Centro Editorial UCM

Diseño: Unidad de Marca UCM

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema recuperable o transmitida en ninguna forma por medios electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros, sin la previa autorización por escrito del Centro Editorial Universidad Católica de Manizales y de los autores. Los conceptos expresados de este documento son responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente corresponden con los de la Universidad Católica de Manizales y da cumplimiento al Depósito Legal según lo establecido en la Ley 44 de 1993, los Decretos 460 del 16 de marzo de 1995, el 2150 de 1995, el 358 de 2000 y la Ley 1379 de 2010.

©Centro Editorial Universidad Católica de Manizales

Carrera 23 No. 60-63

<http://www.ucm.edu.co/centro-editorial/>

centroeditorialucm@ucm.edu.co

Manizales - Caldas

Hecho en Manizales, Caldas · Colombia

CATALOGACIÓN EN LA FUENTE

Escobar Escobar, María Beatriz

Propuesta de un marco de trabajo transdisciplinario para la práctica asistencial en el área de salud / María Beatriz Escobar Escobar, Ricardo Antonio Escobar. Manizales:

Centro Editorial Universidad Católica de Manizales, 2018

191 páginas

Incluye referencias bibliográficas

ISBN 978-958-8022-96-3

1. Enfermería 2. Práctica asistencial 3. Ética 4. Salud - Colombia

CDD 610.73

BIBLIOTECA UCM

Contenido

Prólogo	9
Introducción	11
Capítulo I. Aproximación al escenario de investigación y al sistema de salud en Colombia	21
1.1 El escenario de investigación	23
1.2 El sistema de salud pública en Colombia	26
1.3 Plan Decenal de Salud 2012 - 2021	30
1.4 Antecedentes normativos	34
1.5 Modelos integrales de atención en salud	37
Capítulo II. Complejidad en la perspectiva transdisciplinar de la enfermería y la práctica asistencial	43
2.1 Pertinencia de la complejidad en la visión transdisciplinar de la enfermería y la práctica asistencial	45
2.2 El enfoque transdisciplinar como una opción metodológica	52
2.3 Estado del arte de la transdisciplina en la enfermería y las ciencias de la salud	56
2.4 Hacia la integración de saberes en el desarrollo de la enfermería	57
2.5 Visión no lineal de la enfermería en el contexto de la relación individuo, sociedad y salud	60
2.6 Consolidación de prácticas transdisciplinares en contextos de investigación, formación, enseñanza y apropiación social de los conocimientos	64
Capítulo III. Metodología	67
3.1 Tipo de estudio	70
3.2 Etapas	71
3.2.1. <i>Definición de perspectiva de atención de los pacientes con los profesionales que laboran en Assbasalud Manizales</i>	71
3.2.2. <i>Planteamiento de acciones de calidad</i>	71
3.2.3. <i>Construcción de un marco operacional transdisciplinario</i>	72
3.2.4. <i>Participantes para la investigación</i>	72
3.3 Proceso para recolectar y triangular la información técnica e instrumentos	73
3.3.1 <i>Árbol de problemas</i>	73
3.3.2 <i>Fundamentación desde la transdisciplina</i>	74
3.3.3 <i>La interdependencia como base de la participación</i>	75

3.3.4	<i>Retroacción y recursividad para la búsqueda de diálogos abiertos</i>	76
3.3.5	<i>Organización sistemática y hologramática de los saberes</i>	77
3.3.6	<i>Diseño</i>	81
3.3.7	<i>Procedimiento para la implementación del árbol de problemas</i>	86
3.3.7.1	<i>El hombre como ser integral</i>	87
3.3.7.2	<i>Persona humana una integración sentipensante</i>	90
3.3.7.3	<i>Visión holística de la dignidad humana en la práctica asistencial</i>	91
3.3.8	<i>Árbol de decisiones</i>	93
3.3.8.1	<i>Fundamentación</i>	93
3.3.8.2	<i>Diseño</i>	96
3.3.8.3	<i>Procedimiento de la aplicación</i>	97
3.3.8.4	<i>Nodo problémico</i>	97
3.3.8.5	<i>Nodo de alternativas relacionales</i>	98
3.3.8.6	<i>Nodo de decisiones</i>	99
3.3.8.7	<i>Nodo decisión de decisiones</i>	99
3.3.9	<i>Seminarios de formación transdisciplinar</i>	100
3.3.9.1	<i>Fundamentación</i>	100
3.3.9.2	<i>Diseño</i>	102
3.3.9.3	<i>La indagación</i>	103
3.3.9.4	<i>La profundización</i>	104
3.3.9.5	<i>Apropiación</i>	105
3.3.9.6	<i>Implementación</i>	106
3.4	<i>Instrumentos para la triangulación de la información</i>	107
3.4.1	<i>Cuestionarios con pregunta abierta</i>	107
3.4.1.1	<i>Diseño</i>	107
3.4.1.2	<i>Aplicación</i>	108
3.4.2	<i>Grabaciones en audio</i>	109
3.4.2.1	<i>Diseño</i>	109
3.4.2.2	<i>Aplicaciones</i>	110
3.4.3	<i>Tablas de análisis</i>	111
3.4.3.1	<i>Diseño</i>	111
3.5	<i>Plan para el análisis de la información</i>	111
Capítulo IV.	<i>Organización del conocimiento</i>	116
4.1	<i>El hombre como ser integral</i>	120
4.1.1	<i>Análisis e interpretación de resultados del encuentro el hombre como ser integral con el estamento profesional</i>	120
4.1.2	<i>Descripción del grupo de participantes</i>	121
4.1.3	<i>Análisis e interpretación de resultados del encuentro el hombre como ser integral con el estamento paciente</i>	121
4.1.4	<i>Cruce de información primer encuentro</i>	122
4.2	<i>Persona humana una integración sentipensante</i>	122
4.2.1	<i>Análisis e interpretación de resultados con el estamento profesionales</i>	122
4.2.2	<i>Análisis e interpretación de resultados con el estamento pacientes</i>	123

4.2.3 <i>Cruce de visión entre estamentos segundo encuentro</i>	123
4.3 Visión holística de la dignidad humana en la práctica asistencial	124
4.3.1 <i>Análisis e interpretación de los resultados con el estamento personal</i>	124
4.3.2 <i>Análisis e interpretación de los resultados con el estamento pacientes</i>	124
4.3.3 <i>Cruce de visión entre estamentos tercer encuentro</i>	125
4.4 Árbol de decisiones transdisciplinares	125
4.4.1 <i>Nodo problémico</i>	126
4.4.2 <i>Nodo de alternativas relacionales</i>	127
4.4.3 <i>Nodo decisión de decisiones</i>	127
4.5 Seminario de formación transdisciplinar	128
Capítulo V. La práctica asistencial una ventana abierta	132
5.1. Cambiando la perspectiva	133
5.1.1. <i>El hombre un sistema integrado</i>	135
5.1.2. <i>El binomio razón-emoción</i>	136
5.1.3. <i>La triada respeto, buen trato y dignidad humana</i>	138
5.1.4. <i>Compartir el dolor y aminorar el sufrimiento</i>	139
5.1.5. <i>El amor como utopía terapéutica</i>	141
5.1.6. <i>Tejiendo redes de solidaridad</i>	142
5.1.7. <i>Humanizar amplía la base científica</i>	143
5.2. Perspectiva transdisciplinaria de la práctica asistencial	144
5.2.1. <i>Prácticas dialogantes</i>	146
5.2.2. <i>La interdependencia como sustancia que potencia la totalidad</i>	148
5.2.3. <i>La institución de salud como sistema vital y eco-cultural</i>	149
5.2.4. <i>Interretroacción recursiva de los saberes</i>	150
5.2.5. <i>La construcción social del conocimiento</i>	151
5.3. La alternatividad transdisciplinar del marco operacional	152
5.3.1. <i>Un horizonte para la transformación (visión, misión, principios)</i>	153
5.3.2. <i>El rigor en la ética de la práctica asistencial</i>	154
5.3.3. <i>La apertura transdisciplinar de la educación en salud</i>	157
5.3.4. <i>La tolerancia en la completud del yo, el otro y nosotros</i>	159
Conclusiones	162
Referencias	169

Anexos

Figura 1. Organigrama integrantes del SGSSS.	182
Figura 2. Determinantes sociales de salud	183
Figura 3. Diagnóstico intersectorial del modelo integral de atención en salud	184
Figura 4. Diagnóstico intersectorial del modelo integral de atención en salud	184
Figura 5. Nodos. Técnica del árbol para la toma de decisiones	185
Figura 6. Árbol de problemas transdisciplinar construido con los actores	185
Tabla 1. Respuestas argumentales autorreflexión	186
Tabla 2. Síntesis de Pregunta: Qué piensa del video y como se relaciona con su práctica diaria	188
Tabla 3. Registro escritural de los resultados sin sistematizar	188
Tabla 4. Síntesis determinación de pre saberes. 5 ideas fuerza sobre visión holística y dignidad humana	191

Prólogo

El propósito de esta investigación es determinar de qué modo las estrategias metodológicas basadas en una elaboración transdisciplinar del conocimiento aportan en la construcción de un marco operacional alternativo para los profesionales de la salud que laboran en una clínica de primer nivel de atención, y cómo se integran las actitudes de rigor, apertura y tolerancia en el mejoramiento de la práctica asistencial de las instituciones prestadoras de servicios de baja complejidad en salud. La idea fundamental es proponer una estrategia de trabajo que incluya a los pacientes y a los profesionales de la salud en un ejercicio de indagación en el que se asume la salud como un hecho de naturaleza compleja y cuya problematización depende de un abordaje que sea multidimensional, multicausal y multirreferenciado de sus causas y posibles alternativas de solución.

Dicha forma particular de acceder a la realidad en sus distintos niveles de complejidad puede hacerse empleando árboles de problemas, decisiones y seminarios de formación transdisciplinares para establecer el impacto de la problemática de un sistema de salud que es macro, estructuralmente desfinanciado y que en la práctica asistencial produce insensibilidad al dolor, ausenta el sufrimiento y desconoce la presencia viva del otro como un ser humano sentipensante, integral y digno.

Recorrer este camino es importante, para que a través de la deliberación des-irre-constructiva de los saberes, la cooperación sistémica, el autoestudio y la autoinvestigación, se logre establecer un nodo de decisión de decisiones, a partir de las cuales los grupos de trabajo que participan en la investigación puedan apropiarse soluciones al alcance de la mano y que transformen su micro universo personal como un aporte inter e intrasubjetivo al mejoramiento de la práctica asistencial hospitalaria.

El diseño, la fundamentación y la implementación de estas técnicas implica necesariamente la incorporación de los principios de retroacción, recursividad, hologramía, interdependencia y dialogicidad; estos principios que fundamentan la transdisciplina, según Nicolescu (1996), son parte de una investigación cualitativa de enfoque transdisciplinar y que utiliza la investigación acción como una herramienta para que la estancia con la realidad sea una andadura colectiva por un camino de integración de saberes sobre las ciencias de la salud, la gestión del cuidado, la atención hospitalaria, la educación en salud, la socio-antropología, la psicología y las perspectivas subjetivadas de los participantes.

Los resultados de la investigación proponen un marco operacional en el que la práctica asistencial hospitalaria es una ventana abierta. La metáfora descubre distintos senderos para integrar el rigor como una actitud transdisciplinaria que fortalece la ética en la gestión del

cuidado y la interacción de los actores de la salud en el día a día de la institución. Reconoce que la apertura transdisciplinar puede verse en procesos de educación en salud que apuntan al mejoramiento de la calidad científica simultáneamente con la humanización de la atención en salud, el uso de lenguajes que refuerzan la calidez y la comunicación emocional entre los diferentes actores de la salud. La tolerancia se observa en la manera como la otredad y la mismidad se asumen en una completud existencial que pretende aliviar la fragilidad del ser humano que se atiende, para disminuir el drama psicosocial que se deriva de un macrosistema de salud deshumanizado.

*Doctor Israel Sandre Osorio
Docente investigador
Multiversidad Mundo Real Edgar Morin*

Introducción

La salud como derecho fundamental ha sido un principio constitucional que se instaura en la base del sistema de atención hospitalaria en Colombia. Proporcionar a la población las oportunidades y los medios para que los servicios asistenciales puedan darse en condiciones de equidad, accesibilidad y cobertura se constituye en un elemento clave para su organización y funcionamiento. Esta intencionalidad se complementa con el interés primordial de gestionar el cuidado integral, disminuir los riesgos sociales que pueden impactar la salud de los colombianos y crear las condiciones psicológicas, socioculturales y ambientales para evitar la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los usuarios del sistema.

La Ley 100 de 1993 crea el sistema de seguridad social en Colombia sobre la base jurídica y constitucional de hacer visibles las condiciones prácticas para que el ciudadano colombiano pueda beneficiarse de un régimen de salud, el cual contiene diferentes características, por ejemplo, que *todos* los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud reciban un plan integral de protección, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud - POS. Esta disposición establece un modelo de financiación mixto, constituido por aportes del situado fiscal del Estado y de los contribuyentes que forman parte del universo poblacional que contribuye financieramente al sostenimiento de toda la estructura del servicio de salud. Esta modalidad de financiamiento determina tres tipos de vinculados al sistema de salud: cotizantes, que son las personas que aportan directamente de sus salarios e ingresos a las entidades de salud; subsidiados, que son aquellos ciudadanos que no poseen ingresos para aportar a su salud, pero que son beneficiarios de los programas de atención gubernamental; y pobres no afiliados, correspondiente al grupo poblacional que no está afiliado por ninguno de los dos modos de vinculación, pero que obligatoriamente deben recibir los servicios asistenciales en los centros de salud y clínicas de todo el territorio nacional.

A este grupo poblacional tan diverso, que es una expresión palpable de la riqueza sociodemográfica y cultural de un país como Colombia, el Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), propone los mecanismos para proporcionar una atención en salud con cobertura, es decir, que intente cubrir la totalidad de los ciudadanos y ponerlos en una condición potencial de contacto con los servicios asistenciales.

La equidad es otro principio que busca reducir las desigualdades, asignar los recursos según las necesidades ciudadanas y evitar la discriminación de cualquier tipo en la prestación de los servicios asistenciales. La accesibilidad es una política que brinda elementos para disminuir las barreras y los obstáculos que no permiten una atención

con calidad, eficiencia, y que satisfaga los intereses de las personas más allá de los estándares estadísticos de aseguramiento y cobertura.

La Ley 100 ha sido ineficaz e inequitativa, por lo cual ha contribuido en la acentuación de las brechas de la atención en salud en los diferentes sectores de la población colombiana. Esta Ley también ha sido objeto de múltiples reglamentaciones, todas ellas tratando de adecuar el sistema de salud a los requerimientos de seguridad financiera, ajuste fiscal y reducción del gasto público, sin perder de vista la perspectiva constitucional de la salud como derecho fundamental y la gestión integral del cuidado como premisa ética y axiológica del mismo, aunque algunos autores piensan que si se ha perdido de vista la salud como un derecho constitucional, es por eso precisamente que persiste la crisis y la baja calidad en la atención.

En esta línea de transformación y mejora continua aparece la resolución 0429 de 2016, que crea el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con el propósito de especificar claramente una política de salud que, sin desconocer la importancia del ser humano que se atiende como una unidad física, mental y sociocultural, el Gobierno pueda atender sus necesidades sin incurrir en un colapso que ponga en riesgo la sostenibilidad económica del país y termine por crear un estado de salud caótico y completamente alejado de sus finalidades constitucionales y deontológicas.

En el devenir cotidiano de la prestación de los servicios de salud y en el día a día de las instituciones encargadas de esta labor, las pretensiones gubernamentales que se proponen desde la visión oficial del sistema de salud en Colombia, muestran una realidad particularmente distinta y cruzada por problemas que afectan la cobertura, la equidad social y la accesibilidad. Estas circunstancias generan un impacto en la calidad y en la eficiencia, lo que fundamentalmente crea una práctica asistencial que desagrega la multidimensionalidad de los seres humanos, instrumentaliza la atención hospitalaria y deshumaniza la relación entre los profesionales, pacientes y redes familiares que participan como actores en los diferentes contextos sociales donde se brindan dichos servicios.

En este contexto surge esta investigación, que propone como objetivo general determinar las estrategias metodológicas que permitan operacionalizar actitudes transdisciplinarias tales como el rigor, la apertura y la tolerancia, para el mejoramiento de la práctica asistencial que presta el personal de salud de una clínica de primer nivel de Asbsalud en Manizales, Colombia.

La investigación indaga de qué modo la perspectiva transdisciplinaria contribuye en la construcción de estrategias metodológicas para mejorar la práctica asistencial desde las actitudes referidas. Se busca establecer en el día a día institucional y en la relación profesional-

paciente cómo puede gestionarse el cuidado a un ser humano sentipensante, integral y digno en su condición como persona. Es de esta forma como la investigación contrasta la visión oficial de la salud en Colombia con una praxis sociocultural, en la que la presencia del otro se da en circunstancias concretas de realidad e impactadas por los determinantes estructurales de la salud, acentuados por la fragilidad y la vulnerabilidad de un ciudadano que vive cotidianamente los rigores de un sistema desfinanciado, el cual acentúa los dramas *psicoafectivos* y emocionales de los actores de la salud.

Este objetivo general es fundamental para articular en el desarrollo teórico metodológico y práctico de la investigación, la hipótesis de trabajo según la cual la ejecución de estrategias metodológicas permitirá operacionalizar actitudes transdisciplinarias tales como el rigor, la apertura y la tolerancia en la práctica asistencial de la Clínica Enea Assbasalud, para mejorar las relaciones que se establecen entre los profesionales de salud y los pacientes en la Clínica. Esta presunción encuadra perfectamente con la intención del proceso investigativo de situar el objeto de estudio en la práctica asistencial y buscar alternativas metodológicas para que esta, en su día a día, adquiera las connotaciones transdisciplinarias que la humanicen y le den calidad científica, calidez y afectividad en el trato y la interacción socioemocional entre los actores de la salud.

La metodología elegida para cumplir con este objetivo y validar la hipótesis de trabajo integra la percepción cualitativa de la realidad estudiada a partir de un enfoque transdisciplinar y una estrategia de investigación acción. Estos aspectos son básicos para lograr una estancia con la realidad, en la que la participación de los funcionarios y pacientes de Assbasalud se constituye en un factor potenciador de las capacidades autorreflexivas, la cooperación sistémica, la conversación fluida y la deliberación interretroactiva. El diálogo transdisciplinar es el principio que articula un abordaje multirreflexionado, multicausal y multirreferencial de los niveles de realidad para encontrar, con los estamentos que participan en la problematización del sistema de salud situado desde su propia realidad, alternativas de solución entroncadas que puedan, desde sus propias posibilidades, mejorar la atención integral de los pacientes en el día a día de la práctica asistencial.

El objetivo general muestra un horizonte de investigación que se recorre mediante la implementación de tres objetivos específicos. El primero, pretende determinar los problemas que actualmente existen en la atención personal-paciente. Este corresponde a la primera etapa de la investigación denominada definición de perspectiva. La técnica que se implementa es el árbol de problemas transdisciplinarios, en el cual los dos estamentos participantes en la investigación, es decir, funcionarios de la Clínica y pacientes junto a la investigadora, se aproximan a la multicausalidad y multirreferencialidad de los problemas que se generan en la gestión del cuidado y la atención hospitalaria en el

contexto situado de realidad de la Clínica Assbasalud. Para lograr lo anterior, se implementaron tres encuentros que separadamente, con cada estamento, deliberaron y discutieron sistémicamente los temas que más adelante se eligieron como categorías, estos fueron: el hombre como ser integral, el ser humano como realidad sentipensante y visión holística de la dignidad humana en la práctica asistencial.

Esta estancia con la realidad, junto a los actores de la salud ya referenciados, aprovechan el sentido metafórico del árbol y lo potencian para encontrar en este caminos que posibiliten la implementación de una agenda transdisciplina en los encuentros, fortalecida con el uso creativo, pedagógico y didáctico de la transdisciplina para construir socialmente el conocimiento, propiciar el autoestudio y la autoinvestigación, tomando el término autoinvestigación desde una mirada introspectiva (la introspección es la capacidad reflexiva inmediata que posee la mente humana para ser consciente de sus propios estados) y autorreflexiva como elementos sustanciales en el logro del aprendizaje colaborativo y la consolidación de interdependencias psicoactivas y emocionales en una deliberación amplia y destructiva. Los problemas emergentes se posicionan en la raíz del árbol; el tronco permite un despliegue lógico de los pre-saberes; mientras que las ramas hacen posible encontrar la interdependencia entre las causas que los generan para que en las hojas se localicen las soluciones entroncadas que sean viables y factibles desde el universo de transformación personal de los participantes.

De este modo, se identifica la perspectiva que los trabajadores de la salud y los pacientes tienen sobre los problemas que se generan en la práctica asistencial, y se develan las vías posibles para darle una solución en el contexto particular de las necesidades y los medios institucionales.

La investigación propone un segundo objetivo específico, el cual procura identificar los problemas que actualmente existen en la relación paciente-personal; este proceso corresponde a la etapa de planteamiento de acciones de calidad, en la que los participantes conocen en profundidad la problemática que afecta la práctica asistencial y en conjunto proponen algunas acciones que sean viables y factibles de incorporar en el marco actitudinal que pueda mejorar las relaciones entre los profesionales y pacientes en el día a día institucional. La técnica que facilita este abordaje se denomina árbol de decisiones transdisciplinares y, como su nombre lo indica, tiene como hilo conductor la transdisciplina para establecer soluciones alternativas que emerjan de los niveles y realidad de Assbasalud, y desde la perspectiva de atención que se pretende transformar a través de autorreflexión de los participantes.

La metáfora del árbol permanece en el fondo de la actividad propuesta, que es un encuentro integrado donde participan los dos estamentos y siguiendo los presupuestos pedagógicos y didácticos para el

aprendizaje cooperativo, la solidaridad intersubjetiva y la construcción social del conocimiento, define las acciones de investigación a seguir y concreta la raíz multicausal de los problemas. En esta instancia, en el árbol se dibuja un nodo problémico, que como su nombre lo propone, es un punto de convergencia, de integración y de cruce de perspectivas sobre su impacto en las circunstancias de realidad cercanas a los actores de la salud convocados. El nodo de *alternativas de solución* entronca las posibilidades de intervenir los problemas con base en aspectos concretos de interlocución y de diálogo, mientras que el nodo *decisión de decisiones* es un momento fundamental del encuentro donde los participantes claramente eligen las opciones que, según ellos, deben tomarse en cuenta para construir un marco operacional alternativo y transdisciplinar que oriente las relaciones interpersonales que se dan como parte de la práctica asistencial.

Este camino concebido como un viaje que se realiza en alianza, diálogo interrecursivo, deliberación interretroactiva y construcción hologramática del conocimiento, conduce al logro de un tercer objetivo específico, el cual propicia plantear al personal directamente involucrado las actitudes transdisciplinarias que pueden mejorar la atención y viabiliza la posibilidad de construir un marco operacional transdisciplinario para mejorar la práctica asistencial. La etapa a la que corresponden estos dos objetivos es justamente la de construcción de dicho marco operacional alternativo y comprende acciones de investigación que integran la técnica del árbol de decisiones transdisciplinarios y un seminario de formación transdisciplinar con los dos estamentos con quienes se completa la estancia con la realidad. El desarrollo de seminario incorpora los momentos de indagación, profundización e indagación de conocimiento articulando la música, la plástica y el video como ingredientes para que el aprendizaje sea lúdico, agradable y enriquecedor.

La transdisciplina y sus actitudes se presentan como significativas en el logro de una práctica asistencial humanizada que reconoce al otro como una presencia viva en su condición integral de pensamientos, emociones y sentimientos, que expresan su fragilidad y condición de vulnerabilidad el marco operacional alternativo, que se construye, que reconoce que el sistema de salud en su macroestructura deshumaniza, que extraña el sufrimiento y ausenta el dolor. Los participantes en el desarrollo de los árboles transdisciplinarios de problemas y de decisiones han establecido que esta problemática genera en el espacio vital de Assbasalud tres problemas entroncados entre sí. En uno, la práctica asistencial está debilitada éticamente, lo que produce conflictos y tensiones entre pacientes y trabajadores de la salud que se ven reflejadas en maltrato, uso de lenguajes que degradan la condición humana y escasa comunicación efectiva de los conceptos médicos que deben tenerse en cuenta en el cuidado de la salud.

Un segundo eje problémico tiene que ver con la necesidad de educar en salud para potenciar lo que se tiene y capacitar a los profesionales, pacientes y redes familiares en todo lo que se refiere a la gestión integral de cuidado desde una perspectiva transdisciplinaria que haga explícita la integralidad humana como unidad sentipensante, digna y que debe acceder a un estado de salud de bienestar sin barreras y obstáculos limitantes; solo así es posible acercarse a un uso racional de los recursos, insumos y medios disponibles en el contexto de un sistema precario y desfinanciado.

El tercer eje problémico identifica la necesidad de abrir la atención hospitalaria al *yo* y al *otro* en una completud que sensibilice hacia el dolor y comparta el sufrimiento como una expresión de la fragilidad humana.

Estos tres ejes problémicos generan en el seminario de formación transdisciplinaria una visión y una misión alternativas que entroncan la decisión de los participantes para mejorar la práctica asistencial desde una perspectiva transdisciplinaria y humanizadora de la atención hospitalaria. Surge como resultado una propuesta denominada "La práctica asistencial, una ventana abierta", en la que se aprovecha la riqueza metafórica de este concepto para plantear una gestión del cuidado y una atención en salud que integra la mirada de un ser humano que se abre hacia los demás y que busca en el otro las posibilidades de encuentro para aprender a prevenir y a manejar la enfermedad como si se tratara de un todo interdependiente que fortalece los vínculos sistémicos de tipo psicológico, afectivo, emocional, volitivo, comunicativo y racional que se dan en el abordaje multidimensional de la realidad humana.

La práctica asistencial, concebida como una ventana abierta, propone un marco operacional alternativo y transdisciplinario, en el que el cuadro que sirve de soporte a las dos alas que se abren, establece un horizonte de transformación para cambiar la perspectiva sobre la práctica asistencial. En esta concepción el hombre es un ser integrado en el que la razón y la emoción conforman un binomio que potencian la triada respeto, buen trato y dignidad humana. Se establece que compartir el dolor es un acto intersubjetivo y solidario para aminorar el sufrimiento, entendiendo que el amor puede ser visto como una utopía terapéutica que fortalece en los funcionarios y pacientes de Assbasalud las capacidades de tejer redes de solidaridad e intersubjetividad para ampliar la base científica de la atención hospitalaria desde una práctica humanizada.

Una de las alas de la ventana fundamenta la perspectiva transdisciplinaria de la práctica asistencial, en la cual el diálogo y la interdependencia son una sustancia que fortalece la totalidad de la institución como un sistema vital y eco-cultural. Reconocer las interretroacciones recursivas de los saberes es indispensable para construir socialmente el conocimiento en la salud, sobre una robustecida base transdisciplinaria

donde el ser humano se visualiza articuladamente desde las disciplinas con las que dialogan las ciencias de la salud, las tradiciones culturales acerca del cuidado y la creación de entornos solidarios para disminuir los determinantes estructurales de la enfermedad y mejorar la calidad de vida ciudadana.

Otra de las alas que se abren en la ventana justifica la alternativa transdisciplinar del marco operacional, en función de un horizonte de transformación que se abre en una misión y visión alternativas que construyen los participantes. El rigor de la transdisciplina se conceptualiza como el fortalecimiento de la ética en la atención hospitalaria, mientras que la apertura aparece como un elemento fundante de la educación en salud, y la tolerancia emerge en la completud del *yo*, el *otro* y *nosotros*. Así se completa una propuesta de marco operacional al que voluntariamente pueden acogerse los actores de la salud que acuden diariamente a la Clínica y que bajo diferentes circunstancias sufren las consecuencias devastadoras de un sistema de salud que macroestructuralmente no cumple con los objetivos de prolongar la existencia, prevenir la enfermedad y aportar al bienestar integral de las personas que forman parte de este.

Los resultados de la estancia con la realidad, el recorrido por la teoría y el diálogo con los actores se presenta en cinco capítulos estructurados en un texto que intenta ir más allá de un informe institucional o monográfico y de los cuales ya se han publicado tres artículos en revistas indexadas y legalmente constituidas. En el primer capítulo el lector se encuentra con una aproximación a la Clínica Assbasalud como el escenario de investigación y desde allí al sistema de salud en Colombia. Este abordaje es importante para que los lectores puedan entender de qué modo se organiza e implementa la prestación de los servicios de salud en el país y cómo se articula la problemática general que se genera como consecuencia de los obstáculos que limitan la accesibilidad a la población para que la gestión del cuidado sea integral, eficiente y de calidad humana.

El segundo capítulo propone un análisis de la complejidad en la perspectiva transdisciplinar de la enfermería y la práctica asistencial. Este es un recorrido teórico que busca comprender la presencia de los principios de interretroacción, interrecursividad, hologramía, dialogicidad e interdependencia en la configuración de una óptica transdisciplinar de la enfermería y la práctica asistencial, en una travesía histórica a partir del año 2000. Los aportes de los apartados que despliegan el capítulo sirven para complementar el estado del arte que desde la práctica asistencial se inicia en el primer capítulo y aquí se complementa con una fundamentación científica de los problemas que emergen en el contexto de la macroestructura del sistema de salud y en el microespacio de la realidad institucional de la Assbasalud. En este capítulo se explican los problemas de atención generados en la gestión del cuidado, la atención integral y la promoción de la salud en todas

las dimensiones y niveles de la realidad humana. Es una andadura intelectual que facilita la comprensión de la práctica asistencial como el objeto de estudio de la investigación, tratando de responder a las necesidades que surgen con respecto a su calidad, accesibilidad y pertinencia en la solución de las problemáticas derivadas en el día a día de una institución de salud.

El tercer capítulo es fundamental, porque explica en detalle la metodología empleada para lograr una estancia con la realidad en interlocución e interacción con los actores de la salud convocados para formar parte del equipo de trabajo en este proceso investigativo. El lector puede encontrar en detalle los argumentos expuestos para elegir el tipo de investigación, construir las etapas de la misma, seleccionar la muestra participante en el ejercicio de reflexión, diseñar e implementar las técnicas e implementos para recoger la información, analizarla e interpretarla.

La metodología es un aporte novedoso de esta investigación, pues introduce diferentes apartados en los que se fundamenta, diseña y explica el procedimiento para emplear árboles de problemas, de decisiones y seminarios de formación con la perspectiva transdisciplinar como eje central de sus procesos de autoestudio, autoinvestigación y cooperación sistémica en la transformación de la realidad. Los elementos significativos que hacen distinto el uso de dichas técnicas en el caso concreto de este trabajo están relacionados con el abordaje de la multicausalidad y la multirreferencialidad de los problemas y sus causas, en una trama cognitiva, afectiva y cultural que se entroncan en la deliberación reconstructiva del conocimiento sobre la gestión del cuidado y las prácticas asistenciales.

El cuarto capítulo propone una organización del conocimiento que analiza e interpreta los resultados obtenidos en la estancia con la realidad, empleando la triangulación hermenéutica como una herramienta para que los saberes reintegrados se propongan desde una racionalidad abierta, interrecursiva y retroactiva que teje las respuestas argumentales generadas por los funcionarios de Assbasalud y los pacientes en los distintos encuentros para implementar los árboles de problemas, arboles de decisiones, y el seminario de formación transdisciplinar. El aporte metodológico de este capítulo se concreta en un procesamiento manual de la información que se resume en tablas de respuesta argumental y tablas de síntesis de problematización, a través de las cuales el lector puede encontrarse con un análisis integral de los enunciados más relevantes que el grupo produce en las diferentes actividades vivenciales donde se aplicaron instrumentos como los cuestionarios de pregunta abierta, las grabaciones de audio y video y se realizaron dinámicas lúdicas para motivar la conversación fluida y la interacción social.

El quinto capítulo da cuenta del marco operacional denominado “La práctica asistencial, una ventana abierta”. Aquí se recogen los resultados de los encuentros ya referidos para problematizar, entroncar alternativas de solución y decidir sobre cómo incorporar las actitudes del rigor, la tolerancia y la apertura transdisciplinar en el día a día de la práctica asistencial. Es un aporte práctico de la investigación, en el que se plantea la forma de transformar la realidad de la asistencia clínica, aplicando las diferentes estrategias metodológicas que se derivan al reconocer que el conocimiento sobre la salud es transdisciplinar y complejo en la aproximación a los niveles de la realidad que envuelve la vida cotidiana de los seres humanos que psicosocial y afectivamente sufren los dramas de un sistema deshumanizado.

La estructura de cada capítulo comienza por presentar un resumen que sintetiza los elementos preponderantes de los apartados que lo constituyen. Al final se proponen párrafos de cierre que posibilitan una articulación conceptual de lo expuesto en el capítulo con las interpretaciones de la investigadora y el diálogo con los autores convocados.

Las conclusiones sintetizan el aporte teórico, metodológico y práctico de la investigación a la comunidad académica, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades gubernamentales y no gubernamentales que se encuentran interesadas en conocer de qué forma la práctica asistencial se enriquece cuando la transdisciplina actúa como una sustancia potenciadora de las relaciones entre los actores de la salud, el medio ambiente y las políticas estatales. En este sentido, es importante anotar que, en el sector de la salud, un ejercicio de indagación y reflexión con base en las técnicas expuestas, resulta ser una contribución enorme para la construcción de agendas transdisciplinarias que desinstrumentalicen la racionalidad técnica de la atención hospitalaria y mejoren la prestación de los servicios asistenciales, sobre la base ampliada de la multidimensionalidad del ser humano que se atiende.

Predomina aún una visión lineal, monocausal y restrictiva de la salud que no alcanza a dimensionar en la práctica los ideales de integralidad, dignidad, hologramía y multidimensionalidad, que se encuentran en el fondo de la perspectiva oficial del gobierno colombiano. La ausencia de participación efectiva de las comunidades en agendas transdisciplinarias que potencian la salud como un sistema de interdependencias y comunicaciones con la vida humana, continúa limitando la universalidad y cobertura del sistema como también la capacidad que este tiene para brindar soluciones equitativas de acceso a toda la población beneficiaria. Estas circunstancias son las que instrumentalizan la práctica asistencial y la reducen a un esquema de atención carente de afectividad, emoción y comunicación entre los funcionarios, coordinadores, pacientes y redes de apoyo familiar.

Al proponer este tipo de hallazgos, la investigadora intenta superar la estrechez disciplinaria que en determinados momentos de producción del conocimiento científico no permite el replanteo de algunos paradigmas cognoscitivos, en los que todavía se vislumbran rasgos de los enfoques reductivos y simplificadores del conocimiento. La construcción transdisciplinar enmarcada en el análisis de la práctica asistencial como un problema de naturaleza compleja, es básica para acceder a la integración de saberes como una dinámica de investigación que recursiva y retroactivamente supone un ejercicio de indagación, en el que la Clínica se asume como un espacio inter, multi y transdisciplinar. Todo esto con el propósito de lograr una crítica al modelo de salud en Colombia desde una comprensión del estrecho vínculo del mundo real, donde se da la atención hospitalaria con la perspectiva compleja del conocimiento en salud, en diálogo transdisciplinar con distintas tendencias epistemológicas y saberes populares acerca de la gestión del cuidado y la preservación de la salud humana.

CAPÍTULO I

Aproximación al escenario de investigación y al sistema de salud en Colombia

Colombia es un país geográficamente diverso, poblacionalmente pluralista y humanamente multidimensionado. Dos grandes océanos, tres cordilleras, valles prolíficos, ríos abundantes y un clima privilegiado son algunos elementos que enriquecen la fisonomía de un pueblo que vive en medio de un conflicto y que busca afanosamente nuevos caminos para fortalecer su identidad como nación y abrirse paso hacia una paz perdurable.

Este es el paisaje socio diverso y multicultural de un país en donde la mayor riqueza es su propia gente, los valores que la identifican, las tradiciones que se preservan pese al ímpetu de la vorágine globalizadora y capitalista. Para esta riqueza inmaterial que son las personas, la Ley 100 de 1993 creó un sistema con la intención de proporcionarles ambientes y espacios saludables para garantizar la *salud* como un derecho fundamental en condiciones de equidad social, accesibilidad, cobertura y calidad. Así surge un sistema de salud que aún es relativamente nuevo y que en su trayectoria histórica se muestra con irregularidades y desequilibrios en su desarrollo y en su consolidación.

En este capítulo se propone una aproximación al sistema de salud en Colombia, partiendo de la descripción de la Clínica Assbasalud del barrio La Enea, en Manizales, Caldas, como el escenario para la investigación. Es tan solo acercarse a esta realidad para ubicar al lector, esperando que sean suficientes los argumentos elaborados para iniciar la construcción de un estado del arte que delimite la problemática del sistema en su nivel macro, y de Assbasalud en su horizonte institucional. Se trata de proponer un referente que sea adecuado para comprender de qué modo se prestan los servicios asistenciales de salud en Colombia y de qué manera las problemáticas propias del sistema impactan la práctica asistencial en el contexto vital, organizacional y humano del centro asistencial.

En el primer apartado se efectúa una descripción de la Clínica Assbasalud como el escenario de investigación, detallando algunas características de la población atendida, definiendo el nivel de atención que se presta según lo dispuesto por la Ley 100 del 1993 y especificando algunos detalles con respecto a las dependencias y modos de organización de la institución. Conectar al lector con la vivencia del lugar es importante para que al leer el texto pueda entender la situación real de la atención hospitalaria y fundamentalmente de una práctica asistencial que puede verse afectada por los diferentes obstáculos y problemas que limitan el acceso a la salud como un derecho fundamental y ponen en riesgo

el desarrollo integral y digno de los pacientes atendidos, sus familias, incluso, de los mismos profesionales de la salud.

En el segundo apartado se propone la aproximación al sistema de salud en Colombia, a su estructura, organización y modos concretos de implementarse en las diferentes regiones del país. Se trata de una macroestructura que se constituye como un modelo mixto de financiación y que presta servicios asistenciales a una población que se agrupa en los regímenes subsidiado, contributivo y pobre no afiliado; estos arreglos institucionales del sistema de salud se detallan en este apartado para conocer sus competencias, acuerdos interinstitucionales y políticas públicas para garantizar la promoción y prevención de una sociedad saludable, sin riesgos diferenciales y determinantes estructurales que afecten los estilos de vida saludables. El marco deontológico, axiológico y político del sistema busca indicadores como la universalidad, la accesibilidad, la cobertura, la calidad y la equidad en un amplio espacio de integración y bienestar social.

Integrando el segundo apartado sobre el sistema de salud en Colombia, se presenta una síntesis analítica del Plan Decenal 2012-2021, que es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. La pertinencia de incluir este recorrido radica en que el Plan se constituye en una hoja de ruta para los próximos 10 años, que pretende construir un pacto social para garantizar operativamente el derecho a la salud en Colombia. Contiene el ideal de salud y describe los medios, las actividades y las estrategias que propenden por cero tolerancias a los riesgos y a las enfermedades que deterioran la calidad de vida de los usuarios del subsistema de salud. El Plan Decenal establece de qué modo se generan contextos de vida saludable en condiciones de equidad social y que favorezcan las dimensiones humanas desde una perspectiva de integralidad de los seres humanos que se atiendan.

Por otro lado, se describe la forma como puede darse una interacción de actores, sectores e instituciones gubernamentales y no gubernamentales para que se alcancen las metas de salud desde la integralidad de las personas y la disminución de los determinantes estructurales sociales de los riesgos y de la enfermedad.

Otro de los aspectos tratados en el segundo apartado tiene que ver con una descripción de la normatividad, que desde la expedición de la Ley 100 se constituye como el conjunto de regulaciones para definir claramente las competencias, prioridades y formas específicas de vinculación, seguimiento y financiación del sistema de salud del país. La reglamentación que se presenta en perspectiva histórica provee elementos críticos para comprender bien la práctica institucional de la Clínica Assbasalud, se garantiza el derecho fundamental de todas las personas que acuden en busca de un servicio asistencial o si por el contrario se profundizan las brechas estructurales que afectan

negativamente la práctica asistencial y la relación entre los actores de la salud.

Complementando el apartado, se da a conocer lo que implican los Modelos Integrales de Atención en Salud (MIAS) reglamentados por la resolución 0429 de 2016 de MinSalud, que forman parte del Plan Decenal como elementos estratégicos para garantizar la salud como un sistema integral, incluyente y que se da en condiciones de igualdad social. El estado de salud aparece determinado por el contexto político, socioeconómico y cultural, y el modo en que este modelo de atención aporta soluciones a la desigualdad de la atención en salud.

Los modelos integrales de atención parten de una concepción integral de la salud, en donde intervienen factores psicosociales, culturales, económicos y políticos sin los cuales no es posible el bienestar, la seguridad y la calidad de vida de los usuarios del sistema. La identificación de los determinantes sociales del estado de salud es fundamental para construir agendas sociales que vinculen los diferentes sectores y actores que deben proporcionar al ciudadano las condiciones para vivir de acuerdo con estilos de vida saludables y que favorecen las circunstancias necesarias para evitar la enfermedad y prevenir el riesgo.

El recorrido efectuado en el capítulo trata de ser analítico y crítico con respecto a las problemáticas que macro-estructuralmente se derivan de la implementación del sistema y de las deficiencias que surgen en materia de contratación, financiación, cobertura y accesibilidad. Este análisis se traslada a la práctica asistencial como objeto de estudio de la investigación en el contexto situado de la Clínica Assbasalud para delimitar los problemas específicos que allí se generan y para establecer la utilidad de la perspectiva transdisciplinaria en la lectura crítica de las mismas. Esto se hace con el propósito de ubicar al lector no solo en el escenario de investigación, sino en aquellas realidades problemáticas que se viven en el día a día de la atención hospitalaria y que reflejan sintomáticamente el estado de crisis del sistema de salud como totalidad organizacional y administrativa.

1.1. El escenario de investigación

Los hechos y circunstancias de la investigación se dan en un espacio geográfico y humano, donde interactúan pacientes, funcionarios de salud, directivos de la Clínica y entidades que directa o indirectamente participan en la gestión del cuidado y el desarrollo de las diferentes actividades para la preservación de la salud de la ciudad de Manizales; es pertinente ubicarlo para que el lector pueda construir una visión del lugar donde se producen los acontecimientos de la investigación y se desarrollan sus diferentes aspectos. Este es un punto de partida para iniciar la aproximación al sistema de salud en Colombia, porque esta

institución prestadora de servicios de salud *pública de primer nivel de atención* forma parte de una macro estructura que depende legal, organizacional y administrativamente del Gobierno Nacional.

La Clínica Assbasalud del barrio La Enea presta sus servicios en la Comuna Tesorito. La sede administrativa es un edificio amplio y adecuado logísticamente para brindar atención integral en salud de primer nivel, lo que en Salinas et al. (2001) se define como el que

Ejerce sus recursos en forma eficiente a través de habilidades clínicas y gerenciales. Esta premisa es aún más trascendental para el caso de las instituciones con políticas de contención de costos, como las del sector público que dependen de un presupuesto asignado y la distribución inteligente de los recursos disponibles. (p.2)

La atención y recuperación de la salud se asume desde esta perspectiva, tratando de satisfacer la demanda con los recursos disponibles; la mayor parte de la población atendida pertenece al régimen subsidiado que, desde el gobierno colombiano, garantiza la prestación de los servicios de salud a la población pobre y vulnerable de territorio nacional.

Las condiciones de vinculación, afiliación, identificación y contratación quedan bajo la competencia de los entes territoriales¹, que en Colombia son los departamentos o municipios que con recursos del situado fiscal del Estado se encargan de administrar y organizar la prestación del servicio en cada uno de los contextos geográficos y culturales del país. Esto es importante aclararlo para entender que el Gobierno Nacional provee los recursos financieros, adecúa las plantas físicas, mejora el stop de insumos y medicamentos y se encarga de otras funciones que son necesarias para que las municipalidades puedan garantizar el acceso a la salud como un derecho primordial, al menos en la baja complejidad.

Ubicada la Clínica Assbasalud en el contexto legal y administrativo del sistema de salud en Colombia, es importante efectuar un breve recorrido para adquirir una idea de esta como el escenario de investigación. Cuando los usuarios ingresan a la institución, se encuentran con un salón amplio en donde se distinguen espacios como Sala de Triage, Farmacia y Sala de Espera. Estos sirven para que los pacientes y sus familias puedan acceder a las otras instancias de Assbasalud, esperar la atención del profesional a cargo y realizar los copagos que sean

¹Colombia, administrativamente se encuentra dividido en 32 departamentos, es decir, territorios que geopolíticamente equivalen a un distrito o provincia en otras naciones de Latinoamérica. Estos departamentos poseen una cabecera municipal a la que se le denomina capital y en su jurisdicción pueden agruparse entidades territoriales más pequeñas llamadas municipios; estos últimos están conformados por corregimientos, veredas y caseríos. La entidad territorial con fines de la prestación del servicio de salud puede ser un departamento o en su defecto un municipio certificado.

necesarios. En este lugar se encuentra localizada la ambulancia para los traslados requeridos de los pacientes por urgencias u hospitalización.

La palabra triaje se utiliza para determinar la situación de gravedad o sintomatología que presenta el paciente; esto significa que no todas las personas que acuden al centro de salud con alguna sintomatología pueden ser atendidas de inmediato en el servicio de Urgencias, porque la enfermera jefe al realizar una valoración previa decide qué caso en particular requiere de la atención del médico general.

Los pacientes que son atendidos en la Clínica acceden posteriormente a otro espacio, en el que se encuentran consultorios y zonas médicas como Trauma, Sala de Observación y Salas de Hospitalización. En estos lugares, de acuerdo con la gravedad de la sintomatología, las personas son asistidas por el médico general, enfermeras, auxiliares y jefes que cumplen con las funciones de coordinar los servicios del centro médico. En ninguna de estas instancias se practican cirugías de alta complejidad por tratarse de un nivel de atención de baja complejidad.

La Clínica Assbasalud cuenta con otros espacios para la atención que son: Vacunación, Toma de Citología, Odontología.

Estos espacios son frecuentados diariamente por un número significativos de personas, en el año 2016 se realizaron 9.858 consultas médicas, los pacientes no son exclusivamente del barrio La Enea, pues por tratarse de población perteneciente al régimen subsidiado, la institución puede recibir pacientes de otros sectores de la ciudad de Manizales. Este flujo permanente de usuarios configura una población heterogénea culturalmente que procede predominantemente de los estratos 1 y 2, los cuales son clasificados por el Sisbén con los puntajes más bajos en materia de priorización de los niveles de vulnerabilidad y pobreza.

El Sisbén es una encuesta de alcance nacional, uso obligatorio, que según Ruiz y Plazas (2011) es “un conjunto de reglas, normas y procedimientos para obtener información socioeconómica confiable y actualizada de grupos específicos en todos los departamentos, distritos y municipios del país” (p.14).

De acuerdo con los elementos descritos, Assbasalud es un escenario de investigación que presta un servicio de atención *en salud de baja complejidad* a una población heterogénea y diversa, enmarcada en un contexto de vulnerabilidad y de pobreza, razones por las cuales perteneces al régimen subsidiado con base en la clasificación de MinSalud. Los recursos, la disponibilidad presupuestal, la contratación del personal y las demás competencias administrativas están bajo el control de la municipalidad de Manizales, pero siguiendo los parámetros, orientaciones y lineamientos del Gobierno Nacional.

La Clínica Assbasalud² es un centro de atención hospitalario al que acceden poblaciones de diversos orígenes étnicos, concepciones ideológicas, tendencias sociales y afiliaciones políticas. A su vez, la insuficiencia de recursos financieros, la vulnerabilidad y la exclusión social son tres problemáticas socioeconómicas que comparten los usuarios.

La connotación de vulnerabilidad de la población atendida en Assbasalud, designa una fragilidad del sistema que incide directamente en el acceso a la prestación del servicio de salud, que según Figueroa y Cavalcanti (2014) “se considera accesibilidad como el grado de ajuste entre las necesidades de los usuarios y los recursos de la atención de salud” (p.269). Esto determina la capacidad de respuesta de la entidad para la satisfacción de dichas necesidades, disminuyendo los obstáculos que puedan presentarse para su consecución y favoreciendo el poder de utilización. Para detallar las fortalezas que tiene la clínica, se revisaron los documentos existentes como plan de acción, el plan de gobierno, el plan anticorrupción todos son fortalezas de la institución, pues está muy bien documentada y cumple con todos los lineamientos de la ley y regulaciones para habilitación, lo que apoya para que se brinde un servicio asistencial de calidad, pero tiene muchas necesidades o dificultades económicas y de humanización del servicio, lo que se evidencia con la observación del día a día de la institución y los informes de satisfacción del servicio que se realizan anualmente, encontrando un descenso del 85% de satisfacción en el año 2016 al 81% en el año 2017.

La accesibilidad es un indicador fundamental para Assbasalud, la cual debe favorecerse en términos geográficos, organizacionales, económicos y socioculturales. Todo esto implica que los pacientes deben encontrar condiciones para acceder al servicio con el mínimo de recursos financieros propios y empleando los medios de transporte disponibles en su entorno; de otra parte, es importante tratar de disminuir los obstáculos que organizacionalmente limiten la asistencia en salud para que la atención pueda brindarse en condiciones de igualdad y equidad a la población que se atiende en la cotidianidad de la Clínica.

1.2. El sistema de salud pública en Colombia

El apartado anterior aproxima a los lectores con el escenario de investigación, inmerso en una realidad que es diversa, compleja y multidimensional. Como afirma Morin (1994) “no hay realidad

²Manizales (Colombia) es la capital del departamento de Caldas, está constituida por 113 barrios que se agrupan en unidades más grandes llamadas comunas, 11 en total. La Clínica Assbasalud del barrio La Enea jurisdiccionalmente forma parte de la Comuna Tesorito. En materia de atención en salud puede recibir beneficiarios *pos* de cualquier otro barrio o comuna de la ciudad. Estas características la convierten en un lugar de gran afluencia de personas que acceden a los servicios mostrando diferentes diagnósticos y patologías.

que podamos comprender de manera unidimensional. La conciencia de la multidimensionalidad nos lleva a la idea de que toda visión unidimensional, toda visión especializada, parcial, es pobre" (p.63).

La Clínica Assbasalud refleja esta diversidad multidimensionada, a partir de la cual no solamente se sitúa geoculturalmente en la investigación, sino que sirve de referente para comprender de qué manera está concebido y organizado el sistema de seguridad social de salud pública en Colombia. Así es posible entender a qué tipo de macroestructura gubernamental pertenece la Clínica y por qué razones presta sus servicios a las diferentes comunidades que forman parte de su entorno económico, social político y cultural.

No es fácil sintetizar las características de dicha conformación, porque se trata de un sistema que se ha ido consolidando en diferentes desarrollos históricos, que se dan como consecuencia de los cambios acontecidos en la economía, la legislación y las políticas públicas de salud para el país.

El actual sistema de salud en Colombia fue creado por la Ley 100 de 1993. De acuerdo con Agudelo et al. (2011),

Es un sistema de salud de competencia regulada, basado en la mezcla pública privada y mercado-regulación, cuyas principales fuentes de financiamiento son las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo, y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el régimen subsidiado. (p.2)

Cabe recordar que la Clínica Assbasalud atiende predominantemente a personas que están vinculadas bajo el régimen subsidiado, en donde las fuentes de financiación están específicamente marcadas por los aportes de empleados y empleadores y los recursos del situado fiscal, representado por MinSalud, y que son girados a los entes territoriales. Se trata de un "modelo de financiación mixto" (Agudelo et al., 2011, p.2818), que tiene como característica común un régimen de ingresos medios y bajos teniendo en cuenta los arreglos y disposiciones del país, lo que es enfatizado por París, Devaux & Wei (2010) en las siguientes palabras "en cada país el sistema de salud adopta una estructura, una organización y unos arreglos institucionales específicos" (p.62).

La especificidad de los arreglos estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia tiene que ver fundamentalmente con la obtención y distribución de los recursos financieros para sostenerlos y garantizar su operacionalidad. A este respecto Agudelo et al. (2011) agrega que, en Colombia, los recursos financieros que se obtienen por medio de cotizaciones y aportes representan cerca del 70% del total, mientras que más del 50% de los afiliados se encuentran en el régimen subsidiado.

Como se puede apreciar, los beneficiarios de los servicios que presta la Clínica Assbasalud están en la categoría del régimen subsidiado, lo cual representa el 50% de la participación total en la apropiación y distribución de los recursos fiscales y cotización. En materia de actores e instituciones vinculadas a la prestación del servicio, la característica es la diversidad de los intervinientes, solo en una organización que comprende el orden nacional, regional y municipal. El anexo 1 ofrece una idea general de la forma como están organizados dichos actores, entidades e instituciones en el SGSSS en Colombia.

Estas instituciones desempeñan un papel fundamental en definir los conceptos, los elementos constitutivos y el carácter de la vinculación de diferentes entidades, que directa o indirectamente coadyuvan en la implementación de las políticas y los programas de salud que orientan el desarrollo de los planes en los diferentes lugares de la geografía nacional.

En el segundo nivel del flujograma aparecen los aseguradores, que son administradores por excelencia de los dineros que el Estado o los cotizantes canalizan a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Estas entidades se valen de IPS o EPS para prestar los servicios en las diferentes entidades territoriales.

La tabla que se presenta a continuación define la terminología del sistema, con base en la misma conceptualización elaborada por MinSalud.

Tabla 1.
Definición de términos en la estructura del SGSSS

Término o sigla	Definición
CRES	Comisión de Regulación en Salud
EPS	Entidades Promotoras de Salud
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud
POS	Plan Obligatorio de Salud
POSS	Plan Obligatorio de Salud Subsidiado
UPC	Unidad de Pago por Capitación
COPACOS	Comité de Participación Comunitaria

Assbasalud es una IPS que atiende población heterogénea perteneciente al régimen no contributivo, por lo tanto, se trata de niños, jóvenes adultos y personas de la tercera edad que son beneficiarios de subsidios asignados por el Estado. Estos recursos son administrados por una EPS, que en cada entidad territorial tiene representación y equipos de funcionarios encargados de asignar los subsidios. Desde el punto de vista técnico, logístico y administrativo es el Sisbén, con la que se mide el estado de marginalidad o pobreza de los pacientes potenciales;

los prestadores, que en el último nivel del flujograma aparecen como hospitales, clínicas y profesionales de la salud, están encargados de promover y recuperar la salud, en el marco de los distintos niveles de contratación que contempla el estado en el flujograma.

En el flujograma aparecen empleadores, beneficiarios y el Comité Paritario de Salud Ocupacional (COPASOS), que en última instancia agrupan a la ciudadanía que en Colombia es un grupo poblacional multidiverso, heterogéneo, pluralista y culturalmente diferenciado. Es un universo donde interactúan personas de diferentes razas, credos, orientaciones sexuales, ideologías políticas, costumbres, tradiciones e imaginarios colectivos; incluye también minorías como los indígenas, afrodescendiente palenqueros, gitanos y raizales.

Esta población encuentra en el régimen subsidiado la única opción posible para recibir atención integral en salud, por tanto, como afirma Molina y Cabrera (2008),

Los afiliados mediante el régimen Subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, se trata de la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana y son subsidiadas por el sistema. (pp.52-53)

La *visión oficial del sistema de salud* está enmarcada en un principio de universalidad y de cobertura, cuya finalidad es tratar de prestar atención en salud a las personas pobres y vulnerables, incluso valiéndose de las cotizaciones y aportes efectuados por las personas y entidades al régimen subsidiado. Agudelo et al. (2013) plantea lo siguiente: “En este sentido, el análisis del acceso a servicios de salud del régimen subsidiado, cobra importancia, teniendo en cuenta la necesidad de evaluar su eficacia en la solución a los problemas de salud de sus beneficiarios” (p.14).

La necesidad de acceso, ligada a la universalidad del servicio de salud y a la cobertura, se convierten en criterios para cubrir una alta diversidad de población y lograr satisfacer la demanda que esta tenga en la materia referida. Se evidencia claramente la diferencia entre el régimen contributivo y el no contributivo, por la naturaleza de la configuración propia de cada uno y por las condiciones establecidas para la prestación del servicio.

Existe un tercer grupo de personas que entran a intervenir como pacientes de los servicios de salud pública en el país, este está integrado por aquellos ciudadanos que no alcanzan a pertenecer por alguno de los regímenes explicados. Agudelo et al. (2013) indica:

Sin embargo, existe un tercer grupo de participantes que no cuentan con los recursos para pertenecer al régimen contributivo y tampoco logran acceder a los beneficios del subsidiados, es la población denominada con

el título de “vinculada” por esta Ley y que más tarde serán denominados “pobre no cubiertos con subsidio a la demanda. (p.53)

Los vinculados, es decir, las personas no cubiertas por el régimen subsidiado o contributivo constituyen una población flotante, transitoria, a la que el Estado en la Ley 100 de 1993 le asignó esta denominación, pero sin especificar en un modo explícito las políticas y parámetros para su atención. En la Ley 715 del 2001, esas formas concretas de prestación de servicio para este grupo de ciudadanos quedaron esclarecidas, con la observación puntual de incluirlas a corto o mediano plazo en alguno de los dos regímenes de los que se ha hablado.

Assbasalud atiende personas que se encuentran en esta condición, quienes todavía no han sido ingresadas al régimen contributivo y que por lo tanto carecen de los capitales financieros para pagar con sus propios recursos la atención en salud. Estos usuarios son atendidos por Assbasalud con convenios directamente realizados por el Estado para asegurarles la atención con calidad en el primer nivel de atención.

En la configuración del sistema de salud en Colombia, los paquetes de servicios son diferenciados, en función de las exigencias y demandas de cada régimen (subsidiados, vinculados). No obstante, la Clínica intenta brindar atención a cada ciudadano con independencia de sus niveles de ingreso económico o capacidad de cotización, lo que revela que la práctica asistencial en el centro de salud es una tarea de alta exigencia profesional e institucional. La calidad del servicio se mide en la institución con la encuesta de satisfacción al usuario, que 2017 mostró que las variables mejor calificadas fueron la “infraestructura” con el 99.3% seguido del “trato” con el 98.5%, la “información” con el 92.7%, el “acceso” con el 87.4%, la “satisfacción” con las preguntas del Ministerio: ¿cómo calificaría su experiencia global por los servicios prestados en la IPS?, ¿recomendaría a sus familiares y amigos a Assbasalud?, calificada con el 79.3%, la cual muestra una disminución considerable en la calidad de la atención (Valencia, 2017).

1.3. Plan Decenal de Salud 2012 - 2021

Poner en contexto al lector con respecto al sistema de salud pública en Colombia, es una tarea sin la cual no es posible lograr una aproximación a su estructura, organización, componentes y relaciones, así el ejercicio descriptivo se limite tan solo a ofrecer un vistazo muy general de este complejo escenario. La intención de este recorrido es situar la investigación en un espacio concreto como lo es el de la Clínica Assbasalud, entendiendo que allí es donde se le da ubicuidad y localización a la reflexión que se propone.

Incorporar la mirada al Plan Decenal es importante para la investigación, porque en concordancia con el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), este es un pacto social y una hoja de ruta que permitirá

avanzar durante la próxima década hacia el ideal de salud que tienen los colombianos. Acorde a este planteamiento gubernamental, el Plan es pertinente para que el servicio de salud en Colombia pueda prestarse conforme al ideal y al deber ser que se propone desde esta visión oficial en las diferentes entidades e instituciones que tienen la competencia en los departamentos o municipios del país.

El Plan Decenal es fundamentalmente un documento que desde lo normativo, deontológico, axiológico y tecno-administrativo busca organizar la prestación del servicio de salud, con base en criterios de equidad, accesibilidad, cobertura y democracia participativa. A este respecto MinSalud (2013) define el Plan Decenal en los siguientes términos:

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021 es una apuesta política por la equidad en salud [...] entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas”. Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. (p.12)

La equidad en salud es necesaria en un sistema que tenga como finalidad cerrar las brechas sociales que limitan el acceso a los diferentes grupos poblacionales de una región o municipio; por lo tanto, el Plan Decenal como la hoja de ruta que marca el ideal de salud en Colombia contempla las formas específicas para que la salud se preserve, atienda y recupere como un derecho ciudadano y una competencia directa del Estado colombiano.

La salud como un derecho fundamental, es el hilo conductor de todo el Plan, que para darle estructura, organización y operatividad al mismo plantea los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable (MinSalud, 2013).

Desde estos objetivos, entran a formar parte del Plan en calidad de orientadores estratégicos de su concepción, estructura e implementación, logrando de esta forma, involucrarse comparativamente en la aceptación de un reto nacional para trabajar coordinadamente por el bienestar integral de la población, siendo este

Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida. (MinSalud, 2013, p.15)

La concepción e implementación del Plan Decenal propende por dar respuesta a ese ideal de salud referido en la cita anterior, que finalmente se constituye en un compromiso de la sociedad, cuya asunción implica la convergencia de actores, sectores públicos y privados, instituciones e individuos en función de una plataforma común y de dicho Plan como carta de navegación.

El Plan Decenal debe ser adaptado a las condiciones socioculturales de cada región, departamento o municipio, pese a estas connotaciones su definición y construcción puede decirse que “es integral, porque se plantea partiendo de dimensiones prioritarias para la vida de toda persona; y es dinámico, porque deberá ser reorientado permanentemente a partir de la evaluación de sus propios resultados” (MinSalud, 2013, p.15).

El Plan Decenal de Salud contempla las condiciones de posibilidad para la creación e implementación de modelos integrales de atención en salud, en los que lo más importante es el adecuado manejo de los determinantes sociales que influyen en esta. Estos propenden por establecer hasta qué punto las desigualdades de la sociedad inciden directa o indirectamente en ofrecer servicios de salud que, de un modo integral, accesible y eficaz, atiendan las diferentes necesidades humanas y promuevan contextos sociales saludables.

En términos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos modelos integrales de atención tienen como propósito:

- a) Aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades de salud; b) indicar cómo los determinantes principales se relacionan entre sí; c) proporcionar un marco para evaluar cuáles son los determinantes sociales de la salud que son más importantes abordar; d) proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de políticas para la acción en torno a los determinantes sociales de la salud. (OMS, en MinSalud, 2013, p.29)

Estos objetivos son fundamentalmente estratégicos, están enmarcados en una visión todavía muy lineal de la atención integral en salud. No debería ser suficiente generar conocimiento a modo diagnóstico del origen de las desigualdades, ni tampoco encontrar las relaciones entre los determinantes sociales de más alto impacto. Este tipo de información se queda solamente en una evaluación que brinda elementos de orientación para construir políticas y programas, que carecen de una perspectiva transdisciplinaria, holística y sistemática del ser humano que se atiende.

De todas maneras, el Plan Decenal en Salud define claramente lo que para el Gobierno y MinSalud son los determinantes sociales de los procesos de salud en Colombia; estos pueden apreciarse en el anexo 2, de los Determinantes sociales de salud.

La política pública se concibe desde un enfoque en el que intenta integrarse los valores, la cultura, las tradiciones y las costumbres, en el marco de una determinación de la posición social de los sujetos y de las comunidades. Esta política se asume en su carácter social desde los contextos globales nacionales y locales. El nexo vinculante de ella está dado por la condición humana y la noción fundamental de los derechos que la protegen y preservan. La educación, el trabajo, los ingresos y la posición social, son factores determinantes de la eficiencia o no de dicha política.

El ciclo de vida hace una referencia concreta a las diferentes condiciones que pueden analizarse para entender de qué modo la política pública y social del sistema de salud en Colombia se compromete con la defensa de la vida sin distinción de género, etnia o posición en el entramado de la sociedad. En este caso, el principio de equidad y de igualdad sigue siendo básico para comprender la naturaleza democrática y participativa de todo el sistema.

La equidad se articula a un concepto mucho más amplio de desarrollo sostenible, en el que indicadores como la vulnerabilidad y el incremento del capital humano se constituyen en aspectos sin los cuales no puede entenderse de qué modo un sistema de salud es capaz de mejorar las condiciones materiales de los entornos, lo mismo que los comportamientos individuales y sociales que deben favorecerse para lograr un abordaje integral de sus dimensiones.

Las dimensiones prioritarias, que representan aspectos fundamentales deseables de lograr para la salud y el bienestar de todo individuo sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socio-económico o cualquier otro aspecto diferencial. Las dimensiones tienen cuatro entradas: los ciclos de vida, eventos en salud, diferenciales desde sujetos y colectivos, y perspectiva de los determinantes sociales en salud. Cada una de ellas define su importancia y trascendencia para la salud y alguna en particular determina la forma en que se denomina y su carácter de prioridad no negociable en salud pública. Las dimensiones cuentan con una definición y unos componentes técnicos que fueron enriquecidos con los aportes ciudadanos. (MinSalud, 2013, p.40)

Los últimos componentes del anexo 2 definen de qué manera en la política puede direccionarse los mecanismos para su gobernanza, las disposiciones rectoras y el carácter específico de la acción transectorial. La participación social y la sinergia que se favorezcan entre lo público y lo privado son dos elementos muy importantes para configurar un esquema abierto, amplio y de convergencia, en el que la salud se asume como un compromiso estatal, pero que precisa de una adecuada distribución de las responsabilidades sociales en un encadenamiento que propicia la vinculación de diferentes sujetos, sectores, estamentos e instituciones de la vida social colombiana.

El anexo 2 es la confirmación de lo que intenta abordar el Plan Decenal de Salud 2012-2021 desde sus niveles epistemológicos, organizacionales, metodológicos, operativos y axiológicos. Esta forma de configurarlo mantiene una linealidad jerarquizada de los distintos niveles de la realidad que comporta, de las entidades convocadas a prestar los servicios de salud y de los distintos modos de concebir la vinculación y la participación de los ciudadanos.

1.4. Antecedentes normativos

No es fácil sintetizar los alcances y las dimensiones que se proponen desde el Plan Decenal de Salud en Colombia si se tienen en cuenta que se trata de una concepción macroestructural de la salud para un país que es geográficamente diverso, multi-culturalmente enriquecido y socialmente pluralista; sin embargo, algo que debe quedar muy claro es que este Plan no fue el resultado del azar o la contingencia, sino que en su elaboración intervinieron distintos actores y sectores incidentes en el desarrollo de la política *pública de salud para el país*.

Por otro lado, la organización del Plan Decenal tiene un antecedente normativo cuyas principales disposiciones pueden verse en la tabla 2.

Tabla 2.

Antecedentes normativos

Identificación de la norma	Año	Asunto
Ley 100	1993	Establece que el objeto del Sistema de Seguridad Social Integral es garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten, para lo cual el Estado, la sociedad, las instituciones y los recursos destinados para cumplir el objeto, deben garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios.
Ley 1122	2007	Plantea ajustes al SGSSS en la dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y en las funciones de inspección, vigilancia y control, y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios a los pacientes.

Ley 1438	2011	Plantea el fortalecimiento del SGSSS a través de un modelo de prestación del servicio público en salud dentro de la estrategia “Atención Primaria en Salud”, de manera que la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad promuevan la creación de un ambiente sano y saludable y el mejoramiento de la salud, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean las personas residentes en el país.
Ley 1751	2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Artículo 2, establece la salud como un derecho fundamental por tanto autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo que incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, asistiéndole al Estado la responsabilidad de adoptar las políticas para asegurar la igualdad de trato, de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos y cada uno de los habitantes del territorio y que la prestación como es un servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.
Ley 1753	2015 (PND, 2014-2018)	Plantea dentro de sus objetivos, reducir las brechas territoriales y poblacionales existentes, para asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales como la salud, la educación y la vivienda para toda la población.
Artículo 65 de la Ley 1753	2015	Se establece que el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del marco de la Ley 1751 de 2015 estatutaria en salud y demás leyes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, bajo el enfoque de Gestión Integral de Riesgo en Salud, para ajustarse a las necesidades territoriales mediante modelos diferenciados para zonas con población urbana, rural y dispersa.
Resolución 0429	Febrero 17 2016	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.

Fuente: Resolución 0429 de 2016

La Ley 100 de 1993 marcó para Colombia un giro supremamente importante con respecto a la concepción, el diseño y el modo particular de implementar el sistema de salud y de atención integral de la población; desde su expedición se ha sometido a sucesivas reglamentaciones, pero también ha sido objeto de diferentes análisis en los que se combinan argumentos críticos y posiciones a favor.

En defensa de la Ley 100, Yepes (2010) plantea los siguientes elementos:

El aumento en la cobertura del aseguramiento total, contributivo y subsidiado. La disminución del gasto de bolsillo. La mayor equidad en el aseguramiento mediante la disminución de los diferenciales urbano-rurales, por edad y nivel educativo. La mejor focalización de los subsidios en los más pobres. El mayor acceso a los servicios de salud por la población asegurada. El aumento en la consulta de sano (por prevención y promoción). (pp.119-120)

Estas pocas consideraciones con respecto a lo positivo de la Ley 100 del 1993 para la salud en Colombia contrastan con una voluminosa carga de conceptos y puntos de vista en contra, los que intentan demostrar que en la práctica y en la realidad social la Ley 100 no ha sido tan eficaz como se pensó cuando se concibió.

Las críticas efectuadas por Yepes (2010) pasan por identificar aspectos relevantes y comprobados a través de estudios e investigaciones relacionadas con el deterioro o estancamiento en las ganancias de la mortalidad evitable; pobre calidad en los programas de control de tuberculosis; deterioro a partir de 1996 y permanencia de niveles inaceptables de mortalidad materna y altos niveles de sífilis congénita; mala calidad en el tratamiento de los pacientes diabéticos; frecuencia inaceptable de complicaciones de enfermedad diarreica aguda y enfermedad respiratoria aguda; elevado volumen de no entrega de servicios cubiertos en el POS; alta proporción de no entrega de medicamentos prescritos; menor acceso y/o peores resultados de salud de los afiliados al régimen subsidiado; deterioro de las capacidades de salud pública de los entes territoriales; alto fraccionamiento de la atención; predominancia de incentivos económicos; problemas en el flujo de fondos; falta de rectoría.

El panorama que se presenta es tan solo una aproximación muy sucinta a los impactos sociales, económicos, laborales, políticos y organizacionales de una Ley que se concibió para garantizar la atención integral de la salud en Colombia; como un conjunto de derechos inviolables para los diferentes miembros de la sociedad. Sin entrar en mayores detalles con respecto a estas críticas, porque el propósito de este capítulo es poner en contexto al lector sobre las características y la estructura del sistema de salud en Colombia, puede afirmarse que este fracaso está influenciado por una convergencia de multiplex factores y determinantes sociales.

Las sucesivas reglamentaciones gubernamentales de la Ley 100 de 1993 tienen como propósito desarrollar el espíritu y el objeto legal de la misma, bajo la premisa general de cumplir con los objetivos para los cuales fue promulgada. En esta línea de internacionalidad surgen la Ley 1753 del 2015, en la que el Gobierno define la política en salud desde un enfoque de gestión integral del riesgo, tratando de dar

respuesta a lo establecido previamente por la Ley 1751 del 2014, que en términos generales remarcó la necesidad de una política de salud que respondiera a las necesidades básicas de la población en función de la creación de modelos integrales de atención para todos los ciudadanos. Hasta la fecha, el último documento oficial emanado desde MinSalud (2016) es la resolución 0429 del 2016, cuyos puntos principales son: la Política de Atención Integral en Salud- PAIS y su marco estratégico. El marco estratégico de la PAIS se fundamenta en la atención primaria en salud-APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones.

Estos aspectos tan generales son hoy el referente que contextualiza la política de atención en salud en Colombia en consonancia con lo establecido en el Plan Decenal 2012-2021 y tratan de adecuar toda esta plataforma a las nuevas exigencias sociales económicas, políticas y culturales del país, sin alejarse radicalmente de lo dispuesto por la Ley 100 de 1993 como ley marco de la salud en Colombia.

La resolución 0429 del 2016 establece las bases conceptuales, metodológicas y estratégicas para que, en cada hospital, Clínica, centros o puestos de salud, se configuren los criterios, las líneas de orientación y las prácticas de gestión de un modelo integral de atención en salud. Así se despliega la importancia que actualmente adquieren estos modelos, pese a que se encuentren todavía en construcción y de los cuales apenas se están identificando sus fortalezas y debilidades.

1.5. Modelos integrales de atención en salud

En la búsqueda de una alternativa mucho más integral, incluyente y abarcadora, la OMS define los modelos integrales de salud en los siguientes términos:

La propuesta de la Comisión (OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2009) combina elementos de diversos modelos hasta llegar a la construcción de un modelo de determinantes sociales de la salud que revela la existencia de un contexto socio político que genera desigualdades socio económicas que responden a una estratificación referida a los niveles de ingresos, educación, el género, la raza o la pertenencia a un grupo étnico. (OMS, en MinSalud, 2013, p.29)

Es así como la búsqueda de dicha pertinencia y profundidad se devela como una intensión implícita en el Plan Decenal 2012-2021, cuando se afirma:

El modelo muestra que la posición socio económica de una persona influye en su salud, pero que ese efecto no es directo. Tiene una influencia sobre la salud a través de determinantes más específicos o intermediarios que son condiciones materiales, como la situación

laboral y de vivienda; circunstancias psicosociales, como los factores estresantes; y también los factores conductuales. (MinSalud, 2013, p.30)

En el anexo 3 la noción de estado de salud aparece como un intento por aproximarse a una visión mucho más elaborada y compleja de la relación entre salud y enfermedad en la que intervienen factores de tipo psicosocial y de conducta; estos van mucho más allá de lo que muestran las estadísticas, los indicadores y los niveles de ingreso o vulnerabilidad. Tratan de asumir que la persona está en íntima relación con contextos de tipo económico social, cultural y político, que de algún modo determinan la salud y las condiciones de bienestar como elementos influyentes en el logro de calidad de vida.

Desde esta perspectiva, se accede a un concepto de atención en salud, en el cual transdisciplinariamente se pretende una convergencia de sectores y actores, con el propósito de participar en una agenda común en la cual se construyan posibilidades para el intercambio, la interlocución y el diálogo de la interpretación del flujograma mostrado en el anexo, que comienza por aclarar los alcances e implicaciones de cada uno de los determinantes sociales que allí se ocupan. La gestión diferenciada de la población vulnerable se asume como un derecho fundamental cuyo acceso debe garantizarse eliminando justamente aquellas barreras que emergen o que se erigen como consecuencia de la desigualdad social. Visto de este modo, lo más importante para el Estado es garantizar que una amplia gama de población con limitaciones funcionales y características psicosociales distintas pueda acceder.

No se puede negar que exista una combinación de modelos influyentes y que estos pueden agrupar en un momento dado diferentes factores sociales determinantes de la atención integral en salud; sin embargo, la contextualidad de la que habla la OMS es mucho más que política y económica, porque abarca y compromete el análisis integral de todos los niveles de realidad. En consecuencia, la estratificación de los pacientes, la identificación de sus procedencias étnicas o el establecimiento de sus características de vulnerabilidad, no son más que *exteriorizaciones* de una variedad de determinantes estructurales, que a la luz de una visión multidimensionada, compleja y holística del ser humano, adquiere connotaciones de mayor relevancia y pertinencia de la realidad.

Democráticamente a los servicios de salud, así está expresado en el contenido del Plan Decenal 2012-2021.

Sin embargo, a través de la gestión del conocimiento y el fomento del uso de la información orientan políticas y estrategias para afectar ampliamente las desigualdades que comúnmente experimentan las poblaciones con mayor vulnerabilidad (niños, niñas, adolescentes, víctimas del conflicto armado, grupos étnicos, personas en situación de discapacidad y adulto mayor), que acceden a la oferta sanitaria del sistema de salud. (MinSalud, 2013, p.129)

Analizar si se dan o no estas condiciones de acceso para una gestión diferenciada de la población vulnerable, no es la intención de este capítulo, por cuanto se trata de un ejercicio de despliegue crítico que no forma parte de los objetivos concretos de esta investigación; no obstante, queda claro que la diversidad poblacional determina ciertas características de vulnerabilidad, que al articularse a una visión integral de los modelos de atención, también resaltan la importancia que debería tener una óptica mucho más interdisciplinaria del saber científico y una acción concertada de los actores y sectores involucrados en los procesos de salud del país.

La salud ambiental incluye un conjunto de políticas en la que la participación intersectorial puede ser garante de logro de un “ambiente sano” (Plan Decenal 2012-2021); esta es una forma de concebir que los determinantes sociales, ocupacionales y laborales, inciden directamente en el deterioro o el mejoramiento del entorno medioambiental en el que están inmersos los actores sociales, las instituciones y la ciudadanía en general que accede a la salud como derecho fundamental para obtener calidad de vida.

La vida saludable y en condiciones no transmisibles, adquiere una connotación fundamental el diseño de “políticas intersectoriales” (MinSalud, 2013, p.78). Por tanto, en ellas se salvaguarda la vida en todas sus dimensiones y circunstancias de visibilización.

La vida y la salud entran en una relación íntima, en la cual es pertinente que, desde las políticas nacionales, regionales y locales, se hagan expeditos los medios y los recursos para ir “promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial” (MinSalud, 2013, p.88).

Predomina como enfoque la gestión diferencial de la población, esta vez se refiere concretamente a los estilos de vida saludable, los que implica la disminución de riesgos para la adquisición de condiciones transmisibles que pueden producir enfermedad. En este mismo sentido, las respuestas en salud ante situaciones de emergencias y desastres entran a reforzar la estrategia que se diseña para garantizar sociedades saludables.

El componente denominado “prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia” tiene como hilo conductor un bucle que se conforma entre salud mental y convivencia social. En este los diferentes estados temporales o permanentes que desde el punto de vista emocional, laboral y psicológico pueden incidir en la creación de tensiones, conflictos y desequilibrios individuales y colectivos, se asumen como determinantes estructurales

que generan condiciones no favorables para el trabajo productivo y el bienestar laboral.

La salud mental, la convivencia social y la defensa de la vida, implica que se determinen los estados de alto impacto que acarrearán costos emocionales económicos e incluso sociales en los individuos, las familias y la comunidad en general. Por lo tanto, el Plan Decenal debe incluir en su modelo de atención integral a la salud, los programas y las estrategias que desde el punto de vista transectorial contribuyan a

Mitigar y superar los daños e impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y a la vida en relación, generados a los sobrevivientes, víctimas, sus familias y comunidades por las graves violaciones de Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional humanitario en el contexto del conflicto armado colombiano. (MinSalud, 2013, p.101)

La salud mental y la vida, la convivencia social y la disminución de la violencia pueden relacionarse claramente con el componente que pretende crear hábitos saludables, en los que se le da predominancia al concepto de “calidad de vida”. En este campo de actuación estatal, el Plan Decenal establece como necesidad el conocimiento de los “entornos donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen” (MinSalud, 2013, p.76).

Conocer dichos entornos es un aspecto sin el cual no es posible que se propicien los procesos participativos para la creación de hábitos saludables, los que desde el punto de vista del MinSalud (2013), en su Plan Decenal 2012 - 2021, incluyen una diversidad de elementos como “la vivienda, la escuela, el espacio público, el entorno laboral, procesos productivos saludables, ecosistemas estratégicos sostenibles, y bajo enfoques que privilegian a la familia y la comunidad” (p.81).

El privilegio de la familia y la comunidad, ligado a los elementos mencionados en el párrafo anterior determinan la necesidad de un abordaje complementario de la salud en el ámbito laboral, en el que se garantice el bienestar y la vida saludable de los trabajadores sin importar si estos pertenecen al sector formal o informal de la economía colombiana.

Los individuos, las familias, los entornos medioambientales y laborales entran a formar parte de una apuesta por una vida saludable y que mitigue la posibilidad para que se generen condiciones transmisibles de ciertas enfermedades. Se trata de favorecer espacios transectoriales “en donde intervengan las entidades de salud, las organizaciones sociales y de gobierno, para que pueda protegerse” (MinSalud, 2013, p.118), los territorios cotidianos de las personas, las familias y las comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible.

El Plan Decenal busca que la persona, las familias y las comunidades puedan estar protegidas de cualquier enfermedad transmisible, en donde estos estamentos involucrados se vean afectados en su salud y en las condiciones de tipo psicológico, ambiental y sociocultural que impacten negativamente la calidad de vida.

El concepto de calidad de vida se amplía hacia el logro de una salud sexual y reproductiva asumida con libertad y autonomía en el ejercicio de los derechos individuales y colectivos. Informar y formar a la ciudadanía con respecto a la importancia de decisiones libres sobre el uso de su cuerpo, el acceso a la reproducción y el desarrollo de otros derechos relacionados con la gestión a la intimidad y la personalidad, se constituye en otra dimensión relevante contemplada por el Plan Decenal de Salud, y que pone de manifiesto la intencionalidad que este tiene de abordar integralmente la salud como ámbito y práctica del desarrollo sostenible.

En coherencia con la dimensión anterior, la seguridad alimentaria entra a consolidar las acciones estatales que presumen el respeto a disfrutar de una alimentación adecuada en los diferentes ciclos de la vida. Esto implica necesariamente trabajos preventivos que mitiguen los riesgos sanitarios y fitosanitarios que puedan en un momento dado afectar una buena nutrición en términos de disponibilidad a los alimentos y condiciones sanitarias de producción, distribución y consumo de los mismos.

De este modo, los modelos integrales de atención en salud plantean los determinantes estructurales y sociales para evitar los riesgos y prevenir las enfermedades; con esta pretensión se amplía la visión oficial del Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia de proporcionar a la ciudadanía espacios saludables en los que la persona pueda desarrollarse integralmente en un marco de derechos y en condiciones de dignidad. Es, por su puesto, un deber ser que debe analizarse en la práctica social y en el devenir cotidiano de las instituciones encargadas de atender la salud de los colombianos.

En esta práctica social e institucional, el abordaje efectuado al sistema de salud en Colombia evidencia brechas, fisuras y desequilibrios; estas circunstancias generan una problemática en la que la poca accesibilidad se constituye en un elemento problémico sobresaliente. El acceso a una gestión del cuidado integral, que asuma las personas en sus dimensiones físicas, éticas, emocionales y espirituales, son el conjunto de matices que ponen de relieve la necesidad de promover una atención en salud de calidad científica, con calidez y bondad desde lo humano y que privilegie el buen trato, los valores y la excelencia como características fundamentales.

Se devela entonces la necesidad de centrar el objeto de estudio de la investigación en la práctica asistencial y en el contexto geoespacial

específico de la Clínica Assbasalud; la determinación de cómo pueden operacionalizarse las actitudes transdisciplinarias y la perspectiva transdisciplinaria, es un aporte significativo para comprender de qué modo la Clínica es capaz de atender a los pacientes en condiciones de equidad social por permitir un acceso de calidad integral y excelencia humana. Solo así es posible establecer si en esta práctica asistencial el hombre se asume en su integralidad, como una realidad sentipensante y desde una óptica diferenciada sobre la base multidimensionada de los niveles de realidad, de un modo holístico, sistémico y sin descuidar la dignidad personal.

Estas son las reflexiones críticas que emergen al analizar el sistema de salud en Colombia, su estructura, funciones y financiación, el cual, como se ha expresado, está inmerso en una grave crisis que se enmarca en la reducción del gasto público como consecuencia del ajuste fiscal y la transformación de la salud en un negocio de todos los intermediarios que participan en su base organizativa y administrativa. Esta es una realidad que genera una práctica asistencial deshumanizada, en la que se ausenta el dolor, se extraña el sufrimiento y se privilegia el ánimo de lucro en lugar de una atención integral para un ser humano multidimensionado, digno y sentipensante.

CAPÍTULO II

Complejidad en la perspectiva transdisciplinar de la enfermería y la práctica asistencial

Este recorrido investigativo comenzó en el capítulo anterior con una aproximación al escenario de la investigación y a la macroestructura organizacional, administrativa y financiera del sistema de salud en Colombia. Quedó claro que la salud es un derecho de todos los ciudadanos y que es responsabilidad del Estado garantizar los contextos y ambientes saludables para que el ciudadano se desenvuelva en condiciones de vida con calidad, bienestar e integralidad. Por otro lado, se establece que en la práctica social e institucional se evidencian barreras de acceso que dificultan el disfrute pleno de una salud física, psicosocial, emocional y libre de determinantes estructurales y sociales que pueden en determinado momento afectar a niños, *jóvenes y adultos vinculados al sistema*.

En este capítulo se procede a identificar la pertinencia de la transdisciplina y de las actitudes transdisciplinarias desde el punto de vista teórico en la disminución de las barreras de accesos para la atención en salud y la gestión del cuidado, como parte de los nuevos lenguajes emergentes que para la enfermería y la práctica asistencial contribuyen en la construcción de nuevas subjetividades y elaboraciones conceptuales para entender que la salud es algo más que la evidencia médica o el tratamiento estadístico de la relación costo/beneficio en la implementación del sistema. En el fondo de esta perspectiva se encuentran los principios de recursividad, interretroacción, hologramismo, sistemicidad y diálogo, que desde la complejidad proponen un abordaje novedoso de los niveles de realidad, organización del conocimiento científico y su apropiación social en el marco del pensamiento enfermero y de la práctica asistencial.

El primer apartado aborda la pertinencia de la complejidad en la visión transdisciplinar de la enfermería y la práctica asistencial, para comprender de qué modo los actores de la salud pueden vincularse en procesos que apuestan por la excelencia y los valores en contextos sociales que se caracterizan por la complejidad de sus tejidos. La auto-organización y el pensamiento ecologizado son condiciones sin las cuales no es posible concebir la salud como un sistema integrado y potenciante de interacciones e interdependencias en la triada individuo, sociedad y especie.

La complejidad en su relación con la perspectiva transdisciplinaria proporciona un marco crítico para fundamentar la relación entre el profesional, el entorno, los pacientes y sus familias, superando los reduccionismos clásicos y simplificadores para asumir la práctica asistencial como un aporte a la gestión del cuidado de un individuo viviente que está más allá de la genética o la microfísica. La organización

transdisciplinar de los conocimientos de enfermería es pertinente para entender que la discontinuidad, el caos y la incertidumbre están direccionados por una especie de flecha del tiempo que demarca las condiciones para que los servicios de salud se presten en circunstancias multidimensionadas y no unicasales.

Las actitudes transdisciplinares de rigor, apertura y tolerancia, al ser analizadas en contextos socioculturales, económicos y específicos, ponen en crisis los paradigmas de una lógica mercantilista que transversaliza la visión oficial de la salud en Colombia; el enfoque transdisciplinar es útil para mejorar los contenidos metodológicos de la práctica clínico-asistencial y potenciar la salud como un estado ideal de bienestar integral.

En el segundo apartado, el enfoque transdisciplinar como una opción metodológica, se presenta la transdisciplina como una alternativa en el logro de una labor científica donde se disuelvan las fronteras disciplinares en sucesivos procesos reflexivos de diálogo deconstruido; el conocimiento se reorganiza a partir de la autoformación de los actores de la salud en prácticas dialogantes, interretroactivas, recursivas y sistémicas.

El enfoque transdisciplinar es una opción metodológica viable para reconstruir y deconstruir los saberes y la práctica asistencial desde un carácter hologramático, en encadenamientos múltiples, reflexión, acción y creatividad ontológica. Cambiar la perspectiva sobre la asistencia clínica es importante en la emergencia de nuevos lenguajes, metodologías, trabajo y redes de solidaridad intersubjetivas para el aprendizaje colaborativo y la apropiación social del conocimiento de la enfermería en su diálogo con otras disciplinas.

El tercer apartado completa el recorrido por el estado del arte para encontrar la transdisciplina en la formación epistemológica del "pensamiento enfermero", término acuñado por Kérouac (1996) y de su repliegue en una práctica asistencial que integre al ser humano, los entornos de salud y las redes de solidaridad intersubjetivas que se tejen entre los actores de la salud. Es una pesquisa que se efectúa a partir del año 2000 y que determina como la transdisciplina ha sido importante para aproximarse a una *visión no lineal de la enfermería*. Esta transformación del pensamiento enfermero es fundamental para integrar los saberes emergentes en prácticas asistenciales que favorezcan la articulación en la razón, la emoción y la comunicación en el día a día de las instituciones de salud; de este modo, la transdisciplina se consolida no solo como una propuesta para mejorar la atención en salud, sino en calidad de aporte nosológico, práctico y metodológico para la investigación, la docencia y la formación de hábitos saludables en la ciudadanía.

En el estado del arte que se propone, la transdisciplina emerge como una opción rica y variada para unir los distintos campos de construcción sobre los que se mueve la ciencia, la sociedad el individuo y la tecnología. El diálogo de saberes propicia las conexiones entre la unidad y la multiplicidad de enfoques, métodos y teorías que, desde el pensamiento de la enfermería, se despliegan a otras disciplinas como la pedagogía, la didáctica, la sociología y la política. Se rescata y se reivindica la noción de un hombre que es simultáneamente pensamiento, emoción, sensibilidad, cognición y voluntad, y no solo una unidad biológica y orgánica que actúa siguiendo los designios de la razón instrumental y la mecánica de los instintos.

2.1. Pertinencia de la complejidad en la visión transdisciplinar de la enfermería y la práctica asistencial

Para definir qué se entiende por complejidad antes de aplicarla a la enfermería y la salud, se tomará la definición dada por Morin en (2004), donde refiere que “es una noción a explorar, a definir. La complejidad nos aparece, ante todo, efectivamente como irracionalidad, como incertidumbre, como angustia, como desorden” (p.3). Dicho de otro modo, “la complejidad parece primero desafiar nuestro conocimiento y, de algún modo, producirle una regresión” (Morin, 2004, p.3). En la práctica asistencial es entendida como las relaciones que se establecen entre el profesional, los pacientes del servicio y sus familias, en el marco normativo, deontológico y axiológico que delimita las funciones y responsabilidades clínico-asistenciales de los actores que participan en los diferentes procesos de gestión, intervención y desarrollo de las actividades propias de las ciencias de la salud. García (2015) sostiene:

En toda organización orientada al público es necesario adoptar una guía que uniforme la relación que debe entablar el personal con los pacientes del servicio. En particular en una institución hospitalaria en la que la excelencia en el trato dispensado se debe corresponder con un ser humano que requiere de cuidados. Mejorar día a día nuestra conducta es una tarea que representa los valores que definen a una institución dedicada a la atención de la salud. (p.1)

La complejidad, es sin duda alguna una mediación importante para contextualizar el pensamiento en las ciencias de la salud de hoy en el escenario de las nuevas realidades emergentes, que aparecen como parte de las transformaciones de los tejidos sociales, de la economía, la política, la cultura y las demás ciencias que estudian al hombre y la sociedad. La complejidad no sería algo definible de manera simple para tomar el lugar de la simplicidad. “La complejidad es una palabra problema y no una palabra solución” (Morin, 1994, p.22).

A la luz de estas consideraciones, se coincide con la visión moriniana de lo que es la vida en un contexto de auto-eco-organización, lo cual es reafirmado por Morin (2011), en las siguientes palabras:

Es preciso pues, que busquemos siempre el doble motor, el doble pilotaje auto-eco-organizado de la descripción y de la explicación. El pensamiento ecologizado es la introducción de la visión ecológica y de la dimensión ecológica en la descripción y explicación de todo lo que vive, incluida la sociedad, el hombre, el espíritu, las ideas el conocimiento. (p.111)

En la afirmación de Morin se privilegia la vida como un concepto esencial para comprender al hombre, en su realidad individual o colectiva, lo mismo que en la organización y en el funcionamiento de todas sus dimensiones existenciales. Esta es una visión más integral y ecológica, en la que se supera la reductividad del pensamiento cartesiano. En sintonía con Descartes (2004),

La primera regla del discurso se divide, pues, en dos partes: en la primera se establece que la evidencia es el criterio de verdad; en la segunda se enumera los requisitos necesarios para alcanzar la evidencia. De ella podría derivarse tres conceptos: 1) no juzgar antes del que el juicio aparezca como evidente; 2) no juzgar a basa de ideas preconcebidas; 3) no juzgar más allá de lo que se nos aparece como claro y distinto. Este último precepto encierra la esencia de lo que descartes llama <<circunspección>> en el prefacio a los principios de la filosofía. (p.38)

Generando una nueva discusión, que pretende situar el pensamiento complejo como parte de los nuevos debates científicos y en el nuevo escenario del conocimiento, esto implica superar ciertas resistencias, sobre las que Morin (2004) refiere:

Le ha costado emerger, ante todo, porque no ha sido el centro de grandes debates y de grandes reflexiones, como por ejemplo ha sido el caso de la racionalidad con los debates entre Lakatos y Feyerabend o Popper y Kuhn. La científicidad, la falsabilidad son grandes debates de los que se habla; pero la complejidad nunca ha sido debatida. La bibliografía sobre la complejidad es, al menos por lo que yo conozco, muy limitada. (p.2)

Estas emergencias pueden asociarse a una discusión mucho más amplia, basada en la diversidad como principio para entender al hombre, a la naturaleza, la sociedad y el conocimiento. Lo diverso es múltiple y en esta multiplicidad se pueden encontrar diferentes formas de acceder a dichas realidades, sobre este planteamiento Morin (1994) afirma:

El desarrollo de la complejidad social exige, por parte del cerebro individual, un conocimiento cada vez más amplio y preciso del mundo exterior (medio ambiente) y el mundo interior (sociedad), una memoria cada vez más potente, múltiples posibilidades asociativas y actitudes adecuadas para tomar decisiones y encontrar soluciones ante un gran número de situaciones diversas e imprevistas. (p.95)

En la multiplicidad es viable entender que la ciencia de hoy debe autoexaminarse, de tal manera que esta autocrítica sea el punto de partida para la orientación de su rumbo. En esta exploración crítica de lo científico se determina que en la actualidad es indefectible superar los reduccionismos clásicos y pensar en una ciencia más creativa. Al respecto, Najmanovich (2013) plantea:

Estamos pasando de las ciencias de la conservación a las de la creación, porque, aunque parezca paradójico a primera vista, la noción de historia está estrechamente ligada a la de creatividad en un universo evolutivo complejo. Liberadas del determinismo clásico, las teorizaciones actuales han dejado lugar a la diferencia como factor de creación y cambio, de selección de rumbos. (p.4)

La complejidad acerca a las paradojas, a los conflictos intelectuales y las tensiones que por varios años han preocupado a los teóricos que le han aportado a la construcción del pensamiento enfermero. Uno de esos, es entender adecuadamente al individuo del que se ocupa el saber y las prácticas médicas y de la enfermería, esclarecer cuál es su verdadera naturaleza y la forma en que esta se va configurando a lo largo de la existencia. Morin (1993) plantea la existencia de un individuo viviente, así: “Dicho de otro modo, las interacciones entre individuos hacen la sociedad; de hecho, la sociedad no tendría ni un gramo de existencia sin los individuos vivientes” (p.9). Estos individuos son algo más que el individuo biológico, el de la microfísica, la genética o las estructuras simplificadas, que estas disciplinas han construido a lo largo de la historia.

Ese individuo viviente, en su relación con la familia, la sociedad y el conocimiento, debería ser el centro de reflexión de la ciencia actual, definido, como se configura ese nuevo individuo. Morin (1981) expone:

La individualidad viviente al mismo tiempo que resucita la paradoja del ser micro físico, que participa contradictoriamente de un continuo y un discontinuo, asume además la paradoja biológica de ser a la vez elemento, fragmento y totalidad de vida. Hay, pues, un principio de incertidumbre relativo a la realidad, la naturaleza y la situación del individuo viviente. (p.180)

En este vistazo necesario de cómo aportarle a la construcción de una nueva ciencia, las apuestas por la incertidumbre, la complejidad, la discontinuidad y la auto-organización, pueden englobarse en la noción de transdisciplinariedad, que para Romero (2003) implica “constatar las continuidades y discontinuidades de los fenómenos socio humanos integrando las explicaciones y visiones que ofrecen las nuevas Ciencias de la Complejidad” (p.4). Lo anterior aplicado a las Ciencias Humanas y Sociales. Una definición más explícita de lo que es transdisciplina la da Nicolescu (2009) en el manifiesto de la transdisciplinariedad, pues dice:

La transdisciplinariedad concierne, como el prefijo “trans” lo indica, lo que está a la vez entre las disciplinas, a través de las diferentes disciplinas y más allá de toda disciplina. Su finalidad es la comprensión del mundo presente en el cual uno de los imperativos es la unidad del conocimiento. (p.35)

Desde la perspectiva transdisciplinar se comprende mejor la individualidad del ser humano, en esa complejidad que le es propia. Esto es importante para todas las ciencias incluyendo a la medicina y la enfermería. Aceptar que el individuo es algo más que la microfísica de la materia y de la sustancia, es relevante en la consolidación de una nueva visión sobre el quehacer de la ciencia. El reconocimiento de esta realidad, no solo se aparta de la perspectiva tradicional del conocimiento científico, sino que recurre a una mirada de este en función de otras concepciones y prácticas. En estas, la subjetividad, la intersubjetividad, el desorden y el caos deben ser conceptos a tener en cuenta para lograr una percepción integral de la sociedad y la cultura.

Poco a poco se descubre que el hombre es un sistema interdependiente, pero al mismo tiempo diferenciado y autónomo. Desarrolla una nueva interacción con el mismo, la naturaleza y el universo, la cual para Prigogine (2004) se expresa de la siguiente forma:

La existencia de una flecha de tiempo común al hombre y a los sistemas físicos es quizás el hecho que expresa de manera más evidente la unidad del universo. Este es sin duda el elemento unificador por excelencia de la visión moderna de la naturaleza. En este sentido la ciencia se encuentra hoy en unos diálogos más fascinantes que el hombre haya tenido con la naturaleza. (p.6)

Esta nueva perspectiva de la ciencia es básica para entender que estos contextos no se dan solamente de manera determinista y mecánica, sino que implican una valoración de todos los elementos que privilegian y ponderan el valor de la vida, de un ser humano que es al mismo tiempo una unidad biológica, neurológica, espiritual, histórica, trascendente y fenomenológica. En este sentido, Kérouac (1996) sostiene:

Finalmente, el entorno es el contexto en que la salud y los hábitos de salud se aprenden. El aprendizaje de la persona se puede hacer en diferentes situaciones y en diferentes medios como la casa, la escuela, el hospital y el lugar de trabajo. La persona y el entorno est  n en interacción constante. (p.16)

La reflexión anterior sugiere que el entorno para la salud, desde la complejidad aparece como un contexto, siendo este último un espacio mucho más amplio de interacción, solidaridad, de relación y de integración del uno con el otro y con la naturaleza. Por esta razón, asumir la individualidad viviente, desde la triada individuo-sociedad-especie, conduce a establecer que la salud, la enfermedad, el dolor,

la alegría, la tristeza y la angustia, entre otras manifestaciones de la personalidad humana, son sus elementos constitutivos, y que están incorporados en ella como un paisaje diversificado.

Esta visión de la salud sitúa el análisis de sus saberes y prácticas en el diálogo con otras disciplinas. Esto es de gran importancia, porque va reintegrando estos elementos gnoseológicos, axiológicos y prácticos para entender que los avances en la medicina y la enfermería no pueden quedarse circunscritos a visiones restringidas y tradicionales; al respecto, Barona y Álvarez (1991) dicen:

La salud como objeto de estudio ha estado restringido al campo de la medicina tradicional y, en los últimos tiempos, este estudio ha recibido la exploración y aporte de otras áreas del saber cómo la psicología, la antropología, la sociología y la economía. La investigación biológica tradicional en este campo, apoya la metodología de estadística (la cual reduce el estudio de los problemas salud a una exploración clínica donde se privilegia los signos y síntomas de la enfermedad), está entrelazada, en los tiempos recientes, por el carácter dado a las relaciones sociales que intervienen en las causales de los problemas de salud, a una interpretación en la cual los factores causales explicativos de la conducta son separados, dando así una visión mecanicista unicasual. Esta interpretación es extensiva a quienes sostienen que también lo social, lo psicológico, lo cultural pueden ser factores interpretativos determinantes. (p.104)

La afirmación anterior evidencia que, al interior de las ciencias de la salud existe un convencimiento claro que es necesaria una ruptura con los modelos tradicionales de atención y de intervención médica. Esta implica un desplazamiento hacia otros horizontes en donde el ser humano, la vida, la enfermedad y los factores de relación en todos estos componentes, se asuman de un modo integral, auto-eco-organizado y en función de análisis complejos. Es decir, no es suficiente con la participación interdisciplinaria de psicólogos, antropólogos, sociólogos y economistas. Es fundamental ir más allá para propiciar verdaderos diálogos transdisciplinarios que vean al hombre como una unidad viviente, totalizada, fluyente e interdependiente.

Esta forma de pensar recoge los principios de retroactividad, retroacción, dialogicidad y sistémica organizacional, a partir de los cuales es posible apreciar la complejidad en la vida cotidiana, tal y como lo reafirma Morin (2001) "siendo que en la vida cotidiana somos casi indiferentes a las miserias físicas y morales, experimentamos con la lectura de una novela o en una película: la compasión y la conmiseración" (p.51).

No es necesario alejarse del mundo real ni de lo cotidiano para concebir que en la ciencia de hoy es preciso dar un giro al modo como se produce el conocimiento, se distribuye y se apropia socialmente. Otro principio de gran ayuda para introducir la nueva propuesta es el de

la interdependencia, como doble identidad de la identidad, a la que Devés (2000) hace referencia en las siguientes palabras:

Estos conceptos de doble identidad (identidad ecológica e identidad interna) son también conceptos de doble/triple entrada: física, biológica, antro-po-sociológica, como ya hemos visto en todas las nociones organizacionales clave: sistema, información. La información es particularmente remarcable: es un concepto físico que no aparece (al menos en el estado actual de nuestro saber) más que con el ser vivo y que no se despliega más que al nivel antropológico. (p.427)

Para dar claridad de qué es la transdisciplinariedad en Morin y otros autores, se tiene lo siguiente:

La Transdisciplina es una forma de organización de los conocimientos que trascienden las disciplinas de una forma radical. Se ha entendido la transdisciplina haciendo énfasis a) en lo que está entre las disciplinas, b) en lo que las atraviesa a todas, y c) en lo que está más allá de ellas.

A pesar de las diferencias antes mencionadas, y de la existencia en el pasado de la interpretación de la transdisciplina como una mega o hiper disciplina, todas las interpretaciones coinciden en la necesidad de que los conocimientos científicos se nutran y aporten una mirada global que no se reduzca a las disciplinas ni a sus campos, que vaya en la dirección de considerar el mundo en su unidad diversa. Que no lo separe, aunque distinga las diferencias.

La transdisciplina representa la aspiración a un conocimiento lo más completo posible, que sea capaz de dialogar con la diversidad de los saberes humanos. Por eso el diálogo de saberes y la complejidad son inherentes a la actitud transdisciplinaria, que se plantea el mundo como pregunta y como aspiración. (Morin, s.f.)

Muchos autores han hablado de transdisciplina y de la metodología transdisciplinaria, pero en la literatura el más conocido con el tema es Basarab Nicolescu, quien expresa:

La transdisciplina no renuncia ni rechaza las disciplinas. Solo las tergiversaciones lo hacen. Basarab Nicolescu ha explicado que disciplina, Interdisciplina, pluridisciplina y Transdisciplina son todas como flechas de un mismo arco, el arco del conocimiento Humano. (Nicolescu, en Morin, s.f., párr. 11)

Otro autor que ha hablado del tema es Foerster, él dice:

No existe un único punto de vista (disciplina), sino múltiples visiones de un mismo objeto, la realidad entonces puede ser vista como un prisma de múltiples caras o niveles de realidad. La transdisciplina no elimina a las disciplinas lo que elimina es esa verdad que dice que el conocimiento disciplinario es totalizador, cambia el enfoque disciplinario por uno que lo atraviesa, el transdisciplinario. (Foerster, 1994, p.91)

El compromiso social es en la enfermería, está apoyado por la identidad de identidades, como un juego permanente de subjetividad, objetividad y otredad; es como un elemento auto-organizador que reconoce fortalecer las interacciones establecidas entre el profesional, los pacientes y entornos psicológicos, afectivos y sociales en los que este se desenvuelve. Incluso cuando Morin (2006) remarca el sentido de la dependencia entre las cosas y los seres, está delimitando que el concepto de identidad infiere necesariamente.

En esta visión se establece una relación del saber en todas sus extensiones, con las ciencias sociales propiamente dichas. Este asume la necesidad de conjuntar miradas distintas, así sea sobre los mismos objetos, creando contextos socioculturales en los que el individuo está integrado al proceso de cohesión social. "La complejidad de percepciones" es otro elemento transdisciplinar para comprender dichas relaciones (Morin, 2002).

Una nueva forma de mirar invita a reconocer que existen diferentes niveles de realidad social, conocimiento científico y construcción cultural. Estos no se dan como cortes aislados, ni imposiciones arbitrarias; tampoco están incomunicados y desprovistos de significación. Puede que dichas percepciones estén arraigadas en el hombre y en la sociedad actual, pero, como afirma Morin (2002), no dejan de ser situaciones peligrosas:

Ciertamente, la mirada civilizacionista y culturalista desembocan en cortes; no trata de comunicar, trata de imponer y de mantener los guetos. Incluso crea nuevos guetos. Pero se trata de miradas muy arraigadas entre nosotros y también en los otros. Se trata de no miradas, se trata de miradas clausuradas por determinados esquemas mentales inconscientes e interés. En ese sentido, creo que se puede afirmar si algo no hace falta hoy para poder comunicarnos, o para atisbar la posibilidad de vivir juntos, es detectar el orden del discurso, la lógica discursiva que nos determina hacia la separación, la fragmentación, la clausura. Lo que más falta nos hace hoy es sacar a la luz los modelos mentales que determinan nuestra forma de pensar, nuestra lógica, nuestro actuar. Por otra parte, aun aplicamos a la realidad socio-cultural un modelo de identidad basado en una metafísica del objeto estático y absoluto. (p.77)

Esta nueva mirada se aplica no solo a las relaciones entre los individuos con el conocimiento y la sociedad, se despliega un escenario cruzado, en el que los problemas nacionales suelen convertirse en una preocupación global, al igual que las nuevas condiciones para la construcción de un paradigma, se fusionan en procesos alternativos y simultáneos de encadenamiento y desencadenamiento, orden y desorden, construcción y destrucción sobre los cuales es posible auto-reorganizar el pensamiento de la enfermería, en relación con los contextos dinámicos que se dan dentro de las ciencias sociales y desde la perspectiva del pensamiento complejo.

Lo anterior obliga a reflexionar sobre la crisis recurrente que está afectando a los sistemas de salud en el mundo, en los que fundamentalmente Latinoamérica y Colombia están presentando una unidad polivalente y multifacética, en términos de problemáticas concretas. La tecnocratización de los modelos de salud, el ajuste fiscal y la *lógica mercantilista* son tres aspectos que están reduciendo la salud a campos restrictivamente economicistas y que, de algún modo, desvían la atención de lo que verdaderamente debe ser la razón y el objetivo de la profesión.

Aprender a mirar implica poner en crisis los escenarios del conocimiento, de tal forma que fenómenos como el de la mercantilización de la salud puedan verse a la luz de otras perspectivas. Esta es una aproximación a la pertinencia del concepto de metacomplejidad, explicado por Velasco (s.f.) de la siguiente forma:

La Metacomplejidad puede poner en crisis la capacidad de orientación y respuesta a los diferentes problemas que emergen de esta situación relativa; originando en los individuos y grupos sociales, en general, una crisis “espacio-temporal” y en particular, un quiebre en el acto pedagógico, al cuestionar la identidad y el rol de quienes “enseñan” y de quienes “aprenden”. (p.12)

Poner en crisis es una acción sistemática que genera puntos de quiebre, los cuales son necesarios para analizar de un modo distinto el saber y las prácticas de la enfermería, máxime cuando se trata de pasar esta interpretación por el filtro de una metacomplejidad que contribuye en el abordaje crítico de dichas lecturas; esto significa que la atención en salud no puede encasillarse en un solo modelo de gestión del cuidado o en una tendencia específica en particular. El esfuerzo que puede traer mejores resultados es aquel que se orienta hacia la búsqueda de un enfoque integrador y multidimensionado, en el que el pensamiento complejo se acepte como aquello que está en el fondo profundo de la realidad y de los modos de conocimiento.

2.2. El enfoque transdisciplinar como una opción metodológica

Las definiciones de actitudes transdisciplinarias son importantes contrastarlas con las nociones teóricas que fundamentan la transdisciplina para demostrar si la excelencia en el trato de los pacientes, su cuidado integral, los valores y la ética, son elementos que se evidencian en el desarrollo cotidiano de las actividades clínico-asistenciales del centro de salud, todo esto desde la amplia perspectiva propuesta por el marco conceptual que orienta el desarrollo de los principios de la complejidad que están inmersos en la visualización del rigor, la apertura y la tolerancia como actitudes transdisciplinarias fundamentales.

El enfoque transdisciplinar para esta propuesta de investigación, debe hacerse visible como un contenido metodológico (Sotolongo y Delgado, 2006), con el fin de orientar la reflexión sobre cómo operacionalizar las actitudes transdisciplinarias en el mejoramiento de la práctica asistencial; esto es básico para efectuar una lectura de la realidad en donde los profesionales de la salud y pacientes que participan en los procesos investigativos están situados y ejercen sus diferentes actividades.

Los sujetos que participan en la práctica asistencial del centro de atención tienen cada uno un conocimiento disciplinar obtenido como consecuencia de su formación académica. Este saber teórico es el que les permite aproximarse a la realidad clínica asistencial en función de sus propias experiencias y perspectivas. La propuesta parte de entender que es posible construir un saber científico transdisciplinario (Sotolongo y Delgado, 2006), en el cual las visiones personales puedan ser conjuntadas en una multiperspectiva de lo que significa la relación entre el profesional y sus pacientes.

La disolución de fronteras y la integración de campo de conocimiento, como lo esgrime Carrizo, Espina y Klein (2004), se constituyen en dos aspectos significativos para que la transdisciplina pueda emplearse como metodología de la investigación y de trabajo en equipo. De este modo, es posible abordar lo que está entre y más allá de las disciplinas como una noción fundamental para determinar los problemas que se presentan en el ejercicio de la práctica asistencial (Carrizo et al., 2004).

El médico, la enfermera, la trabajadora social, el psicólogo, la nutricionista, solo por citar algunos ejemplos de profesionales en el área de la salud, asumen su práctica asistencial desde diferentes perspectivas teóricas que han sido construidas durante su formación. Estas percepciones generan comprensiones de la realidad de los pacientes y de lo que está implicado en la atención de sus patologías. Lo que se ha expresado con respecto a la transdisciplina es de gran utilidad metodológica para crear espacios de diálogo de saberes (Nicolescu, 2009). Estos diálogos se convierten en puntos de partida, según Pozzoli (2006), para “deconstruir” el conocimiento elaborado o acumulado y reorganizar un nuevo conocimiento sobre las nuevas temáticas abordadas.

El diálogo de saberes es un componente esencial de la estrategia metodológica que se planteó, por cuanto propicia que se elaboren discusiones y se formulen interrogantes que cuestionen las perspectivas que se han construido acerca del ser humano y la realidad (Morin, 1994). Esto es importante trasladando al escenario de una práctica asistencial que está sometida a diferentes transformaciones. Solo a través de la búsqueda de opciones para intercambiar opiniones y experiencias se avanza en la construcción del conocimiento transdisciplinar que fundamenta la acción cotidiana del profesional en salud.

Para Morin (2001) el diálogo queda evidenciado en las tres etapas que se proponen para operacionalizar las actitudes transdisciplinarias, como un proceso de carácter retroactivo y recursivo en el que los participantes interlocutan y al mismo tiempo forman parte de una autoformación que se efectúa desde tres dimensiones, las cuales son resaltadas por Espinosa (2011):

La autoformación es la conciencia en retroacción y combina tres dimensiones: una dimensión teórica de articulación de la experiencia de vida con los saberes formales, una dimensión práctica de concientización de los patrones en el flujo de la acción y una dimensión ética de resonancias entre las formas del medio y las formas simbólicas personales. (p.36)

En la propuesta, la teoría articulada a los saberes formales adquiridos por el profesional de la salud está concretada en una perspectiva sobre la cual él ejerce su disciplina. La práctica es el flujo de experiencias y vivencias que en la cotidianidad de la asistencia clínica se configura, mientras que la dimensión ética es el conjunto de valores que motivan su desempeño profesional. Desde el punto de vista de los principios de retroacción y recursividad, estos aspectos son esenciales para promover los procesos dialógicos y avanzar en la búsqueda de los saberes transdisciplinarios.

La noción de pensamiento sistémico es aplicable al desarrollo de una metodología transdisciplinar en la propuesta de investigación. Morin (2001) planteó tres perspectivas que le dan peso argumentativo a concebir el conocimiento y la realidad como un sistema:

La virtud sistémica es: a) haber puesto en el centro de la teoría, con la noción de sistema, no una unidad elemental discreta, sino una unidad compleja, un «todo» que no se reduce a la «suma» de sus partes constitutivas; b) haber concebido la noción de sistema, no como una noción «real», ni como una noción puramente formal, sino como una noción ambigua o fantasma; c) situarse en un nivel transdisciplinario que permite concebir, al mismo tiempo, tanto la unidad como la diferenciación de las ciencias, no solamente según la naturaleza material de su objeto, sino también según los tipos y las complejidades de los fenómenos de asociación/organización (p.42).

Lo planteado en la propuesta de investigación pone énfasis en la necesidad de reorganizar la perspectiva teórica de los profesionales, asumiendo la transdisciplina como un principio organizador que crea interdependencias entre las prácticas asistenciales como un todo integrado. De esta forma, la atención clínico-asistencial podría ser vista como un sistema de relaciones en el que transdisciplinariamente se crean diferentes conexiones entre los profesionales con respecto al modo como se relacionan con los pacientes. A partir de este tipo de organizaciones sistémicas es posible comprender mejor la situación

concreta del paciente como parte de todo un sistema de interacción. Este es un presupuesto metodológico que se propuso y que debe comprobarse al implementar la investigación.

En la propuesta de investigación, y en concordancia con Sotolongo y Delgado (2006), es evidente el carácter hologramático que trasversaliza el desarrollo de sus diferentes etapas. Este es el que permite ir y regresar en continuos procesos de reflexión acción, del saber teórico al saber práctico, de la formación académica a la experiencia y de esta de nuevo a las perspectivas teóricas. Al respecto, argumentan:

Esa creciente comprensión contemporánea del carácter “hologramático” de cada subjetividad social individual (contentiva, cada una, de la totalidad del socium), así como la creciente comprensión de la “creatividad ontológica” del mundo mencionada más arriba, de la índole contextual –situada– del saber, concomitante con la índole contextual –situada– de toda praxis humana (de que no es excepción alguna nuestra praxis cognitiva), que están, por lo mismo condicionando cada vez más esa perspectiva epistemológica hermenéutico contextualizante de los comprometimientos sociales del saber, dimanando de y tributando a, a su vez, una comprensión de la sociedad como sistema dinámico-complejo (Sotolongo y Delgado, 2006, p.58).

La subjetividad individual, la creatividad y la contextualización son tres acciones que simultáneamente deben promoverse para que el profesional de la salud pueda asumir una actitud de autocrítica frente al ejercicio de su práctica asistencial. Esta autoreflexión es una fuente que de manera permanente abre las posibilidades concretas para construir un marco operacional del rigor, la apertura y la tolerancia como actitudes transdisciplinarias.

Las actitudes transdisciplinarias de que se habla son precisadas por Nicolescu (2009) en las siguientes palabras: “Rigor, apertura y tolerancia son los tres rasgos fundamentales de la actitud transdisciplinaria” (p.97). El concepto de actitud implica que entre los participantes en la propuesta de investigación se deben promover las condiciones que estimulen en ellos la necesidad de incorporar la transdisciplina en el ejercicio de su práctica asistencial. Esto es muy importante para comprobar en la práctica cotidiana de atención clínico-asistencial del centro de salud el mejoramiento continuo de la relación entre cada profesional con sus pacientes.

La actitud que se refiere al rigor, desde la perspectiva de la propuesta de investigación, sugiere un cambio de matiz con respecto al uso lingüístico del concepto mismo, que Nicolescu (2009) explica así: “El rigor es primero que todo el rigor del lenguaje en la argumentación fundada sobre el conocimiento vivo, a la vez interior y exterior de la transdisciplinaria” (p.97). Por esta razón, la severidad, la rigidez y la dureza de cada disciplina en la que se ha formado el profesional,

debería abrirse hacia la búsqueda de un conocimiento vivo y que pueda elaborarse desde otras argumentaciones. Es así como la actitud de apertura emerge como una condición básica para los diálogos interretroactivos, recursivos, sistémicos y hologramáticos que se proponen.

En cuanto a la apertura, Nicolescu (2009) afirma que esta “comporta la aceptación de lo desconocido, de lo inesperado y de lo imprevisible” (p.98).

Es inevitable que durante el desarrollo de la reflexión acción con los participantes, surjan situaciones imprevistas y desconocidas que enriquecen la mirada multiperspectiva de la práctica asistencial. Por esta razón, abrirse a estas posibilidades es fundamental para que el diálogo de saberes no solamente sea metódico y sistemático, sino amplio, abierto e incluyente.

La apertura conduce a una actitud de tolerancia que “resulta de la constatación de que existen ideas y verdades contrarias a los principios fundamentales de la transdisciplinariedad” (Nicolescu, 2009, p.99). En la práctica asistencial el debate y la confrontación de ideas son acontecimientos del diario vivir en el centro de salud. Esto de algún modo influye en la construcción de las perspectivas en las que se sustenta el ejercicio profesional. Por otro lado, la realidad de los pacientes atendidos es plural y diversa, razones que refuerzan la necesidad de crear espacios intelectuales y prácticos de tolerancia.

La tolerancia no puede confundirse con una aceptación de las ideas de los otros de una manera acrítica y sin ningún tipo de cuestionamientos; por el contrario, en articulación con el rigor y la apertura conforma una triada indispensable para que las actitudes transdisciplinarias generen gradualmente los cambios institucionales propuestos. Estos incluyen una modificación del lenguaje, de los principios empleados para organizar el conocimiento y de las formas concretas de diálogo y de participación que se implementan en el centro de salud.

2.3. Estado del arte de la transdisciplina en la enfermería y las ciencias de la salud

La transdisciplina y la salud conforman un binomio de enorme potencial teórico, investigativo y práctico. Efectuar un recorrido por su estado del arte que incluya tres series cronológicas segmentadas en quinquenios a partir del año 2000 y conocer de un modo general lo planteado por la literatura especializada acerca del tema, es un ejercicio de reflexión pertinente para determinar los avances conceptuales, la actualidad de las temáticas y la profundidad en el tratamiento de los marcos referenciales propios de cada una de las especificidades de las materias abordadas. Las profesiones de la salud, desde su organización disciplinar se han repensado a lo largo de su historia, mientras que lo

transdisciplinar viene incorporándose al análisis desde la racionalidad en los últimos 15 *años*.

Los investigadores, y profesionales de la salud están encontrando en la transdisciplina una herramienta conceptual de valiosa utilidad para robustecer los campos de construcción conceptual y fundamentar sus desarrollos epistemológicos. Se trata de proponer reflexiones inteligentes acerca de cómo incorporar en el pensamiento de la salud los principios que fundamentan la transdisciplina, es decir, la capacidad de proponer diálogos de saberes entre y a través de estas (Nicolescu, 2009). Además, generar un escenario de apropiación caracterizados por la interrecursividad, la retroacción, la hologramía y la sistemicidad (Morin, 1980).

Al plantear estas observaciones, la pretensión es darle un vistazo integrador a la manera como en el período establecido las profesiones de la salud se han preocupado por un abordaje y una construcción transdisciplinaria que haga de esta un territorio de continua indagación y reencuentro con los conocimientos, las experiencias y las prácticas que en los diferentes contextos de producción científica social y cultural la determinan.

2.4 Hacia la integración de saberes en el desarrollo de la enfermería

Centrar la atención en los primeros cinco *años del siglo XXI* es fundamental para comprender la naturaleza de los cambios que se gestaron en la enfermería como una disciplina autónoma y que intenta posicionarse en el complejo entramado de la relación entre ciencia, sociedad e individuo. En especial, el año 2000 aparece como una especie de bisagra que conecta el siglo XX (ya por terminar) con el siglo XXI, cuyos inicios se vislumbraban aceleradamente. Es, por lo tanto, una época de transición en la que se espera la transformación de los saberes propios de las ciencias de la salud, buscando nuevas opciones epistemológicas, metodológicas y prácticas.

Esta transición tiene como característica principal la búsqueda de caminos sobre los cuales desandar algunos terrenos ya explorados en el extenso campo de la disciplina y recorrer otros no tan abordados, con el propósito de encontrar condiciones de posibilidad para esta integración de saberes, la que, de algún modo, abría puentes, enlaces y conexiones con las emergencias transdisciplinarias en sus diversas formas de apropiación teórica y conceptual. Se sintetizan los artículos más relevantes que se tuvieron en cuenta para la pesquisa, los que puedan ser de utilidad como referente en la construcción argumentativa.

En estas emergencias transdisciplinarias, un primer acercamiento está dado por los esfuerzos de la comunidad académica en lograr la articulación y el diálogo de saberes, empleando la tecnología como una mediación que le permite a las ciencias de la salud avanzar en

la consolidación de una perspectiva comunicacional (Díaz, 2000), ya inscrita en una especie de ciber-cultura. Articular implica trasladar experiencias exitosas de un campo del saber a otro, con el propósito de conectar las disciplinas, empleando las posibilidades que se derivan al comprender adecuadamente la estrecha relación que se da entre tecnología, ciencia y enfermería como conocimiento disciplinar específico.

Estos avances hacia la integración de saberes se trasladan al campo de la atención hospitalaria, marcando la necesidad de emplear enfoques interdisciplinarios para lograr diversas miradas y abordajes, a partir de las cuales se genere interlocución, diálogo y convivencia entre los equipos y comités que participen en el desarrollo de los procesos clínicos y de hospitalización (Gutiérrez, Gogna y Romero, 2000). En consecuencia, lo interdisciplinario comienza a sumirse no solo desde los marcos referenciales teóricos, sino que se introduce la necesidad de incorporarlos como un aspecto fundamental para conectar visiones y acciones de diferentes profesionales que intervienen en el trabajo hospitalario propiamente dicho.

Un tercer frente de reflexión, derivado de la necesidad de integrar saberes, se refiere al auge de nuevos modelos de indagación fundamentados en la investigación cualitativa. Las ciencias de la salud se nutren de nuevas percepciones para comprender integralmente al mundo, con la intención de develar otras formas de acercamiento a la multiplicidad de aspectos que están configurando los conceptos de salud, enfermedad, prevención y atención hospitalaria, lo que le da la razón a quienes afirman que “la investigación cualitativa crea para la enfermería, indudablemente, nuevas opciones” (De la Cuesta, 2001, p.7).

La consolidación de modelos de indagación de tipo cualitativo en las ciencias de la salud, abren la posibilidad de integrar tanto la racionalidad técnica como la teórica en el desarrollo de procesos curriculares y de formación de los nuevos profesionales (Medina, 2002). Los marcos teóricos propios se revitalizan cuando son capaces de abrirse a diálogos con otras disciplinas, en la búsqueda de ver al ser humano desde una perspectiva holística que, en la formación del profesional, se convierte en un factor fundamental como disciplina, pues

La salud de un individuo debe considerarse en términos de su funcionamiento total. Es decir, el hombre debe reconocerse como un todo; no es posible separar los componentes físico, social y emocional de su salud. Este enfoque holístico está presente en el desarrollo de las teóricas de la enfermería. (Barroso y Torres, 2001, p.17)

Este abordaje de la salud como una totalidad, en la que se entreteje lo físico, lo emocional y lo social, es incorporado por Siles et al. (2001)

en la denominada “Antropología de los cuidados”, cuya razón de ser sigue estando enmarcada en los enfoques holísticos.

Hasta acá, la salud como disciplina, la formación profesional, la investigación y la práctica hospitalaria encuentran en la transdisciplina opciones teóricas para aventurarse en la exploración de territorios de saber que puedan transitarse en diálogo y comunicación con la diversidad múltiple que está en el fondo de la realidad, la ciencia y la sociedad. Emerge la necesidad de plantear estos aspectos como parte de lo que se denomina una “construcción transdisciplinaria” en la que la pesquisa por la concurrencia de las disciplinas no está en contra de la vigilancia epistemológica, sin la cual no es posible analizar adecuadamente la información que circula al interior de las ciencias de la salud como disciplina y al exterior de esta por la capacidad para expandirse como diálogo de saberes.

En las ciencias de la salud, al introducir el pensamiento transdisciplinario, sin perder su rigor científico y con la vigilancia epistemológica de la que se habla, entra en un proceso que Mercer (2001) denomina “evaluación transdisciplinaria”, que define como

Aquella que integra disciplinas, pero sobre todo aquella que posibilita que el objeto del conocimiento participe en la construcción del conocimiento, alterando la clásica relación donde quienes evalúan determinan lo relevante. Permitiendo, en cambio, que desde el propio objeto de conocimiento se expresen perspectivas diferentes a las ya construidas. (Mercer, 2001, p.120)

Los conceptos de salud involucrados en las prácticas trascienden los espacios sociales, retoman las experiencias vitales de los sujetos que en ellos intervienen e intentan liberar la profesión de las escisiones que el lenguaje científico ha creado para restarle sentido y significación a lo que esta pueda aportar en la resolución de los conflictos que se generan en el desarrollo de estas (Neira, 2001). “Los profesionales de enfermería debemos reconocer que la interdisciplinariedad es, actualmente, uno de los problemas teórico prácticos más esenciales para el progreso de la ciencia” (Eslava, 2002, p.36).

Uno de estos obstáculos epistemológicos es justamente el de intentar superar los niveles de lo interdisciplinario para acercarse a los de carácter transdisciplinario, ir más allá de la interdisciplina, intentando capturas transdisciplinarias, incorporar en la salud teorías y tendencias para lograr prácticas avanzadas que están más allá de las ambigüedades generadas por el uso de los lenguajes, demuestran la necesidad de gestionar integralmente los conocimientos, las creencias, los valores, el análisis crítico, el juicio clínico y la evaluación de los recursos. Esto es fundamental para lograr lo que se denomina un cuidado innovador, que “une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona,

la cual, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud” (Zarate, 2004, p.45).

La noción del cuidado innovador, al ser emparejada con la perspectiva transdisciplinaria centra las discusiones en el ser humano, en sus experiencias de salud y en la mirada de este como un sujeto multidisciplinario que establece permanentemente interacciones con una realidad que es igualmente diversa, diferenciada y multiperspectiva. Esta es una percepción más compleja de dicho concepto, perspectiva interesante para comprender cómo pueden generarse los equilibrios o desequilibrios en la salud de las personas (Peña y Rodríguez, 2003).

La salud se constituye en un asunto que integra diferentes visiones, percepciones y políticas que, al engranarse a un sistema global de atención, produce una idea de hombre que está mucho más allá de las posiciones reduccionistas de la racionalidad cerrada de la ciencia en algún momento de su historia (Borrell, 2004).

Todo lo anterior muestra la *línea de discusión propuesta* entre los años 2000 y 2004, direccionada por la intención conceptual, metodológica y axiológica de integrar los saberes emergentes al interior de las ciencias de la salud y al exterior de esta en su diálogo multi, inter y transdisciplinario. Este sentido integrador, se da no solo en los marcos teóricos que se configuran desde la reflexión y el análisis documental, sino que forman parte de un tejido que empieza a construirse con las prácticas sociales e institucionales que comporta la atención hospitalaria. Esto significa que de algún modo lo transdisciplinario adquiere un estatus de convergencia y de recurrencia, por cuanto delinea puentes de comunicación entre los conocimientos, los saberes, la cultura, la realidad, las organizaciones, los sujetos, las creencias y los valores que están en el fondo del pensamiento. En consecuencia, la transdisciplina es un discurso emergente que se asume en los primeros 5 años del tercer milenio como un territorio de encuentro para enriquecer los enfoques, modelos y tendencias implicadas en la investigación, las prácticas de atención y el desarrollo conceptual.

2.5. Visión no lineal de la enfermería en el contexto de la relación individuo, sociedad y salud

Entre los años 2005 y 2009 los artículos objetos de la pesquisa asumen la salud desde una perspectiva no lineal, sin la cual la construcción transdisciplinaria podría considerarse como incompleta. Esta forma de ver la disciplina es de gran utilidad para comprender nuevos despliegues y repliegues, como el de la visión del pensamiento de la salud en relación con el yo, la intersubjetividad y la ética. Todo esto, en un amplio marco de referencia constituido por los nuevos desafíos que plantean los desarrollos conceptuales y prácticos de una sociedad que se contextualiza a partir de hechos, sentidos y significados cambiantes. La educación juega un papel importante en este quinquenio, porque

de algún modo la formación de los profesionales de la salud comienza a revalorarse en función de los nuevos despliegues que se proponen desde la transdisciplina.

El análisis derivado de la indagación tiene como punto de partida una re-valoración de los determinantes de la salud, anclada en un paradigma mucho más interpretativo que explicativo. El concepto tradicional empleado en epidemiología de la “caja negra” para determinar la etimologización de la enfermedad, “la enfermedad es concebida como un fenómeno poblacional que tiene lugar en múltiples niveles sistémicos, interconectados y jerarquizados (Moiso, 2007, p.163).

Se transforma significativamente en pro de determinantes más proactivos que reactivos para establecer las causas físico, sociales y ambientales de las patologías y los problemas de salud. Este es un cambio de sentido analítico muy importante porque direcciona la enfermería hacia la persona.

Los niveles sistémicos son de alguna forma modos distintivos para concebir al ser humano en su integralidad y multidimensionalidad. Este es un abordaje necesario para comprender adecuadamente lo que Garzón (2005) propone como una ética basada en una estrecha relación que se da entre la práctica, el ambiente y la atención en salud. Esta aproximación introduce en las áreas de la salud la preocupación por los otros, aspecto sin el cual no es posible una práctica más humanizada. En el planteamiento de Garzón (2005) se evidencia también el valor de los encuentros corporales, de la mirada, la ternura, la escucha y el afecto como elementos para crear ambientes que contribuyan a ejercer de un modo efectivo el derecho a existir.

Las profesiones de la salud se vuelven plenamente hacia el sujeto, el yo sistémico y multidimensionado, que existe y que tiene derecho a que le garanticen su seguridad, porque solo así se elude la posibilidad de “su estructuración ambivalente” que puede resultar fatal en el manejo de cualquier patogénesis o situación traumática (Mila, 2005).

Este retorno al territorio del sujeto, de su intersubjetividad y multiperspectiva, abre los caminos para un abordaje transdisciplinario, apuntalado en un ejercicio hermenéutico crítico de carácter dialógico sistémico y holístico (Díaz, 2005). Se trata de una práctica que devela una nueva valoración del rol de los profesionales que la ejercen, que según lo planteado por Pico y Tobón (2005), resignifica aspectos propios de la profesión de enfermería tales como la enfermera y la persona, los cuidados de la enfermería, la organización de los sistemas de salud y la pertinencia en el contexto normativo, educativo y socio económico.

La vinculación estrecha que se da entre el binomio transdisciplina y complejidad, se propone como “tendencia alternativa” e interarticuladora para construir modelos de atención en salud que estén

coherentes con un paradigma de la ciencia menos lineal, reduccionista e inscrito en la clásica visión cartesiana. Esta sustitución de los modos de aproximarse a la realidad social, cultural y ética de los actores de la salud es un rasgo distintivo de este quinquenio que se analiza, en el cual la preocupación por el sujeto y por la trama intersubjetiva, lo mismo que por la multidimensionalidad y la proactividad en el rol de los profesionales de la salud se constituye en una transformación significativa en los modelos teóricos y prácticos que fundamentan el andamiaje conceptual de la disciplina (Almeida, 2006).

La incidencia de los nuevos enfoques es esencial para darle piso teórico a conceptos que promocionan la salud humana desde una perspectiva que según Czeresnia y Machado (2008) están cohesionados bajo los paradigmas de la complejidad y de la transdisciplina, los que facilitan abordar integralmente los temas, problemas y reflexiones en torno a la salud y la enfermedad. La transdisciplina colabora con la organización de una amplia agenda de salud colectiva en la que intervienen necesariamente las “dimensiones sociales, culturales, políticas, económicas, ideológicas, etc.” (Czeresnia y Machado, 2008, p.82).

Los nuevos repliegues que adquiere la salud en la segunda década del tercer milenio, no solo introducen una construcción transdisciplinaria y compleja de sus objetos de estudio, sino que le dan importancia sustancial a la ética del cuidado como una opción profesional para visualizar desde la perspectiva compleja la estrecha vinculación que se da entre dignidad humana, persona y derechos humanos en los procesos de atención y vigilancia de la salud.

La persona, familia y comunidad, enlazados con los valores y principios éticos que sustentan el desempeño profesional y en el cual deben expresarse las virtudes éticas de cada cual, reviste gran importancia, el reconocimiento de sus profesionales, enfermeros (as) y alumnos acerca del derecho de las personas a ser respetadas, o lo que es lo mismo, el deber de respetar la dignidad de las personas. (Lescaille, 2006, p.1)

Los nuevos abordajes son influyentes porque conciben las ciencias de la salud en una configuración multidimensionada, que interpreta desde la cultura la triple relación que se da entre el individuo, la salud y la sociedad. En este sentido, López y Peña (2006) consideran que se trata de un modelo emergente de articulación recursiva, en el que los constructos simbólicos de los grupos sociales específicos, añaden valores agregados a las prácticas de cuidado en los niveles individual, doméstico, familiar e incluso en el de las políticas de salud pública.

Se evidencia en definitiva y en correspondencia con Franco (2006) una transformación transdisciplinaria que convierte la salud pública y privada en un coyuntural tema de debate ideológico, político, social profesional y académico. Este encuentra en los enfoques incluyentes y de convergencia la posibilidad de interarticular recursivamente los

saberes, las prácticas, las técnicas, los conocimientos y los desarrollos conceptuales propios del pensamiento enfermero.

La confluencia de actores sociales, políticas de salud, constructos simbólicos y teóricos, es un paso fundamental en la construcción de una teoría de avanzada que cambian la vocación ontológica (Salum y Prado, 2007) de los profesionales de la salud y ponen de manifiesto la necesidad de una educación continua y de calidad que fortalezca los compromisos que se asumen en los desempeños de quienes intervienen en los diferentes procesos de la atención en salud.

La enfermería se consolida como disciplina y profesión que le aporta a la defensa del derecho a la salud en su trayectoria política e ideológica, siendo la transdisciplina una nueva forma de analizar los problemas puede ayudarla para estimular sociedades más saludables e incluyentes (Ángel, Fonseca y Garbois, 2007). Esto es básico para construir caminos de diálogo social, que desde una agenda transdisciplinaria pueda contribuir en nuevos desarrollos epistemológicos y metodológicos para los cuales son necesarios acuerdos mínimos, un punto de partida para construir soluciones frente a preocupaciones comunes. Dichos acuerdos deben estar fundamentados en la ética, la bioética, los derechos humanos, la interculturalidad y el bioderecho, entre otros aspectos que favorezcan el respeto a la identidad en su sentido más amplio (Ruiz, 2007).

El análisis anterior conduce a establecer que, para la segunda década del siglo XXI, los intereses de las comunidades académicas y de las instituciones de salud fueron centrándose en la formación de unos profesionales de la salud de avanzada, que desde la transdisciplina encuentran caminos de convergencia para construir agendas sociales interculturales con un marcado acento en la identidad, la persona humana, los valores éticos y el carácter transformador de la disciplina propiamente dicha.

En consecuencia, lo intercultural es un elemento fundante de la multidimensionalidad, el pluralismo y el carácter polisémico de una sociedad que debe necesariamente afirmarse en el derecho como el medio que debe garantizar la protección de la dignidad personal y la identidad colectiva como conceptos que sostienen los marcos teóricos, los modelos de salud, las prácticas y la atención integral de la población humana en toda su diversidad y heterogeneidad (Ruiz, 2007). Es así como puede asumirse un pensamiento que sustituye la linealidad por la circularidad de visiones y que desplaza los paradigmas reductivos del saber científico por concepciones transdisciplinarias y complejas de las nuevas realidades emergentes.

2.6. Consolidación de prácticas transdisciplinarias en contextos de investigación, formación, enseñanza y apropiación social de los conocimientos

Los últimos cinco años analizados durante la pesquisa facilitan un recorrido teórico por una variedad de artículos que contribuyen en la consolidación de saberes y conocimientos desde perspectivas teóricas amplias que le dan enorme relevancia a la apropiación de prácticas transdisciplinarias. Los contextos de investigación, formación, enseñanza y distribución social de dichos saberes y conocimientos entran a formar parte de los referentes obligados para que el profesional de la salud pueda transformar la visión que tiene de su rol en el complejo entramado de una sociedad que aceleradamente cambia al ritmo impetuoso de la globalización, las nuevas tecnologías de la comunicación y el avance de fenómenos como la mundialización de la economía y de los problemas que se generan como consecuencia de esta. Por lo tanto, la tercera década del siglo XXI es un paisaje diversificado de múltiples connotaciones y significados que reposicionan substancialmente a la profesión de la salud como disciplinas de la salud y a la transdisciplina como una opción teórica y metodológica para efectuar un análisis integrador, crítico y objetivo.

En este segmento cronológico se confirma la intención de las ciencias de la salud por construir miradas transdisciplinarias, en la que la interacción del ser humano con todos sus entornos, sociales, culturales, ideológicos, ambientales, físicos, emocionales y tecnológicos puedan multidimensionarse desde los niveles diversificados de la realidad que los constituye. Esta es una intención deliberada y sistemática porque finalmente se logre una atención más humanizada (Arellano, Matos y Oberto, 2010) de los pacientes y unos profesionales de la salud que integralmente pueda insertarse en los escenarios vitales de la cambiante sociedad de los tiempos presentes.

El logro de unos profesionales de la salud con estas características implica una investigación que extienda sus fronteras hacia los horizontes de la transferencia social de sus conocimientos en términos de diálogo, convergencia y reconocimiento del valor intrínseco de cada disciplina que interactúa con esta. De ahí que es válida la pregunta por el valor real de la transdisciplina; al respecto, Palacios (2013) dice: "La respuesta es fácil de argumentar para cualquier disciplina en salud porque no hay límites claros entre una y otra; y todas convergen en la preservación de la salud humana como un bien invaluable y frágil (p.122).

La salud humana, como un bien de un valor inapreciable, se esgrime como el argumento principal para el desarrollo de las investigaciones que se efectúan en el campo de las ciencias de la salud, razón para entender la pertinencia de los abordajes transdisciplinarios y la perspectiva

compleja de la realidad. La aparición de nuevos problemas bioéticos y de conciencia moral derivados de la aplicación de las biotecnologías, sugiere la implementación de investigaciones transdisciplinarias en las que, como propone (Betancourt, 2013), se resuelvan asuntos referidos a

La identificación de problemas desde diferentes perspectivas por parte de especialistas, miembros de las comunidades y directivos propiciará intervenciones intersectoriales más efectivas, y sugieren realizar un cambio organizacional en el que se modifiquen estilos de trabajo y formas auto-organizativas de la actividad científica. (p.359)

Este cambio organizacional y de perspectiva en la actividad científica propia de las profesiones de la salud, es hoy en día un aporte fundamental para enriquecer las configuraciones transdisciplinarias. El concepto hunde sus raíces históricas en el campo hermenéutico de integración de varias disciplinas que, según Betancourt, Ramis y Mirabal (2014), se utilizó en salud por primera vez en 1975 como parte de una traducción de resultados investigativos sobre la diabetes. Actualmente, las investigaciones transdisciplinarias son de enorme utilidad en la salud porque “el término transdisciplinarias describe la utilización simultánea del conocimiento fundamental y los productos e innovaciones prácticas (tecno-científicas) en la esfera de la salud” (Betancourt et al., 2014, p.241).

La perceptiva anterior trasciende incluso los modelos de formación del profesional, lo mismo que a la construcción de currículos y proyectos de investigación en los que debe tenerse en cuenta la complejidad de sus diseños, en función de sus compromisos éticos del investigador y el profesional, con el fin de evitar extrapolaciones acríticas de los conceptos y contenidos que se apropian socialmente. De este modo, la investigación en salud avanza en procesos de humanización y construcciones transdisciplinarias de una realidad que es dinámica y que no puede someterse al análisis de modelos fragmentados y reduccionistas.

Los avances conceptuales evidenciados por la pesquisa en el quinquenio 2010 - 2014 no solo corrobora la importancia de las nuevas emergencias transdisciplinarias, sino que demuestra la necesidad de afrontar la salud humana, sea esta en el plano individual o colectivo, privado o público, doméstico o institucional, como un campo de construcción permanente (González, 2007). También, que reconozca la multidimensionalidad social, histórica, biológica, cultural y política de los actores intervinientes en sus procesos y prácticas.

La promoción de la salud se convierte, en términos de Vílchez (2010), en un territorio de continua indagación y exploración en el que las estrategias transdisciplinarias aportan decididamente en la construcción de una agenda incluyente, la definición de una política clara y

coherente, el desarrollo de prácticas humanizadas y la convergencia disciplinar necesaria para elevar la calidad en los diferentes niveles de la investigación, la profesionalización y la atención hospitalaria.

La reflexión efectuada adquiere legitimidad y validez en la medida que posibilite un ejercicio transdisciplinar en el que sea posible reencontrarse con el ser humano, artífice y protagonista de los procesos inherentes a los marcos conceptuales y a las prácticas. Esta es una condición de posibilidad necesaria para comprender que el sujeto en su plano individual y en su relación intersubjetiva con los otros, ha de ser finalmente el centro de los análisis y las indagaciones realizadas al saber cómo campo de construcción permanente y territorio axiológico de humanización.

Mediante la humanización del cuidado se da calidad a la relación *que se establece, en la cual se lleva a cabo un encuentro entre subjetividades en el que los profesionales de enfermería acogen las angustias del ser humano dada la fragilidad del cuerpo, la mente y el espíritu* (Almeida y Chaves, 2009, en Valenzuela, 2015 p.71).

La alta valoración del sujeto y de la intersubjetividad que se da desde las ciencias de la salud como práctica profesional, actividad científica y proceso de atención a la salud, es fundamental en los últimos cinco años analizados, porque expresan de algún modo las emergencias de una época cambiante caracterizada por el retorno al ser humano como el centro de cualquier acción que comprometa su calidad de vida y el proyecto de existencia en el que esta se enmarca.

Por lo anterior, vivir dignamente, prevenir la enfermedad, mantener en equilibrio los estados psíquicos, físicos, emocionales y afectivos que intervienen en los campos de la salud, son preocupaciones que desde los enfoques transdisciplinarios revisados, que se concretan como elementos distintivos de la investigación. Se reorganizan los conocimientos documentados en este período para comprender que la salud como disciplina, profesión y escenario de investigación y apropiación social, debe estar en una permanente búsqueda de retroalimentaciones teóricas que incorporen actualizaciones temáticas y presenten salidas imaginativas a los nuevos problemas que aparecen. Solo así está en capacidad de responder sus propias exigencias epistemológica, a las demandas de producción científica y a las renovadas expectativas sociales de distribución de un conocimiento, útil y pertinente.

CAPÍTULO III

Metodología

En los capítulos precedentes, los lectores se aproximan al escenario de investigación y al sistema de salud en Colombia, desde allí se propone un estado del arte que a partir de la práctica y la teoría devela de qué manera la transdisciplina como enfoque de investigación contribuye en la lectura crítica de los problemas de atención generados en la gestión del cuidado, la atención integral y la promoción de la salud en todas las dimensiones y niveles de la realidad humana. Es una andadura intelectual que facilita la comprensión de la práctica asistencial como el objeto de estudio de la investigación, tratando de responder a las necesidades que surgen con respecto a su calidad, accesibilidad y pertinencia en la solución de las problemáticas derivadas en el día a día de una institución de salud.

En este capítulo se explica la metodología empleada para lograr una estancia con la realidad en términos de interacción, participación y diálogo con los actores de la salud seleccionados para implementar las diferentes técnicas e instrumentos requeridos en la obtención de la información, su triangulación e interpretación. De acuerdo con el enfoque transdisciplinar, esta integración de los actores fue fundamental en la consecución de aprendizajes cooperativos y solidarios enmarcados en la intersubjetividad como elementos sin los cuales no se potencian las actitudes transdisciplinares para mejorar la práctica asistencial en la Clínica.

El primer apartado del capítulo define y fundamenta el tipo de estudio, el cual incluye la perspectiva cualitativa, el enfoque transdisciplinar y la investigación-acción como estrategia para generar interacción y diálogo con el grupo de participantes. El segundo apartado detalla las todas las etapas de la investigación. En el tercer apartado se realiza una descripción de la población participante en el proceso investigativo y se argumentan las razones que motivaron la elección de la muestra.

El cuarto apartado es muy importante para el proceso de investigación porque explica en detalle las técnicas y los instrumentos propuestos para acceder a la realidad, interactuar con los actores de la salud convocados como parte de la muestra y generar con ellos las informaciones, datos y conceptos necesarios para la de y reconstrucción de los conocimientos con respecto a los problemas visibilizados en la práctica asistencial. El desarrollo metodológico de la investigación es un aporte teórico y práctico a la comunidad académica porque adapta el empleo de árboles de problemas, de decisiones y de seminarios de formación desde una perspectiva transdisciplinaria, que mejora el modo como se aborda los niveles de realidad, se construye el conocimiento científico y se genera apropiación social de sus conceptos en distintos contextos históricos culturales e institucionales.

El árbol de problemas transdisciplinar es una técnica de investigación que contribuye en el análisis situacional de la práctica clínico-asistencial, desde un mapeo problematizado de la trama compleja que envuelve el desempeño profesional y la cotidianidad de los actores de la salud. El conocimiento se organiza en un modo de cooperación sistémica, configurando redes de comprensiones multicausales, solidarias, interretroactivas, hologramáticas que estimulan una acción gnoseológica recursiva.

El árbol de problemas se utiliza como una estrategia metodológica para hacer visible la ecología de saberes sobre la práctica asistencial dentro de un diálogo multicausal, el cual propone rupturas epistemológicas para efectuar una reflexión reconstructiva del pensamiento enfermero desde el contexto de realidad en la Clínica. Los problemas emergen cuando el saber transdisciplinar surge en la conversación fluida y la interacción social que conecta los diálogos interpersonales con una visión transdisciplinaria y no fragmentada de la realidad en que está inmersa la gestión del cuidado y la atención integral.

El apartado fundamenta desde la teoría la técnica del árbol de problemas transdisciplinarios, detalla los elementos básicos para su diseño y describe cómo implementarse desde un conjunto de acciones que fortalecen el autoestudio y la investigación como elementos claves para que la práctica asistencial se problematice y el grupo de participantes aporte decisivamente en la reorganización transdisciplinar de los saberes teórico prácticos que se potencian como parte de la cooperación sistémica, interrecursiva y hologramática.

La implementación de esta técnica en la investigación se efectúa a partir de tres encuentros vivenciales, cada uno abordado como categorías de análisis y de conversación: el hombre como ser integral, sentipensante y visión holística de la dignidad humana en la práctica asistencial. Las tres categorías son estudiadas, debatidas y analizadas por cada uno de los estamentos convocados para la investigación aplicando la planeación sistemática de cada encuentro propuesto en el epígrafe implementación del árbol de problemas transdisciplinarios. La categorización es un logro intelectual de la comprensión posibilitada por la lectura crítica del estado del arte que se construye en los dos primeros capítulos de la tesis doctoral.

Otro epígrafe que complementa el cuarto apartado, tiene que ver con la fundamentación, el diseño y la implementación del árbol de decisiones transdisciplinarios. Esta técnica se implementa en la investigación en un encuentro en el que se construye un clima de interlocución compartido entre el estamento de profesionales de la salud y el de los pacientes, con la finalidad de reflexionar transdisciplinariamente sobre la situación problema que se determinó con el árbol de problemas y aprovechar los insumos cognitivos aportados mediante las deliberaciones de y reconstructivas de los encuentros vivenciales.

Además, el árbol de decisiones fortalece en el grupo de trabajo la capacidad de decidir, eligiendo alternativas relacionales al alcance de la mano y que desde la realidad de la Clínica puedan aportar en la construcción del marco operacional de las actitudes transdisciplinarias. Es una ayuda para dibujar en grupo los trazos de un curso de acción viable, coherente con las dimensiones de multicausalidad y pluralismo de los problemas que en el escenario de la Clínica afectan la práctica asistencial en el espacio multicausal y multirreferencial de las relaciones de los profesionales, pacientes y redes de apoyo familiar.

La tercera técnica que se implementa en la investigación es el seminario de formación transdisciplinar; se implementa integrando los dos estamentos, y con él los participantes se involucran en una estrategia de aprendizaje cooperativo. El clima de confianza, intersubjetividad y diálogo es básico para construir un conocimiento resignificado y reorganizado desde la perspectiva transdisciplinar en el que las actitudes del rigor, la apertura y la tolerancia son tenidas en cuenta para formular las opciones alternativas de marco operacional.

En el apartado se fundamentan, diseñan y explican las formas para implementar los instrumentos que transversalmente contribuyen en el análisis, la interpretación y la significación de la información obtenida mediante las técnicas de árboles transdisciplinarios de problemas y decisiones, al igual que en la realización del seminario de formación transdisciplinar. Los insumos que se aportan para la reflexión son generados en la conversación fluida, la interacción social y el intercambio de lenguajes verbales y no verbales de los diferentes encuentros y actividades en que participan los funcionarios, los pacientes y la investigadora.

Los instrumentos que se describen para capturar significativamente la dialogicidad hologramática e interrecursiva desplegada en la cooperación sistémica y gnoseológica entre los participantes, incluyen cuestionarios cortos con pregunta abierta estandarizada, grabaciones de audio y video, tablas de análisis de respuestas argumentales y de problematización multicausal; la información total aportada por los participantes se registra en protocolos.

El último apartado de este capítulo propone algunas consideraciones teóricas con respecto al plan de análisis de toda la información obtenida mediante la aplicación de técnicas e instrumentos ya referidos. Es un modo de interpretación basado en la búsqueda de una racionalidad hermenéutica, que está más allá de los datos y que significa las respuestas argumentales y los diálogos que los participantes producen en los encuentros correspondientes al árbol de problemas y de decisiones, y en el desarrollo de formación transdisciplinar. Los aportes se someten a una codificación manual como parte de una evaluación transdisciplinar de los resultados logrados en el curso de acción marcado en cada uno de los eventos propuestos para el trabajo con cada estamento.

La racionalidad interpretativa es abierta, concebida como el cruce de las visiones analíticas y comprensivas de los participantes sobre la práctica asistencial, sus problemas y la pertinencia de las actitudes transdisciplinares para aportar en la solución de estos. La validez de la información aportada es construida intersubjetivamente con la participación de los funcionarios y pacientes en un proceso de conversación libre y deliberativamente crítico. Las tres categorías seleccionadas para orientar la reflexión son puntos de quiebre que motivan el análisis crítico y la determinación multicausal de las causas y de las consecuencias generadas por los problemas identificados. El propósito de toda esta indagación es estimular y capacitar al grupo de trabajo para encontrar en redes de solidaridad intersubjetiva, recursiva, sistémica e interretroactivo soluciones alternativas a los problemas que puedan articularse en una trama de complejidad reorganizada en el marco operacional de las actitudes transdisciplinares.

3.1. Tipo de estudio

La perspectiva metodológica es cualitativa, empleando como método de trabajo la investigación acción y el enfoque transdisciplinario. La interacción y la praxis social son fundamentales para comprender la experiencia de las personas que participan en la propuesta investigativa, porque

La investigación cualitativa como tipo de investigación se dirige a obtener un saber acerca de lo que las personas vivencian, perciben, sienten, piensan y expresan en su vida y contexto diario cotidiano, proporcionando una descripción para la comprensión de cómo transcurre, en uno u otro escenario de interacción social concreto. (Sotolongo y Delgado, 2006, p.111)

La investigación acción es la herramienta para capturar dichas vivencias y experiencias en el centro de salud como el escenario cotidiano en donde se lleva a cabo la práctica hospitalaria. Esto se refuerza mediante la adopción del enfoque transdisciplinar, porque en este se pone de relieve lo resaltado por Miguel García (2006) cuando argumenta que “el enfoque transdisciplinario se refiere en lo esencial a una visión de los fenómenos a investigar que trasciende las diferentes disciplinas y se basa en una participación global en el sentido de una cooperación sistemática con las personas afectadas” (párr.8).

La participación de los profesionales y pacientes que interactúan en la Clínica Assbasalud, será el punto clave para efectuar una mirada multiperspectiva de dicha práctica hospitalaria, en el contexto que puede construirse empleando las actitudes transdisciplinaria como los elementos de referencia para resolver los problemas que surgen en la cotidianidad de la institución y en la atención clínica de la diversidad de pacientes que a ella acuden.

3.2. Etapas

3.2.1. *Definición de perspectiva de atención de los pacientes con los profesionales que laboran en Assbasalud Manizales*

El propósito de esta etapa es determinar los problemas que se generan en la práctica asistencial, preguntando a los profesionales y pacientes por las perspectivas que están en el fondo de sus saberes teórico-prácticos con respecto al ejercicio de su disciplina. El hilo conductor es la transdisciplina y las actitudes transdisciplinarias, intentando establecer si están presentes o no en dicha perspectiva. Los acontecimientos diarios en la atención clínico-asistencial del centro de salud son vistos por los participantes de acuerdo a concepciones y percepciones que tienen de la realidad y que crean una visión personal denominada por Puhakka (1963) como perspectiva interpretativa. Dicho autor añade: “Los seres humanos creamos interpretaciones “significativas” de la realidad que hay que desentrañar para comprender y explicar el mundo. Vemos el mundo como si fuera real, de acuerdo con nuestra visión personal de los acontecimientos” (Puhakka, 1963, p.3).

Al indagar por esta perspectiva personal que se construye desde la interpretación de cada participante, la investigación puede encontrarse con dos posibilidades para abordar la operacionalización de las actitudes transdisciplinarias. En la primera posibilidad, algunos de los participantes sin conocer el concepto asumen su relación con los pacientes integrando elementos que pueden en determinado momento corresponder con la teoría acerca de la transdisciplina y sus actitudes. La segunda posibilidad, es determinar que los actores de la salud no conocen lo que es la transdisciplina y en su práctica actúan conforme a los parámetros que orientan el ejercicio de su disciplina.

A partir de esta indagación y de la posible determinación de las problemáticas, se plantean dos etapas intermedias para la propuesta de investigación. En una los participantes y la investigadora reflexionan acerca de las problemáticas que se derivan en la práctica asistencial y como estas pueden estar ligadas a la visión que cada participante construye acerca de esta. La otra es proponer soluciones que hagan visible la necesidad de efectuar diálogos transdisciplinarios, buscando alternativas conjuntas a dichos problemas y escudriñando estrategias que puedan en un momento dado incorporar actitudes transdisciplinarias.

3.2.2. *Planteamiento de acciones de calidad*

En esta etapa los participantes se han organizado como un equipo de trabajo, el cual debe ser informado en los diferentes aspectos de la transdisciplina y en las actitudes que fueron identificados en la definición de perspectiva. El diálogo de saberes, el rigor, la tolerancia

y la apertura se constituyen en los pilares de este proceso, en el que la investigadora, los profesionales y los pacientes participan activamente en la construcción colectiva del conocimiento.

Esta construcción colectiva del conocimiento convierte las actitudes transdisciplinarias en un elemento que potencian la reflexión y la acción, como parte de un proceso que integra las perspectivas personales para enriquecer tanto el conocimiento individual como la construcción grupal de otros saberes teórico-prácticos. “De esta forma, se suceden nuevos procesos de reestructuración, de construcción conceptual y de desarrollo intelectual”. (Madrid, 1998, p.7). Al finalizar esta etapa, se espera contar con un equipo de trabajo informado en transdisciplina y en el conocimiento de sus actitudes, dentro de un proceso de operacionalización de estas para mejorar el desarrollo de la práctica asistencial en el centro de atención. La pretensión es impactar a cada profesional y paciente participante, motivándolo en la adquisición de otro tipo de saberes teórico-prácticos que contribuyan en la ampliación de sus perspectivas personales con respecto a lo que significa el ejercicio de su profesión y el uso de los servicios de la práctica asistencial con calidad.

3.2.3. Construcción de un marco operacional transdisciplinario

En esta última etapa, el equipo de trabajo ha reconocido en la transdisciplina y sus actitudes una propuesta adecuada para mejorar la práctica asistencial en el centro de atención. Es importante que se definan los alcances y las limitaciones de las acciones y procedimientos que se propongan para incorporarlas operacionalmente en la dinámica propia de la atención clínica-asistencial de los pacientes que acuden diariamente. Esto debe ser concertado y acordado mutuamente porque implica que necesariamente se introduzcan algunos cambios en la cultura de trabajo institucional.

Por esta razón, el marco operacional es un conjunto de criterios que desde la transdisciplina quedan planteados para organizar el conocimiento que se tiene de las ciencias de la salud y la forma como esta mejora las prácticas de atención asistencial. Se trata de proponer lineamientos muy generales sobre los cuales se construyen los informes, las guías, los protocolos y los manuales que orientan las actividades de los profesionales del centro de atención.

3.2.4. Participantes para la investigación

La propuesta de investigación convoca a la totalidad de funcionarios y estudiantes que laboran en la Clínica Assbasalud del barrio La Enea: cuatro enfermeras, diez auxiliares de enfermería, cuatro técnicos en atención pre-hospitalaria, diez médicos (algunos con especialización), una especialista en administración en salud, una especialista en

gerencia en salud, una trabajadora social, una secretaria, una auxiliar de estadística, cuatro facturadoras, una regente en farmacia. Estudiantes de las mismas disciplinas; promedio de 6 auxiliares de enfermería, seis enfermeras, seis médicos, una trabajadora social, una facturadora, por semestre.

Los participantes potenciales para la investigación, se completa con los pacientes y familiares que diariamente son atendidos en la Clínica Assbasalud, quienes voluntariamente decidieron vincularse al proceso investigativo. La convocatoria inicial fue realizada al Comité de Usuarios, de cuyos integrantes solamente tres asistieron a los encuentros planeados y al seminario de formación transdisciplinar. En vista de la poca representatividad de dicho Comité, se extendió la convocatoria a los pacientes hospitalizados y a sus familiares acompañantes con el fin de completar un número cuantitativamente significativo para adelantar con ellos las acciones de investigación.

3.3. Proceso para recolectar y triangular la información técnica e instrumentos

3.3.1. Árbol de problemas

Es una técnica participativa que se utiliza en la identificación de los problemas que afectan la práctica asistencial en el centro de salud. La indagación por las causas y consecuencias se realiza empleando como metáfora la noción de árbol y como hilo conductor la transdisciplina. La técnica propicia una discusión amplia sobre cada punto de vista personal, el cual está apoyado en una perspectiva de saber teórico-práctico con respecto al ejercicio profesional. El análisis se enriquece porque

En esta metodología todas las partes interesadas, como beneficiarios, organizaciones de implementación y gobiernos locales, se involucran en el proceso de identificar y analizar de una manera conjunta sus necesidades, apropiándose de las mismas. De esta manera, al estar todas las partes interesadas involucradas, es más fácil que acepten los planes establecidos y se comprometan a implementarlos, lo cual es esencial para el desarrollo de un proyecto. (Barreto, 2015, p.1)

Con el árbol de problemas, el equipo de trabajo determina la problemática y selecciona las estrategias, estableciendo de qué manera afecta la práctica asistencial en el centro de salud. Su aplicación es fundamental para la primera fase intermedia de la definición de perspectivas, porque permite descubrir la presencia o no de la transdisciplina y de sus actitudes en el ejercicio profesional de los participantes.

3.3.2. *Fundamentación desde la transdisciplina*

La transdisciplina contribuye desde el contexto de la investigación que se propone. Se trata de generar condiciones para efectuar un análisis situacional en donde la participación del equipo de trabajo para la investigación es de gran importancia y fundamental para lograr un mapeo del problema. Desde este punto de vista, es pertinente iniciar con un recorrido por la evolución de la técnica, ubicándola en diferentes momentos de su desarrollo y tratando de identificar cómo ha cambiado hasta los momentos actuales.

En este estudio se utilizó la Metodología transdisciplinaria con los siguientes pasos basados en el manifiesto de la transdisciplinaria de Nicolescu (2009)

1. El propósito de transformar la realidad social y promover el desarrollo comunitario.
2. La creación de autoconciencia de la realidad social de los participantes y de la capacidad de tomar decisiones para mejorarla.
3. Activar a los participantes. Capacitar a la gente para solucionar los problemas de su entorno.
4. Concientizar, actuar, liberar.
5. Desarrollar las capacidades de los miembros, analizar las necesidades, los fines, las demandas, los problemas, las oportunidades. Encontrar soluciones a algunos problemas. Iniciar otras actividades sociales.

Para desarrollar estos pasos se utilizó la técnica del árbol de problemas, que según Cabrera (2012) fue empleada en

La década de los años 70 cuando el ergónomo Robert Villate, director del Instituto para el Mejoramiento de las Condiciones de Trabajo (INPACT) de la Confederación Francesa Democrática del Trabajo (CFDT) publicó su libro sobre El Método del Árbol de Causas (MAC). Este método introduce una lógica diferente a aquella que va en busca del “culpable” y, a cambio, detecta los factores que producen estos eventos con el fin de controlarlos o eliminarlos en la fuente. (p.73)

En comienzo el árbol de problemas es útil para “ordenar las ideas y con su definición se pretende localizar el problema central o focal que se quiere solucionar con el proyecto” (Sánchez, 2007, p.332).

Una vez localizado el problema, se procede a establecer el nivel relacional causa-efecto entre los problemas reales que emergen en la discusión, a esto se le denomina “encadenamiento de relaciones causa-efecto” (Torruella y Cardona, 2011, p.17), porque se constituye una especie de trama o de tejido en la que la causalidad de las problemáticas trae consigo un impacto de tipo consecucional en la situación que se analiza. La claridad en la identificación del problema por parte de los

participantes es básica si se pretende lograr una cabal comprensión de sus causas y de sus consecuencias. En relación con esto, Silva (2003) señala: “Alguien ha dicho que si se identifica bien el problema que aqueja a una determinada comunidad, de partida ya se tiene el 80% de la solución al mismo” (p.30).

En el escenario de la investigación esta localización del problema se realiza con el equipo de trabajo de la Clínica Assbasalud, son fuentes de información que deben aprovecharse al indagar con ellos por los problemas que se derivan en la atención cotidiana de los pacientes, obteniendo así un mapeo inicial de la situación.

El árbol de problemas como técnica implica deliberación, diálogo e interacción social elementos que desde la transdisciplina se hacen mucho más importantes. Los principios de la complejidad entran a desempeñar un papel determinante en la consecución de un proceso que es alternativo y que por sus características debe constituirse en un conjunto de elementos diferenciadores.

3.3.3. *La interdependencia como base de la participación*

En la concepción de este árbol de problemas, la interdependencia es un principio de organización, preponderante en el desarrollo de solidaridad entre los integrantes del grupo de trabajo que se constituye. De este modo, la investigadora respeta la diversidad y heterogeneidad de los pensamientos y concepciones de cada participante porque no puede pretenderse crear homogeneidad en el grupo. Sobre esto, Morin (2011) afirma:

Lo mejor, es que haya, en lo sucesivo, interdependencia aumentada de cada uno y de todos: naciones, comunidades, individuos sobre el planeta Tierra; que se multipliquen simbiosis y mestizajes culturales en todos los dominios; que las diversidades resistan a pesar de los procesos de homogeneización. (p.30)

Interdependencia aumentada y solidaridad se conectan simbióticamente para garantizar que en el grupo la participación sea fluida y espontánea sin imponer ningún tipo de condicionamientos o contaminar el proceso de análisis. Lo que se busca es que cada participante se haga *consciente* de la necesidad de autoreflexionar acerca de su práctica asistencial y como está contribuyendo en el logro de excelencia, cuidado integral y valores al ser implementada con los pacientes.

Esta perspectiva de la interdependencia aplicada en el *árbol de problemas* es *necesaria* para crear una comprensión compartida, afirmada en un cruce de visiones que se propicia entre todos los participantes. Según Morin (2001), comprender es un asunto profundamente ligado a la conciencia, de formar parte de, y estar incluidos en una situación o asunto determinado.

Las interdependencias se han multiplicado. La conciencia de ser solidarios con su vida y con su muerte liga desde ahora a los humanos. La comunicación triunfa; el planeta está atravesado por redes, faxes, teléfonos celulares, módems, internet; sin embargo, la incomprensión sigue siendo general. "Sin duda, hay grandes y múltiples progresos de la comprensión, pero los progresos de la incomprensión parecen aún más grandes" (Morin, 2001, p.51).

Es evidente que el principio de interdependencia convierte la reflexión con el árbol de problemas en una práctica sintetizadora y liberadora, y no *únicamente* en un acto mecánico de localizar los problemas que tengan que ver con la atención de los pacientes. El funcionario que acepta participar en el grupo debe entender que forma parte de un proceso alternativo para buscar comprensión compartida de todo aquello que está creando alguna dificultad en la relación con los pacientes, porque solo a partir de estos reconocimientos pueden proponerse las alternativas de solución en la siguiente etapa intermedia de la investigación.

3.3.4. Retroacción y recursividad para la búsqueda de diálogos abiertos

La unión de estos dos principios es relevante en la orientación que se propone con el árbol de problemas porque ayuda a encontrar que la causalidad no es lineal, ni mucho menos unidireccional. Las retroacciones y las recursividades son importantes para generar en el grupo una retroalimentación positiva y una deliberación que no se quedará tan solo en un problema y en una sola causa. Paiva (2004) explica refiriéndose al principio retroactivo que:

La esencia de este principio se basa en las retroacciones, y como ejemplo Morin señala que la violencia genera más violencia, en la que la retroalimentación en sentido positivo actúa como un mecanismo planificador de dicho comportamiento violento; en sentido contrario, la retroacción negativa la haría reducir. Las retroacciones, inflacionarias o estabilizadoras, están presentes en los fenómenos económicos, sociales, políticos o psicológicos. (p.250)

Desde la retroacción y la recursividad los participantes encuentran que ellos son parte esencial de los problemas y de las soluciones, lo que sin duda produce identidad y sentido de pertenencia con el análisis situacional que se propone al emplear el árbol de problemas. Estévez (2002) hizo alusión a este tipo de cambio refiriéndose a los modelos educativos en los siguientes términos:

En sus fases la realización de diagnósticos de la situación del estudiante, tanto durante la elaboración del diseño como durante su puesta en práctica. Asimismo, orienta sobre las adecuaciones y cambios por realizar durante la marcha de la educación e incluye en sus fases la retroalimentación o retroacción. (p.74)

Sin la participación activa de los estamentos no es fácil generar retroalimentación efectiva, lo mismo que un cruce compartido de visiones personales. Los problemas que se identifican están inscritos en un marco referencial multicausal, en el que retroactiva y recursivamente interactúa el profesional de la salud como sujeto, la Clínica Assbasalud en calidad de escenario de interacción y los pacientes como sujetos que son al mismo tiempo objeto de una práctica asistencial.

Esta relación permite la emergencia de un proceso que es fundamentalmente intersubjetivo, en el cual entre la investigadora y los participantes se establece una especie de vínculo pedagógico que garantiza la comunicación y el trabajo como parte de un aprendizaje mutuo Aguilar (2014). Entonces, interretroactiva y recursivamente los saberes disciplinares de cada funcionario se someten a autorreflexión crítica sin ningún tipo de imposiciones, porque según Aguilar (2014) “no se pretende la conquista del otro, sino desmontar viejos dispositivos y construir nuevos que puedan generar transformaciones en los individuos” (p.23).

El desmonte de los viejos dispositivos debe ser una premisa que confirme la noción de retroalimentación positiva en el grupo de participantes, esto es lo que le da al árbol de problemas un matiz distinto ya que la retroacción y la recursividad combinadas, incorporan como fundamento de la acción y dinámica de trabajo la solidaridad responsable y la comunicación efectiva dentro de todo el proceso de reflexión. Esto es básico para que cada participante se exprese con libertad, seguridad y autoconfianza acerca de cada detalle que él considere significativo para identificar los problemas que están asociados a su práctica asistencial como una actividad diaria y cotidiana.

3.3.5. Organización sistemática y hologramática de los saberes

La implementación del árbol de problemas conlleva un proceso de organización del conocimiento, en el cual la sintonización y el hologramatismo son dos actividades de pensamiento fundamentales. A pesar de sus diferencias como conceptos, también tienen como plataforma común la reconfiguración de los saberes y los contextos en donde estos se generan, a partir de un trabajo intelectual, altamente complejo y al mismo tiempo participativo.

El verbo sistematizar no puede considerarse como una creación arbitraria de la complejidad, ni mucho menos como un capricho de la retórica y la lingüística. Se trata de una organización gnoseológica que exige un elevado nivel de complejización y elaboración discursiva, teórica y práctica. No obstante, es pertinente iniciar o remitirse a las definiciones más elementales que de este verbo se pueden obtener. La Real Academia Española (RAE) (2002) considera que, sistematizar es organizar algo según un sistema. Como se puede apreciar, es

una definición bastante sencilla y que evidencia como fundamento del concepto la noción de organización. Entre tanto, el diccionario enciclopédico Larousse (1994) presenta dos definiciones: organización de una cosa según un sistema o un conjunto ordenado de normas y procedimientos. Y, acción y efecto de sistematizar, sistematización de datos.

Es evidente que estas dos definiciones aportan algo más que la primera porque en ellas el sistematizar conduce a una elaboración en términos de conjuntos, orden o sistema; de todos modos, continúan siendo concepciones muy básicas, propias del lenguaje enciclopédico de sus fuentes.

Sin incurrir en juicios de valor, puede afirmarse que la visión lineal y reductiva de la ciencia clásica, ha intentado quedarse en concepciones simplistas como las que sirven de punto de partida para esta reflexión. De ahí que, si se quiere definir el verbo sistematizar y la sistematización desde la transdisciplina, es indispensable acudir a lo que en complejidad implica una visión sistémica del conocimiento, del saber, de la realidad, de los contextos, del mundo y del universo cósmico. Esta encaja en una idea articuladora, en la que sistematizar se refiere a procesos complejos, que movilizados por múltiples causas y consecuencias para los que pueden darse alternativas diversas de investigación y de abordaje, en las que se debe “pasar de las plataformas teóricas como puntos de partida y de llegada, a ecologías en las que se construyan conocimientos en una dinámica sistémica, relacional, interdependiente e interactiva” (Zárate, 2010, p.40).

La sistematización está instaurada en la ecología de saberes, en el diálogo multicausal y en una dinámica de sistemas que están mucho más allá de una plataforma teórica o de un conjunto donde los elementos se ordenan como si se tratara de agregados o partes que se yuxtaponen. Además, incorpora una visión organizacional distinta que es incluyente y sujeta a una dialéctica de crisis y de transformación, tal y como lo señala Zárate (2010) al manifestar que “en la visión sistémica de la vida se enfatiza la tensión entre crisis y transformación como elemento crucial en la formación de sistemas complejos” (p.46).

Las lecturas que se aborden desde la teoría de los sistemas o la visión sistémica de la realidad, es conceptualmente revolucionaria y abren el paso para lo que Romero (2003) denomina “vocación sistémica de una nueva ciencia” (p.2) en lugar de tan solo una vocación analítica. Este es un elemento de reflexión válido, pero no es el único ni el más preponderante, porque según Ferrer, la visión sistémica sugiere necesariamente “por primera vez en la Historia de la Ciencia, un Pensamiento Sistémico compacto, heredero de «todos», alternativa a un Paradigma Mecanicista” (Ferrer, en Romero, 2003, p.2).

Es claro y evidente que para esta investigación la vocación sistémica es de enorme utilidad, porque llama la atención con respecto a la necesidad de una “ruptura epistemológica” (Romero, 2003, p.5) que podrá estimularse en una reflexión inicial mediante el árbol de problemas de un modo crítico, comprensivo, incluso analítico, por cuanto lo sistémico no riñe con el análisis o la síntesis, sino que lo enriquece y robustece conceptual e investigativamente.

En un árbol de problemas transdisciplinar, la reproducción mecánica y la especulación ceden ante “una reorganización en la esfera del conocimiento” (Morin, 2000, p.40), que no solo incluye saberes preestablecidos y acumulados históricamente o informaciones carentes de significado, sino que la vocación sistémica comporta necesariamente lo que Morin (2000) refiere como “dialógica cultural”, instaurada en la ecología, la multidimensionalidad y la multicausalidad como características distintivas.

Este árbol de problemas tiene en cuenta que las visiones sobre la práctica asistencial de los participantes que deben *construirse* para *reconstruirse* nuevamente, razón por la que resulta importante pensar en la “*auto-estructuración*” (Prigogine, 2004, p.2) como un proceso reflexivo de carácter personal y esencialmente intersubjetivo. Este es el punto de partida para lograr un equilibrio entre el saber teórico individual y disciplinar con un saber transdisciplinar amplio y abierto, en el que la explicación metafórica sobre la flecha del tiempo es legítimamente aceptable. “La existencia de una flecha de tiempo común al hombre y a los sistemas físicos es quizás el hecho que expresa de manera más evidente la unidad del universo” (Prigogine, 2004, p.2).

Desde el punto de vista metodológico, la investigadora propone a los participantes una reorganización sistémica de sus conocimientos, saberes y experiencias. En palabras de Campanario (2000):

Con esta actividad se pretende un procesamiento más en profundidad de la información que se maneja a la vez que se obliga a los alumnos a sistematizar sus conocimientos y a contrastar el grado de consistencia interna y complejidad de los mismos. (p.378)

La idea de sistematizar desde esta investigación comprende procesar la información que cada participante tiene con un elemento mayor de profundidad, en el que se ponga en juego su conciencia interna, esto es, someterse voluntariamente a una auto-estructuración intrapersonal que complejice sus ideas iniciales, para incorporarlas en una interpretación autocrítica sobre la realidad institucional que se configura en los problemas cotidianos de su práctica asistencial.

Esta confrontación o contrastación es un ejercicio de autorreflexión intrapersonal que sugiere una interpelación de tres elementos que cada funcionario puede implícitamente mostrar en su práctica asistencial.

Uno es de tipo cognitivo, que conlleva un saber profesional; el otro es del orden práctico, en el que se asume una actitud frente a ciertos procedimientos y el último son los mecanismos de atención que supone un conjunto de evidencias que están vinculadas al desarrollo de sus actividades en la Clínica Assbasalud. La visión sistémica incorpora estos tres elementos y los presentan con una congruencia natural, espontánea y fluida que compromete la subjetividad, por esta razón es importante lo que Pupo (2007) señala: “Un tratamiento sistemático o despliegue lógico de un asunto, lleva dentro la lógica natural que fluye de la subjetividad humana. Esto determina su creciente autenticidad, sin necesidad de recurrir a las “puras objetividades”, limpias de las vetas personales” (p.4).

No siempre la objetividad puede ser el único elemento para abordar un problema, por el contrario, la multicausalidad invita a dialogar con aquella subjetividad que genera un despliegue lógico amplio y altamente significativo. Es justo en este momento donde aparece el pensamiento hologramático como una forma concreta de hacer visible la visión sistémica de la práctica asistencial en términos de sus problemas cotidianos, es un trasegar por una instancia de reconstrucción y *co-construcción* de los conocimientos, saberes y experiencias, sobre las cuales Morin (2000) infiere: “Al mismo tiempo que una relación hologramática entre cada una de las instancias productoras y producidas, conteniendo cada una a las demás y, en ese sentido, conteniendo cada una al todo en tanto que todo” (p.22).

De acuerdo con lo expresado por Morin (2000) el principio hologramático dirige la atención en los principios de tenencia e inclusión, en la que lo más importante es asumir la complejidad como una organización interdependiente no fragmentada, donde que las partes están auto-eco-organizadas en función de un todo sistémico. Esto significa que en la concepción de este árbol de problemas transdisciplinar, el principio hologramático es una guía para auto-eco-organizar el cruce de visiones que se logre al mirar con los participantes la práctica asistencial de la Clínica. Esto se hace más importante al introducir lo planteado por Morin (2002):

La voz griega holon significa “todo”. Pero no se trata de una totalidad. Es un todo que no totaliza. El principio hologramático nos guía y nos permite concebir una de las características más sorprendentes e importantes de las organizaciones complejas: En una organización, el todo está inscrito en cada una de sus partes. Se trata, obviamente, de una inscripción estructural del todo en la parte. (p.115)

Al abordar la Clínica Assbasalud como una organización compleja, la problematización que se logre con la implementación del árbol, debe incluir la concepción todo-parte y parte-todo desde una perspectiva multicausal y multidimensionada. En esta lo que cada participante piense es tan importante como todo aquello que forma parte de la

visión y de la dinámica institucional, es así como puede co-construirse un saber reintegrado transdisciplinar que visibilice la reflexión y auto-estructuración intra-subjetiva.

Se trata de una epistemología en construcción en la que cada participante asume un papel de liderazgo personal, que tiene como punto de partida su propia realidad institucional, la que a su vez está inscrita en un conjunto más amplio de realidades contenidas, lo que Sotolongo y Delgado (2006) denominan “socium”, que es una reconstrucción de subjetividad efectuada sobre fundamentos objetivos, refiriéndose a “ una persona humana- se nos presenta igualmente en lo más macrosocial, esta vez como el líder, digamos, de una revolución social; o donde toda la sociedad está contenida -hologramáticamente- en cada subjetividad social individual” (Sotolongo y Delgado, 2006, p.113).

La anterior reflexión ayuda a concretar mejor la fundamentación teórica para el diseño del árbol de problemas, porque a los participantes no se los invita a un ejercicio de auto-estructuración intersubjetiva para diagnosticar problema ya diagnosticados o intentar resolver aquellos instaurados en una perspectiva macro social. La propuesta es a una autoreflexión en la que se intenta capturar la subjetividad social del participante como una de y reconstrucción propia y situada desde la realidad de la Clínica. Por esta razón, al estimularlos para ejecutar sus rupturas epistemológicas, lo que se hace es poner en contexto la *discusión* que se propicie en la mecánica de la implementación de la estrategia para analizar cómo está presente la transdisciplina en su práctica asistencial cotidiana.

3.3.6. *Diseño*

En este apartado se presenta la estrategia operativa que corresponde al diseño del árbol de problemas, fundamentado desde la perspectiva transdisciplinar y los principios de la complejidad.

La implementación del enfoque transdisciplinario y su complejidad destaca cambios en los procesos formativos y en las personas involucradas en ellos. El aprendizaje presenta cambios significativos en el campo del conocimiento; estos cambios implican aprender a pensar complejamente la realidad a través de herramientas nuevas, así como saber los pilares transdisciplinares y los principios complejos (Nicolescu, 1998; Morin, 2005, citados por Espinosa, 2011).

Estratégicamente, se plantea un árbol en el que se incorpora el sentido metafórico de lo que este significa, pero adaptado al contexto investigativo que se propone.

El anexo 4 muestra una imagen inicial de los elementos constitutivos de un árbol de problemas transdisciplinar.

La imagen analógicamente establece cuatro elementos constitutivos del árbol: la raíz refiere la problemática multicausal; el tronco es el despliegue lógico; las ramas son las causas interdependientes; las hojas representan las alternativas de solución relacionales. Esta es una figura que simbólicamente ofrece una visión del árbol como un ser vivo que representa la vida, la sabiduría, los sentimientos de acogida y la materia prima de la cual se generan procesos de auto-alimentación como el de la fotosíntesis, su sentido metafórico es muy amplio, tan solo para mencionar uno de estos, la prosa de Atuesta (2010) lo expresa de la siguiente manera:

Todo y todos giramos en torno a los árboles. Y cuando el árbol habla nos damos cuenta de cuánto ha penetrado por el río de la vida. No tiene dueño porque es de todos. Por allí transita el padre, quizá huyendo del verano. O el poeta que, buscando su "mazorca de agua," extravió su cauce. (p.12)

El árbol contiene la totalidad existencial, no pertenece a ninguna persona en particular porque es un patrimonio de la humanidad en general. Los árboles hablan, es decir, pueden pronunciarse con respecto a muchas situaciones de la vida humana, sin utilizar un discurso verbal determinado. Invitan a reflexionar en la importancia del mundo vital a aquel que el hombre comparte con todos los demás seres de la naturaleza y con el que establece distintas formas de comunicación. El uso de esta metáfora para abordar el trabajo con los profesionales y pacientes de Assbasalud, es pertinente en la medida que no se pierdan de vistas los principios de fundamentación ya desplegados. Los encuentros deben ser espacios para que el pensamiento sistémico y hologramático se repliegue, la recursividad y la retroacción generen un trabajo profundamente creativo, y se use la interdependencia como base de la participación. Estos principios pueden verse visibilizados en el árbol como metáfora y punto generador de dialogicidad compleja, intercambio y conversación.

No es una actitud caprichosa o descontextualizada la de incluir en esta investigación esta metáfora, la justificación de esta pretensión se halla en el fondo del diálogo de saberes que el mismo Morin (2001) plantea cuando en sus disertaciones establece las bases de la complejidad. Esta reflexión reivindica el valor de elementos arraigados en una simbología y restituye su significación más allá de las meras especulaciones retóricas de una tradición filosófica o literaria. La metáfora del árbol contribuye en disminuir la tendencia disyuntiva y *dicotómica* de la razón instrumentalista en la investigación; al respecto, Nubiola (2000) dice: "La tajante dicotomía positivista entre lenguaje cognitivo, el lenguaje de la ciencia, y lenguaje emotivo, el de la poesía, el arte, excluía la metáfora como tema "políticamente correcto" de investigación filosófica" (p.2).

El propósito al incluir la significación metafórica del árbol, no es otro que el de enriquecer el lenguaje de la investigación con una mirada

emancipada de la palabra, de la emoción y de la comunicación humana, todo esto porque el trabajo de campo se lleva a cabo con personas que necesitan ser sensibilizadas y motivadas para que aporten desde sus saberes disciplinares y experiencias al proceso de- re y constructivo que se les propone. Este es un ingrediente que, sin afectar el rigor metodológico, produce sensibles compromisos en los grupos convocados a la acción investigativa correspondiente a la etapa de definir la perspectiva de atención de los pacientes con los profesionales que laboran en la Clínica.

Elaborada esta justificación, es conveniente desglosar el modo de hacer operativo el árbol de problemas transdisciplinar, comprendiendo que se trata de un momento preponderante en toda la investigación, ya que de él depende en gran parte el logro de una motivación apropiada de los participantes.

La raíz de nuestro árbol, corresponde a un momento de autorreflexión y autoconstrucción de saberes teóricos y prácticos tanto de los funcionarios como de los pacientes. Tomando como referencia las funciones de la raíz, Alarcón y Ferrera (1999) argumentan:

Capacidad de absorción de los nutrimentos del suelo mediante la extensa red de hifas que el hongo pueda generar. De este modo, la actividad del micelio coadyuva en la función de la raíz sobre todo cuando esta ha agotado los nutrimentos de la zona del suelo adyacente. (p.180)

Este concepto experto sobre las funciones básicas de la raíz en un árbol es iluminador, porque orienta adecuadamente el proceso de *discusión* que la investigadora propone a los participantes. Una planta a través de sus raíces absorbe minerales, garantiza su sostenibilidad en la tierra, asegura que se dé un constante almacenamiento de nutrientes y actúa como las bases para el crecimiento de esta. En este sentido, la reflexión de los profesionales y de los pacientes es una fuente de convencimientos y saberes para retroalimentar la *deconstrucción* planteada acerca de cómo ellos asumen la relación entre el paciente y el profesional. Como lo afirma Luria (2006) “la actividad consciente del hombre no está forzosamente relacionada con motivaciones biológicas” (p.40).

Al problematizar esta relación, se fijan las bases conceptuales para que fluya un diálogo deconstructivo en retroacción, sistemicidad e interdependencia; esta es la forma adecuada para mantener el ánimo, lograr la sensibilización del grupo y garantizar que no se pierda de vista el objetivo de la investigación en esta etapa. Es por esto que buscar las raíces de problemas se convierte en un proceso de auto-estructuración en el que la intersubjetividad y la subjetividad se conjugan para impactar favorablemente el ejercicio de organización creadora en los diferentes encuentros (Mayntz, 2001).

Los participantes se encuentran frente a problemas que forman parte del marco de acción institucional, enraizados en la cotidianidad de Assbasalud y que son de un manejo diario y continuo; no obstante, estos pueden tener un origen común o estar en el fondo de una problemática que amerita una visión integradora y holística. Este es, justamente, el primer desafío que se plantea a los participantes, o sea, el de establecer problemas cuya raíz pueda entroncarse en la discusión y el debate sin incurrir en posibles fragmentaciones o disociaciones de la realidad.

El tronco del árbol es una invitación al diálogo y a la conversación fluida con el propósito de efectuar un despliegue lógico de los pensamientos, las ideas y las opiniones. Para orientar adecuadamente el sentido de la metáfora, se retoma lo planteado por Flores y Flores (2005):

Con respecto a la funcionalidad de los tallos y troncos es la parte de la planta que tiene como funciones servir de sostén a las hojas, flores y frutos y conducir la savia a través de sus vasos. Crece en sentido inverso al de la raíz. Es exclusivo de las plantas que tienen un tronco con tejidos diferenciados para cumplir diferentes funciones. (p.2)

La conversación y el diálogo deben sostenerse y mantenerse en un nivel alto de participación porque solo así se logra hacer conducir las ideas, conocimientos y saberes de los sujetos involucrados en el proceso autorreflexivo y autoestructurador de los problemas que se determinan en el momento previo. Esta comparación con la savia de las plantas, es pertinente para señalar que en el árbol de problemas transdisciplinares, las personas cooperan solidariamente en un proceso de crecimiento donde todos son responsables, actores, dinámicos y comprometidos.

El despliegue lógico, sugiere tres categorías de reflexión:

1. El hombre como ser integral
2. Persona humana una integración sentipensante
3. Visión holística de la dignidad humana en la práctica asistencial

Las categorías se constituyen en tópicos de indagación, alrededor de los cuales se promueve una conversación abierta, fluida y participativa. En esta parte del despliegue lógico la investigadora proporciona materiales de apoyo para que cada uno de los participantes se autocuestione y busque modos personales de subjetivación para autoestructurar sus conocimientos, saberes y prácticas.

Los materiales de apoyo son cuestionarios con preguntas estandarizadas, lecturas, videos, estudio de casos o cualquier otro instrumento que sirva de motivación y sensibilización para la deconstrucción de los saberes y la reorganización creadora de los mismos. Estos recursos didácticos no podrán en ningún momento intervenir en el pensamiento singular de los participantes y muchos menos viciar ni contaminar el debate.

Las ramas del árbol de problemas transdisciplinar son muy importantes para darle forma a la discusión y a la conversación que se genere en el grupo si se tiene en cuenta lo que explica Osorio y Muñetón (2001) acerca de sus funciones, donde los troncos y las ramas son realmente los esqueletos de las plantas. Según sus cualidades y comportamiento, permiten a las plantas adquirir sus formas características de manera natural ya que el hombre mediante las podas puede darles también *formas, pero artificialmente*.

Por lo tanto, en este punto de la discusión, los participantes proponen las causas interdependientes de la problemática que se identifica a partir de los despliegues lógicos realizados. La interdependencia señala la necesidad de integrar la visión de los problemas y de las causas, esto quiere decir que un problema puede ser causado por múltiples factores y que estas están en interacción unas con otras. La acción de la investigadora es básica para que el grupo puede establecer estas relaciones sin ningún tipo de presión o condicionamientos por parte de esta o de cualquiera de los participantes. Incluso, pueden darse problemas que sean precipitados por una causa común, siendo esto una motivación para que el grupo participante fortalezca su calidad de análisis y de reflexión. Lo más importante es llevar la conversación hacia la identificación de las interdependencias entre las causas, evitando de este modo la especulación, la dispersión discursiva o evadir por completo el tópico de indagación que se plantea en el despliegue lógico.

El último aspecto del diseño tiene que ver con las hojas, que son muy importantes para garantizar el proceso de la fotosíntesis. Mathis (2005) dice: "Las hojas desempeñan las funciones de fotosíntesis, respiración y transpiración" (p.7). Estas tres funciones son muy importantes en el árbol de problemas transdisciplinar, considerando que, al plantearse alternativas relacionales, los puntos de vista y opiniones de los participantes se retroalimentan en un evidente proceso simultáneo de respirar y transpirar; es decir, los saberes y conocimientos de cada uno son apropiados por todos, pero la persona de forma particular se nutre de lo que el grupo decida y proponga.

Las alternativas son relacionales, no pueden presentarse aisladamente una de la otra; esto significa que una propuesta de solución puede aplicar de a una causa interdependiente sin necesidad de exponer muchas alternativas o propuestas. Es pertinente que la investigadora oriente la conversación, de tal modo que el grupo pueda acceder a un nuevo saber teórico organizado creativamente por ellos. Lo esencial es desplegar lógicamente las capacidades de análisis y síntesis, porque solo así las alternativas pueden jerarquizarse y dimensionarse desde la realidad social y cultural de Assbasalud.

3.3.7. Procedimiento para la implementación del árbol de problemas

La implementación del árbol de problemas implica la realización de un encuentro con los estamentos representados en la muestra, bajo la coordinación de la investigadora y sobre la base de las tres categorías definidas para el desarrollo de los procesos reflexivos: hombre como ser integral, persona humana una integración sentipensante y visión holística de la dignidad humana en la práctica asistencial.

Los principios de la transdisciplina, que sirvieron de fundamento al árbol de problemas, se constituyen en elementos desencadenadores del diálogo, la conversación fluida y la interacción, sin los cuales no es posible alcanzar altos niveles de participación y aproximación a la realidad problemática de Assbasalud.

Cada encuentro busca problematizar multicausalmente las categorías de interacción planteadas, sobre la base de un desarrollo de-constructivo de los saberes disciplinares o la evidencia con respecto a estos en el contexto de la práctica asistencial cotidiana y según el estamento que participa en la autorreflexión intrasubjetiva para la estructuración de nuevos saberes. Recuérdese que en esta instancia participan distintos estamentos, el de los profesionales de la salud, quienes han tenido una formación académica y disciplinar previa; el otro, está constituido por los representantes de los pacientes, que son fundamentalmente líderes comunitarios, familiares y pacientes de Assbasalud, que voluntariamente deciden conformar este estamento.

Un proceso de-constructivo busca, ante todo, propiciar autorreflexiones y autoestructuraciones que contribuyan en nuevas comprensiones de la racionalidad, en función del saber disciplinar, la experiencia y la visión particular de los participantes de acuerdo con el estamento al que representan y las particularidades propias de lo que para ellos pueden significar las categorías de indagación en el marco de la práctica asistencial de Assbasalud. Lo de-constructivo, se refiere a la capacidad que cada ser humano adquiere de abrir su pensamiento a nuevas opciones de comprensión de su propia concepción racional de la realidad, la ciencia o la cultura. Al respecto, Derrida (1998) establece las siguientes percepciones:

La “racionalidad” — tal vez sería necesario abandonar esta palabra, por la razón que aparecerá al final de esta frase— que dirige la escritura así ampliada y radicalizada, ya no surge de un logos e inaugura la destrucción, no la demolición sino la des-sedimentación, la des-construcción de todas las significaciones que tienen su fuente en este logos. En particular la significación de verdad. (p.17)

Lo expresado por Derrida es de enorme utilidad para entender que no se trata de derrumbar o demoler el logos personal que subjetivamente cada participante ha construido sobre la práctica asistencial, ni mucho

menos contraponer verdades de una manera radicalizada y sin fundamento. Contrariamente, el interés está en lograr una discusión amplia y una conversación fluida que enriquezca dichos logos, por así denominar a la visión que cada uno de los participantes tiene de las categorías de indagación que se propone en cada uno de los encuentros, según sea la significación que para ellos asume desde su saber particular, experiencia y observación de la realidad.

Una deliberación de-constructiva es altamente integradora de los principios sistémicos, recursivo e inter-retroactivo y de interdependencia, que están fundamentando epistemológicamente el árbol de problemas, porque invita a hacer uso de la incertidumbre, la contradicción y la *convulsión* del discurso como parte de una acción reflexiva para problematizar la práctica asistencial y de ahí en adelante definir no solo su multicausalidad, sino alternativas relacionales de solución. Estos son elementos que desde la transdisciplina son necesarios para buscar saberes emergentes. Derrida (1998) se refiere a la importancia de la deconstrucción en un proceso de afirmación.

Ya sea que esta relación haya o no» tenido la forma de la conciencia. Debemos, sin embargo, según esta especie de contorsión y de contención a que está obligado aquí el discurso, agotar previamente los recursos del concepto de experiencia, a fin de alcanzar, por deconstrucción, su último fondo. Es la única condición para escapar tanto del "empirismo" como de las críticas "ingenuas" de la experiencia. (p.79)

Es evidente que la deliberación pretendida intenta un nuevo tipo de racionalidad, en la que los conocimientos, saberes y experiencias del grupo de trabajo son el punto de partida para cualquier tipo de problematización y despliegue lógico, por cuanto la significación de la práctica asistencial es distinta en cada participante y en cada estamento. El otro elemento interesante que puede rescatarse de lo expuesto por Derrida (1998), tiene que ver con el aprovechamiento del discurso, que en estos encuentros está visibilizado en una conversación fluida que posibilita diálogos abiertos que incluyen la interacción social. Solo así puede lograrse un acercamiento a cada categoría de indagación, de una manera espontánea, libre y no contaminada por la investigadora, en donde el profesional de la salud o el paciente puedan ser explícitos y directos en el abordaje de la realidad.

Las categorías son fundamentales para orientar los encuentros en los que se implementa el árbol de problemas transdisciplinares, la explicación de su importancia se propone a continuación:

3.3.7.1. *El hombre como ser integral*

Contribuye en una reflexión crítica por el propósito de la práctica asistencial, en marcos de comprensión distintos a ciertos enfoques

tradicionales³ de corte lineal, fragmentador, dualista y que intentan generar *decisiones* en los modos de asumir al ser humano que interviene, ya sea como profesional o paciente en el campo de la atención integral en salud. Sin desvirtuar las teorías que han ayudado a la construcción de modelos de atención en enfermería, es importante que el proceso deliberativo y deconstructivo comience por situar la discusión en lo que es el hombre como ser integral. Alonso y Escorcía (2003) consideran que

El ser humano es un ser integral que se desenvuelve dentro de un ambiente; en él influye un sinnúmero de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Está dotado de conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad, en síntesis, de una personalidad, que obedece a su ubicación temporal (momento histórico) y espacial (lugar donde habita). (p.4)

Es indudable que la enfermedad y la salud son algo más que la atención clínica, los procedimientos quirúrgicos, el diagnóstico, la prevención y el manejo de ciertas patologías. Al contrastar esta concepción con la noción de un hombre que es un ser integral, la reflexión de los participantes encuentra horizontes de comprensión en los cuales el ambiente, la afectividad, la comunicación e incluso la espiritualidad, entran a desempeñar un papel importante como elementos y factores que determinan la condición psíquica, biológica, cognitiva y social de una persona de su proyecto ético de vida que consiste, según Tobón (2012),

En el proceso por el cual el ser humano vive buscando su realización personal y actúa para fortalecer el tejido social, generar convivencia, promover el desarrollo económico, lograr la calidad de vida en la sociedad, desarrollar la cultura, tener una sana recreación y asegurar el equilibrio y la sustentabilidad ambiental y ecológico. (p.5)

Concebir la atención en salud a partir de la integralidad del ser humano y de su proyecto ético de vida ofrece visiones alternativas para entender que las alteraciones de la salud, su tratamiento, prevención y manejo se encuentran vinculadas a una multiplicidad de causas o de factores.

La aspiración de bienestar es proporcionar al individuo una atención integral durante todas las etapas de la vida para disminuir los impactos del medio y consecuentemente las alteraciones de la salud, promoviendo el avance de las investigaciones, el desarrollo de la tecnología y el cambio de concepciones en la participación de las profesiones de la

³Los enfoques tradicionales de la enfermería son aquellos que centran la atención en un único aspecto de la práctica asistencial o que la reducen a una relación de causalidad, en la que interviene el profesional y el paciente, incluyendo otros factores, asuntos y necesidades humanas. En este sentido, históricamente se ha hecho referencia a la enfermería centrada en el cuidado, enfermería clínica, promoción de la salud, entre otras.

salud, la cual ha pasado de una práctica liberal e individualista a un ejercicio institucional e inter-profesional (Arroyo, 2000).

Estas observaciones son esenciales para situar el discurso del encuentro, porque se intenta encontrar con los participantes los problemas que, desde su visión personal, afecten la práctica asistencial desde una concepción integral de la atención. Esto es pertinente si se tiene en cuenta que la Assbasalud es una institución del Estado, que, al brindar los servicios básicos de salud, posee amplios niveles de cobertura en sectores muy heterogéneos de la población atendida. Estos puntos orientadores pueden inscribirse en los momentos que se describen a continuación y que corresponden a cada componente del encuentro: despliegue lógico, problematización, multicausalidad y alternativas relacionales. Como se puede apreciar, se cambia el orden instaurado en el diseño del árbol de problemas, considerando que iniciar el encuentro con el despliegue lógico es útil para generar masa crítica en el proceso de indagación.

En el primer encuentro la investigadora asume el papel de facilitadora y conduce el desarrollo del mismo, sin imponer ideas o dirigiendo arbitrariamente la discusión. Se encarga de consignar los resultados de autorreflexión y la reflexión grupal de las diferentes partes del *árbol* y en un momento determinado incluir preguntas para destrabar la sección, hacer más fluida la conversación y evitar que los participantes dispersen la temática tratada.

Cada estamento participa en el encuentro de manera independiente, en espacios de tiempo diferentes y fechas sugeridas por ellos mismos. Como se trata de grupos pequeños, se insiste en la participación individualizada, de tal forma que cada uno pueda expresar sus opiniones y construir sus argumentos. Se sugiere a cada interesado en el compromiso para asistir a todos los encuentros porque al final en el análisis de resultados se tendrán en cuenta solamente la conceptualización efectuada por el 100% de los participantes.

En el despliegue lógico las anotaciones se consignan en el tronco del árbol, el material audiovisual es solamente un recurso para generar procesos de pensamiento retroactivo y sistémico, por lo tanto, el uso de este pertenece a la esfera decisoria y participativa de los participantes. La problematización deber ser argumentadas desde el saber disciplinario o la experiencia profesional del funcionario. En el caso del estamento comunitario, tendrá valor informativo la observación que tienen de Assbasalud, el conocimiento adquirido desde su funcionamiento y la narrativa desde sus propias experiencias.

En la selección de alternativas relacionales, la investigadora proporciona elementos para que se den rupturas epistemológicas, es decir, aperturas a nuevas ideas y formas de resolver los problemas. Puede introducir

interrogantes, reforzar los comentarios sin mostrar parcialidad o simplemente plantear supuestos para conducir la discusión por el camino apropiado.

Los productos esperados, son instrumentos que sirven de insumo para el análisis de la información, estos deben ser validados y aprobados por los participantes a través de consensos, cada uno firmará un consentimiento informado en el que autorizara las formas y usos de la información como también los conceptos que surgen en el desarrollo de cada encuentro.

3.3.7.2. *Persona humana una integración sentipensante*

El vocablo sentipensante es tomado del escritor Eduardo Galeano en su obra *El libro de los abrazos*, en el cual se rinde homenaje a los pescadores de las costas colombianas. De acuerdo con Fals-Borda (2009) esta expresión se refiere a “es también el hombre sentipensante que combina la razón y el amor, el cuerpo y el corazón, para deshacerse de todas las (mal) formaciones que descuartizan esa armonía y poder decir la verdad” (p.10). Se incorpora a los análisis de la *práctica asistencial*, porque plantea la idea de un hombre que es un ser integral, pero que en la rutina diaria de una clínica como Assbasalud, siempre estará anteponiendo sus sentimientos y emociones, haciéndolos visibles en las diferentes circunstancias que demandan los procesos de atención, sentir, pensar, conmovirse y sorprenderse; son actitudes en los que se pueden encontrar profesionales, pacientes y personas que intervienen en el día a día de estos centros hospitalarios.

La palabra sentipensante tiene hondas raíces socioculturales, ligadas a la profundidad de la sabiduría popular del hombre común y corriente que pesca en las playas del país, inmerso en una realidad medio ambiental que refleja los rasgos característicos de un trópico en permanente ebullición, de una imaginación recursiva, de una sensibilidad cosmológicamente diversa. Galeano (2000) resalta: “Sabios doctores de *Ética y Moral han de ser los pescadores de la costa colombiana, que inventaron la palabra sentipensante para definir el lenguaje que dice la verdad*” (p.89).

En esta reflexión queda plasmada la intensión de este encuentro, que no es solamente la de efectuar un recorrido por teorías o prácticas mecanicistas de reproducción del conocimiento y el saber enfermero, sino que se trata de una búsqueda de las construcciones sentipensantes de los profesionales y de los integrantes de la Asociación de Pacientes con respecto a sus modos particulares de ver la realidad de Assbasalud, como verdades que se comparten en uso de racionalidad abierta que propende por la emergencia de saberes transdisciplinares.

La persona sentipensante es para Galeano (2000) alguien capaz de unir los actos, las palabras y los pensamientos en un acto simultáneo

de decir lo que se piensa y hacer lo que se dice. Esto es la exigencia del segundo encuentro en el que los participantes ya han hecho un recorrido por el hombre como ser integral, pero necesitan afirmarse en los compromisos con la verdad que resulta de la conversación fluida y la aplicación de los principios de la transdisciplina. Por esta razón, el diálogo y la deliberación abierta deben ser los pilares que promueven un abordaje de los diferentes momentos del árbol de problemas, en el que la autorreflexión y la autoestructuración del saber y del conocimiento hallen visible una subjetividad estructurada de cada participante y no una imposición *arbitraria del investigador*.

En el segundo encuentro es importante que el despliegue lógico motive una opinión libre y autónoma de cada participante sobre el significado que para ellos tiene la relación emoción y razón en el contexto de lo asistencial de la práctica clínica. La utilización del recurso didáctico del tarjetero permite localizar las opiniones en el tronco del árbol, de tal forma que cada uno de los participantes pueda leer la opinión del otro y así propiciar un intercambio muy expresivo. Solamente se responde una pregunta, evitando así desgaste o saturación conceptual en el desarrollo de esta primera parte del encuentro.

El hecho que la problematización parta de la escritura de las opiniones en el tarjetero es muy importante porque crea confianza y mayor integración entre el grupo de participantes. Esta dinámica da la posibilidad de ampliar la argumentación de los problemas que se enuncien, porque cada uno tendrá la oportunidad de exponer sus propias razones.

La interdependencia de las causas de los problemas tiene como propósito en este encuentro buscar razones en común y a través de los consensos democráticos, por otro lado, generar la capacidad de síntesis, integración conceptual y diálogo compartido para establecer causas que estén en la raíz de problemas comunes. Esta es una vía adecuada para encontrar alternativas relacionales de solución a los problemas, en donde cada estamento aportará su visión, saberes construidos y experiencias particulares.

3.3.7.3. *Visión holística de la dignidad humana en la práctica asistencial*

En el tercer encuentro, el concepto de dignidad en la atención de paciente se plantea a los participantes como una opción alternativa para asumir una especie de “cuidado transversal” en el que la interacción entre el profesional de la salud y sus pacientes integre holísticamente al ser humano en todas sus dimensiones como una persona singular sentipensante. Sobre este tópico de indagación Watson (2009) opina:

La Interacción enfermera-paciente define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la

acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana. (p.472)

El acto de cuidar es, por tanto, una dimensión significativa de la dignidad humana, con implicaciones axiológicas, éticas y morales. La atención es integral en la medida que los profesionales, pacientes y familiares sean asumidos como personas dignas, merecedoras del respeto, la consideración y la estima en cualquier circunstancia del proceso de gestión de los cuidados y preservación de la salud o manejo de la enfermedad.

En la práctica asistencial la dignidad humana pone a prueba la capacidad de los profesionales en salud para situarse desde la contextualidad personal de los pacientes que atiende en su día a día; de otra parte, compromete en igual medida el modo como el paciente puede en determinado momento vulnerar esta condición en el profesional que lo atiende. De ahí que este concepto deba someterse a una visión holística en la que se integre sistemática, inter y recursivamente (de manera interdependiente), las visiones que cada uno de los estamentos pueda concebir al respecto. En este tópico de indagación conjunta una dimensión ampliamente filosófica y humanista de lo que infiere atender integralmente en la dignidad humana, así queda evidenciado en palabras de Gómez (2008):

Definir y delimitar desde una mirada filosófica lo que significa la dignidad humana y sus acepciones es una tarea fundamental puesta que lleva a un escenario no solo filosófica si no también político, social, jurídico, científico con todas sus consecuencias en el ámbito sanitario. (p.21)

Queda claramente establecido que la dignidad, al verla holísticamente, asume una perspectiva transdisciplinar porque pone en la atención integral y la práctica asistencial un punto de encuentro entre los derechos humanos, los principios de la ética profesional, los impactos de la acción política, las tendencias socioculturales que predominan en una comunidad y muchos otros conocimientos y saberes que de alguna manera entran en diálogo ecológico al construirse una circunstancia específica, donde actúan profesionales, pacientes, etc. Por esta razón, "cabe recordar que, en los códigos deontológicos de las distintas profesiones, y en especial, en los sanitarios, el término dignidad está presente" (Gómez, 2008, p.22).

Buscando las dimensiones prácticas de la dignidad humana, confrontando holísticamente las miradas de los profesionales y de los pacientes, en el tercer encuentro el árbol de problemas ayuda a configurar de un modo más específico las problemáticas asociadas al proceso de atención integral en Assbasalud, relacionando sistemáticamente el concepto de ser humano integral y de persona sentipensante abordado en los encuentros anteriores.

En este encuentro se proyecta una posibilidad de lograr mejor integración, confianza y conversación entre los participantes. La utilización de la figura humana en el despliegue lógico es un recurso didáctico y pedagógico, que tiene como propósito relajar el momento de la discusión y presentar un ser humano que integralmente visualiza el concepto de dignidad; por tratarse de una visión holística, cada estamento en sus cinco ideas expresa el modo de aproximación a esta.

La posibilidad que se les brinda de matizar la silueta con rasgos personales es una opción voluntaria, pero que podría aportar algunos elementos para el análisis, sobretodo, aquellos referidos a la expresividad y gestualidad que circula en la práctica asistencial diaria y que no siempre se hace explícita en algunos procesos de investigación.

En la problematización es muy importante que el participante pueda argumentar sobre el trabajo realizado con la figura humana, justificar las razones que pueden ser originadas en diversas circunstancias de la práctica asistencial. La búsqueda de interdependencia entre las causas debe ser un ejercicio reflexivo que se realiza diariamente, mientras que el enunciado final de una alternativa relacional para solucionarla tiene un giro interesante en este encuentro. Se trata de pedirle a cada uno su compromiso con la dignidad humana, en el tratamiento de los procesos de salud y enfermedad de la Clínica; aquí no se generaliza porque se intenta particularizar una visión subjetiva.

3.3.8. *Árbol de decisiones*

Esta técnica es complementaria de la anterior, propicia un clima de interlocución mediante el cual el equipo de trabajo y la investigadora reflexionen sobre las acciones que deben ser seleccionadas para darle solución a la situación del problema, enriqueciendo de este modo la segunda fase intermedia dentro de la etapa de definición de perspectivas. El empleo de la metáfora del árbol continúa movilizandando las ideas de los profesionales y los pacientes, sobre las cuales se construyen las posibles alternativas de solución a las causas y consecuencias que se determinan como generadoras de dicha problemática. El diálogo, la retroacción, la apertura, la tolerancia y el rigor son actitudes que desde la transdisciplina deben asumirse en la orientación de dichos procesos de reflexión.

3.3.8.1. *Fundamentación*

Desde el punto de vista metodológico, el árbol de decisiones es una técnica de aprendizaje, que como su nombre lo indica, propone un escenario de participación para que los actores involucrados identifiquen diferentes alternativas relacionales de solución al problema establecido con el *árbol* de problemas. Todo esto partiendo de una definición de la

perspectiva que los pacientes y los profesionales tienen de las variables implicadas en la práctica asistencial de la institución.

La propuesta de árbol de decisiones le da importancia a la representación gráfica de los elementos y aspectos que se involucran en el proceso de reflexión, así lo expresan Berlanga, Rubio y Vilà (2013): *“Un árbol de decisión es una forma gráfica y analítica de representar todos los eventos (sucesos) que pueden surgir a partir de una decisión asumida en cierto momento”* (p.3).

El grupo de trabajo adquiere una imagen de los sucesos, eventos y situaciones que pueden derivarse al tomar una de las decisiones planteadas para darle solución a los problemas que se identificaron previamente. Lo más importante es mantener la secuencia del trabajo efectuado, como lo afirman Navarro, Garriga y Sánchez (2010): *“El árbol de decisiones es la técnica que permite analizar decisiones secuenciales basada en el uso de resultados y probabilidades asociadas”* (p.1).

Hay tres elementos destacables de lo planteado por Navarro et al. (2010). En primer lugar, debe partirse de un proceso que tiene un carácter secuencial; este se realiza con base en los resultados arrojados por la reflexión surgida mediante el árbol de problemas transdisciplinarios y consecuentemente. Se deben elegir entre distintas alternativas y probabilidades de solucionar el problema que el grupo decidió previamente, a este respecto se recuerda que el grupo de participantes ya ha realizado un recorrido con la investigadora, para lo cual se han identificado tres grandes categorías como tópicos de indagación que se abordaron en los momentos precedentes:

- El hombre como ser integral
- Persona humana una integración sentipensante
- Visión holística de la dignidad humana en la práctica asistencial

En cada uno se proponen alternativas relacionales de solución, de todo este proceso se generan diferentes resultados cualitativos, los que son el insumo para que la investigadora devuelva la información al grupo de trabajo y esta se constituya en un caudal de conceptos que posibilitan la toma de una determinada decisión de una o varias alternativas de solución relacionales.

Ahora, el interés está centrado en elegir correctamente lo que equivale a tomar una buena decisión en cuanto al curso de acción que debe seguirse para profundizar en el análisis de los problemas que se han identificado, en este sentido, Valdivieso, Valdivieso y Valdivieso (2011) afirman:

El árbol es una excelente ayuda para la elección entre varios cursos de acción. Provee una estructura sumamente efectiva dentro de la cual se puede estimar cuáles son las opciones e investigar las posibles

consecuencias de seleccionar cada una de ellas. También ayuda a construir una imagen balanceada de los riesgos y recompensas asociados con cada posible curso de acción (p.150).

Se encuentran varios aspectos para darle relieve, los cuales son fundamentales en el trazo de un curso de acción que sea compartido por los participantes y la investigadora. Es relevante no perder de vista que la investigación trae una estructura y una secuencia sin la cual no es posible alcanzar resultados exitosos. Por lo tanto, el grupo debe quedar con criterios claros en cuanto a la estimación de las opciones que posiblemente van a implementarse para darle solución al problema identificado como direccionador de los esfuerzos para lograrlo. Es probable que todas las alternativas relacionales que se hallan identificado no sean factibles, aplicables y viables, razones suficientes para detenerse en un análisis cuidadoso de los riesgos y las consecuencias que se derivan al elegir una u otra opción.

Las opciones tomadas dan al grupo recompensa, estímulo o incentivo, entendiendo que estos no estarán en un marco de contraprestación económica, sino que se movilizan en las esferas de gratificación subjetiva asociadas al crecimiento personal, el desarrollo profesional y el mejoramiento de las relaciones entre los funcionarios y pacientes e incluso sus familiares en el contexto de la práctica asistencial. Este modo de asumir el incentivo o la gratificación es consecuente con la orientación transdisciplinaria de la propuesta de investigación, porque como se dijo en la fundamentación del árbol de problemas, es muy importante que los participantes experimenten un trabajo en el que la interdependencia, la recursividad, la retroacción y el abordaje sistémico de los problemas pueda visibilizarse en los diálogos y debates de todos los encuentros.

Otro elemento de fundamentación tiene que ver con la adaptabilidad que el árbol de decisiones posee a un problema conjunto de decisiones en las que intervienen múltiples dimensiones, sobre el cual es importante construir masa crítica acerca de sus conceptos o datos; de este planteamiento Sánchez (2006) puntualiza: "Se ha demostrado que los árboles de decisión son eficaces cuando es necesario describir problemas con más de una dimensión o condición. También son útiles para identificar los requerimientos de datos críticos que rodean al proceso de decisión" (p.2).

En el área de la salud los problemas son multi-dimensionados y por esta razón el árbol de problemas se concibió desde una perspectiva multi-causal, en la que intervienen diversas dimensiones y elementos de la realidad. La masa crítica se construye cuando los participantes son capaces de identificar opciones que como alternativas de solución puedan ser aplicables desde su esfera de posibilidades subjetivas y en función de las circunstancias concretas de realidad en las que está inmersa Assbasalud. Este es un paso muy válido para que simultáneamente los

funcionarios y los pacientes definan la perspectiva que predomina para la atención integral en salud en la institución.

3.3.8.2. *Diseño*

A diferencia del árbol de problemas transdisciplinarios, en este caso los elementos que constituyen la base conceptual de la raíz, el tronco, las ramas y las hojas adquieren denominaciones: nodo problémico, nodo de alternativas relacionales, nodo de decisiones y nodo decisión de decisiones. El anexo 5 muestra la imagen de cómo se concibe el árbol y la distribución de estos elementos.

La utilización del concepto nodo se justifica por su riqueza y aplicabilidad al proceso dialógico que se propone en la reflexión con el árbol de decisiones, partiendo de una definición inicial según la cual

Un nodo es un punto o espacio en diversas disciplinas en donde confluyen varios otros puntos en interrelación. Se le llama nodo en la ciencia y otras disciplinas al punto real o abstracto en donde se reúnen las distintas partes de una conexión para comunicarse entre sí. (Vergara, 2008, p.2)

Las palabras interrelación, conexión y comunicación son claves para entender que el concepto nodo es altamente significativo y potenciante desde la posibilidad de construir aptitudes transdisciplinarias como el rigor, la apertura y la tolerancia. Por tratarse de una metáfora que presume espacios reales o abstractos de diálogo se ajusta metodológicamente a los principios de interdependencia, recursividad, retroacción y organización sistémica de los conocimientos que sirven de punto de apoyo para producir un trabajo en grupo dinámico y que genere propuestas alternativas de solución.

Esta forma de concebir el árbol de decisiones plantea una discusión que sea propositiva, en la que el curso de acción pueda proyectarse sobre los parámetros de viabilidad, factibilidad y aplicabilidad que se han mencionado.

Los nodos del árbol de decisiones tienen como característica la movilidad y la flexibilidad de este modo, se propicia un clima de diálogo ágil y participativo, en el que se viabilizan las condiciones para establecer interdependencias, enlaces, ideas recursivas y retroactivas acerca de la importancia de esta adaptabilidad del nodo. La RAE (2002) entrega la siguiente definición:

Es un esquema o representación gráfica en forma de árbol, cada uno de los puntos de origen de las distintas ramificaciones. Cada uno de los puntos que permanecen fijos en el cuerpo vibrante o un movimiento ondulatorio. En una cuerda vibrante son siempre nodos los extremos, y puede haber varios nodos intermedios.

Es indudable que el esquema de árbol asumido como nodo facilita que los puntos de origen, en este caso enunciados, opiniones y conceptos en la conversación y el diálogo, puedan fluir de una manera libre e incluso aceptando la condición de posición entre algunos argumentos o explicaciones. Esta idea es básica porque la discusión no puede ser restringida, el debate limitado y el pensamiento condicionado.

Está claro que permanecerán algunos puntos fijos, es decir, aquellos sobre los cuales se alcance consenso y se tome alguna decisión de decisiones; no obstante, los participantes deben expresar sus opiniones y mantener un activo intercambio de estos. La idea de generar movilidad es útil para entender que los nodos son puntos de encuentro de distintas formas de ramificación, lo que equivale a pensar en respetar la experiencia y el conocimiento disciplinar de los actores involucrados en el proceso, pero tratando de establecer puntos intermedios o de equilibrio sobre los cuales sea posible avanzar en el curso de acción y estimar la importancia de una alternativa con respecto a la otra.

3.3.8.3. *Procedimiento de aplicación*

La implementación del árbol de decisiones trae consigo un ejercicio de participación y aprendizaje cooperativo en el que el grupo de trabajo tendrá que decidir el curso de las acciones siguientes en el proceso de investigación, tomar una decisión no es tarea fácil, demanda un gran esfuerzo por parte de los participantes, quienes deben priorizar de un espectro de alternativas relacionales que se han organizado previamente en la etapa intermedia de árbol de problemas.

La decisión de decisiones es el punto culminante de este encuentro porque marca los distintos niveles de acción y compromiso que los participantes asumen para continuar con su proceso de capacitación y autoformación; se recuerda que los encuentros previos se abordaron conforme a los principios de la complejidad aplicados a los fortalecimientos de actitudes transdisciplinarias, pero el equipo de trabajo todavía no ha sido informado acerca de las implicaciones de este nuevo concepto.

3.3.8.4. *Nodo problémico*

El árbol de decisiones corresponde a un momento de reflexión y de diálogo complejo y transdisciplinar en el que los funcionarios de Assbasalud y los pacientes interaccionan con un doble proceso de aprendizaje. En el primer paso participan en la socialización de los resultados obtenidos mediante la aplicación del árbol de problemas transdisciplinarios, aquí la investigadora efectúa una reseña de los encuentros anteriores y socializa los insumos derivados del análisis de la información obtenida. El segundo paso consiste en presentar al grupo un problema que integra las tres problemáticas principales que fueron identificadas por este, a partir de las reflexiones efectuadas con

respecto a los tres tópicos de indagación que sirvieron de base para el despliegue lógico en el árbol de decisiones; se trata de un problema que sintetiza los resultados del proceso de diálogo y de conversación con base en las tendencias y orientaciones predominantes de discursos anteriores.

Al realizar estos dos pasos, producto del mismo momento de reflexión, la investigadora socializa con el grupo de trabajo un nodo problemático en el que aparece el problema integrador y seis posibles alternativas relacionales que el mismo grupo seleccionó en los encuentros para implementar el árbol de problemas transdisciplinares; esta información queda formando parte de la raíz del árbol para indicar la importancia que tiene tomar una buena decisión, partiendo de la correcta selección de las alternativas correspondientes al problema identificado.

3.3.8.5. Nodo de alternativas relacionales

Cumplido el momento anterior los participantes reciben tres figuras geométricas: el cuadrado, el triángulo y el círculo, todas con el propósito de generar una atmósfera de motivación y asertividad para disponer el ánimo y los esfuerzos en la selección adecuada de las alternativas relacionales. El grupo tiene en frente un nodo problemático con seis alternativas relacionales posibles para su solución, de las que la conversación fluida, el debate abierto y el consenso conducen a la selección de tres que cumplen con los criterios de viabilidad, factibilidad y aplicabilidad en la Clínica Assbasalud.

Las figuras geométricas tienen un valor numérico asignado: cuadrado 3, triángulo 2, círculo 1; estos valores son arbitrarios y asignados previamente por la investigadora. El participante lee el problema integrador y sus seis posibles alternativas relacionales, y situado en la realidad de la Clínica decide cuál de las seis es para él la que mejor responda a las necesidades de solución existentes, teniendo en cuenta que su compromiso y participación en este proceso es pertinente y relevante. En su orden proyectará una segunda y una tercera alternativa, que sin ser tan alcanzable y aplicable como la que obtiene el mayor puntaje, podrían en determinado momento ser tenidas en cuenta para la solución de la problemática integradora.

En el tronco del árbol correspondiente al nodo de decisiones aparecen las seis alternativas sin numerar para no viciar el proceso reflexivo y en frente tres columnas con espacios para ubicar los cuadrados, triángulos y círculos que reciban como parte de la votación efectuada por los participantes. La última columna es un espacio que posibilita efectuar una sumatoria de los puntajes asignados.

Antes de ubicar las figuras geométricas en el tablero la investigadora lee las alternativas teniendo en cuenta el orden de los puntajes (3, 2, 1). Hasta ahora la selección de figuras ha sido un proceso de autoestructuración

personal del conocimiento en el que cada participante decide por sí mismo y en función del desarrollo de sus capacidades autorreflexivas y críticas.

Para finalizar con el nodo de alternativas, la investigadora asigna a cada alternativa el número de figuras que obtuvieron en el proceso de valoración y de selección, posteriormente se suman los valores logrados por las diferentes alternativas relacionales y se determinan las tres que consiguieron los porcentajes más altos.

3.3.8.6. *Nodo de decisiones*

En las ramas del árbol aparece un título que identifica que este escenario está destinado para el nodo de decisiones. La Jerarquización realizada en el nodo de alternativas deja como resultado tres de estas con un mayor puntaje que las otras a partir del proceso autorreflexivo y autoestructurador que se llevó a cabo en los dos momentos previos.

Las tres decisiones se ubican en las ramas del árbol sin seguir un orden previo o riguroso. El grupo tiene tres decisiones sobre las cuales debe deliberar para tomar una sola decisión de decisiones, en este punto se genera un espacio deliberativo y de conversación en donde se debe llegar a consensos con respecto a cuál de las alternativas de decisión elegidas genera un tipo determinado de consecuencias y de beneficios tanto para la institución como para el crecimiento personal y el desarrollo profesional de los participantes.

Es preciso considerar que las decisiones implican costos, adecuaciones logísticas e inversiones, las que en este tipo de reflexión no tienen ninguna probabilidad de ser asumidas por la investigadora, los funcionarios o los pacientes; por esta razón, la decisión de decisiones que se tome pertenece a una esfera de subjetividad vocacional y compromiso de los participantes que decidan autónomamente seguir participando en el proceso de investigación.

3.3.8.7. *Nodo decisión de decisiones*

Es el momento culminante de este proceso reflexivo, en el que solamente se ha priorizado una alternativa de decisión. Esto se hace sin asignar valores, ni empleando el sistema de votación para aprobar o desaprobar un consenso; el mecanismo es el de la deliberación, el diálogo y la conversación, incentivando a cada participante para exponer razones y argumentos, ya sea desde su formación académica, experiencia profesional o simplemente de la vivencia cotidiana y la observación de la realidad institucional.

Al tomar la decisión de decisiones se promueve una discusión para definir qué perspectiva de atención se tiene en la Clínica Assbasalud. Esto es muy importante porque de la correcta *conceptualización* que se

realice, depende en gran medida del desarrollo exitoso de las acciones siguientes y la solución del problema de investigación planteado. El acuerdo al que se llegue es fundamental para una evaluación de la variable práctica asistencial, en la que interviene aspectos tan importantes como la relación profesional-pacientes, el buen trato y el cuidado integral como componentes de la gestión de la salud en la Assbasalud.

3.3.9. *Seminarios de formación transdisciplinar*

Esta es una técnica que, según Chamorro (2010) promueve el debate, la discusión y el intercambio de opiniones para analizar determinados temas e informaciones y también para darle solución a los problemas predeterminados en la fase anterior. En Assbasalud los profesionales están acostumbrados a participar en seminarios, reconocen su dinámica de planificación y la institución dispone los espacios y los tiempos cuando organiza su cronograma anual de actividades. El ingrediente novedoso en este caso es la incorporación de las temáticas alusivas a la transdisciplina y a sus actitudes, con base en las cuales se desea profundizar para mejorar la práctica asistencial.

Como técnica para la recolección de la información y la formación del equipo de trabajo, ofrece múltiples ventajas las cuales son señaladas en los siguientes términos: “El seminario de investigación es una estrategia para aprendizaje activo, donde los participantes deben buscar por sus propios medios, la información en un clima de recíproca colaboración” (Chamorro, 2010, p.1).

La idea de aprendizaje activo y colaborativo es la que enriquece el desarrollo temático de la formación transdisciplinar, construyendo un clima de confianza y reciprocidad para establecer acuerdos democráticos y organizar un conocimiento que conjunte las perspectivas personales y reorganice los conceptos acerca del ejercicio transdisciplinar en la cotidianidad práctica de la atención clínico-asistencial del centro de salud.

Los siguientes párrafos describen y explican los conceptos en los que se fundamenta el seminario, el tipo de actividades que se implementan para motivar la indagación y explorar nuevos pre-saberes, asimismo, la forma como se adelantan las acciones de investigación que se tienen en cuenta para aplicar en el campo de la práctica los presupuestos epistemológicos y metodológicos que lo fundamentan.

3.3.9.1. *Fundamentación*

La idea inicial del seminario aplicado como técnica de investigación es la de un viaje hacia una aventura del conocimiento que se comparte, donde es posible entretejer, anudar y poner en práctica la reflexión en la diversidad; es una estrategia de aprendizaje activo en la que

la colaboración, la reciprocidad y el estudio personal y colectivo se conjuntan para potenciar capacidades cognoscentes de análisis, comprensión y apropiación de la realidad.

La RAE (2002) propone una amplia definición de la palabra seminario, de las cuales interesa profundizar en las siguientes:

- Perteneciente o relativo a la semilla.
- Semillero de vegetales.
- Clase en que se reúne el profesor con los discípulos para realizar trabajos de investigación.
- Organismo docente en que, mediante el trabajo en común de maestros, discípulos, se adiestran estos en la investigación o en la práctica de alguna disciplina.

Estas conceptualizaciones básicas sugieren que el seminario de formación transdisciplinaria es un espacio de interacción entre personas y un escenario de integración de saberes; las connotaciones de semilla o semillero indican que previamente se han sentado las bases para llegar hasta este punto y que lo más importante es que florezcan nuevas percepciones y conocimientos. La noción de maestro y discípulo para investigar conjuntamente remite a la naturaleza vivencial, formativa y transdisciplinaria en la organización del seminario.

Desde otra perspectiva, “seminario”, del latín *seminarius*, es una clase o encuentro didáctico donde un especialista interactúa con los asistentes en trabajos en común para difundir conocimientos o desarrollar investigaciones (RAE, 2002). Se resalta la palabra encuentro para realizar un trabajo o investigación en común empleando la didáctica como el medio porque potencia la participación, el viaje de intelecto y la aventura compartida hacia saberes reintegrados, asociativos e incluyentes.

Desde el punto de vista de la investigación que se realiza, y para fines de planeación y ejecución del seminario, es importante considera que

Concretamente podemos establecer que el sentido de la puesta en marcha de cualquier seminario es que los asistentes al mismo entren de lleno y a fondo en una materia concreta. Pero no solo eso, sino que además estudien la misma desde un punto de vista mucho más práctico que será el que se convierta en una herramienta de gran ayuda profesional para los mismos. (Rekalde, Martínez y Marko, 2012)

Lo anterior significa que como estrategia de aprendizaje el seminario potencia acciones prácticas que aproximan a los participantes con el objeto de estudio y simultáneamente afirma en ellos sus capacidades para pensar autónomamente y develar nuevas comprensiones con respecto a la materia tratada; en este caso los insumos cognitivos para el trabajo han sido generados con el mismo grupo y sobre estos se

construyen analíticamente nuevas percepciones en las que se concretan las perspectivas de atención como lo que se espera debe fortalecerse en un marco operacional transdisciplinario para mejorarla en términos de calidad, integralidad y humanización.

En la dinámica metodológica del seminario lo más importante es asegurar que los entornos colaborativos y de reciprocidad favorezcan la reintegración de los saberes para buscar un conocimiento socialmente apropiado, teniendo en cuenta que la dimensión social del conocimiento no alcanza solo a la persona, sino también a la propia organización (Gros, 2004).

Esto es de suma relevancia porque este modelo de trabajo interestamental le propone a la Clínica nuevas formas de acción transdisciplinar para que comunidades de pacientes, redes de apoyo familiar y profesionales de la salud incorporen en su cultura organizacional prácticas dialogantes de comunicación interretroactivo, sistémica e interdependiente.

Otro aspecto que hace interesante el seminario es la incorporación de las actitudes transdisciplinares que son definidas en el artículo 14 del *Manifiesto de la transdisciplinariedad* de Barasab Nicolescu.

A partir de estas se generan las condiciones de implementación, en las que el aprendizaje, la interacción social y la conversación se vinculan metódicamente siguiendo la construcción nodal con la que se cerró el ciclo de los encuentros de árbol de problemas y de divisiones transdisciplinares.

La trayectoria propuesta desde el seminario se asume desde Bourdieu (1966) como un campo de creación, en el que la investigadora y los participantes se miran frente a frente, y al mismo tiempo buscan otras miradas acerca de una práctica asistencial a la que ya se le ha definido su perspectiva. Ir y venir es la característica de una ruta de decisión que, a modo de entretelado conceptual, cruza los hilos invisibles de caudales cognitivos, afectivos, emotivos y culturales que están presentes en la formación y experiencia de los profesionales, y de los pacientes. Esta es una convergencia que en la diversidad se enriquece y en la acción propia de la dinámica del seminario fortalece las capacidades para pensar, comprender, analizar y recorrer en solidaridad diferentes territorios de sabiduría y de conocimiento.

3.3.9.2. *Diseño*

El seminario se planifica con base en una secuencia organizada e integrada de actividades, buscando crear ambientes de aprendizaje a partir de relaciones nodales; esto implica proponer circuitos psico-socio-afectivos potenciados por la conversación y el desarrollo de escrituras propias por parte de cada uno de los participantes. La secuencia es transdisciplinar en la medida que genera hilos de

conducción integrada, sistémica e interretroactivos para el abordaje de las temáticas y el despliegue de los argumentos.

Este diseño se articula en tres momentos ajustados al principios de interdependencia, que para Morin (2007) conlleva fortalecer la capacidad de relacionar en un modo planetario, en dos sentidos paralelos y significativos; el primero referido a las relaciones que cada persona establece entre su pensamiento, sus conceptos y sus capacidades para expresarse, mientras el segundo remire a las internaciones y conectividades que se propician entre los mismos sujetos a modo de inter e intra-conectividad que garantiza la afectividad la dialogicidad y el clima de trabajo productivo y solidariamente comprometido.

Los momentos al conceptualizarse como interdependientes, desafían a elevar los niveles de relación entre todos los participantes y con todos los contenidos y diálogos que surjan como parte de la discusión y la deliberación. Morin (2007) enfatiza esta aseveración cuando dice: "Debemos pensar la interdependencia en todos los ámbitos, incluida la relación compleja entre las partes y el todo" (p.45).

Es una relación de complejidad, a partir de la cual el seminario se asume como un todo interactuante con las partes, pero sin pretender yuxtaponer ideas, conceptos, argumentos o deliberaciones; el sentido de interdependencia es fluido, libre de imposiciones y condicionamientos para proponer espacios de aprendizaje activos y eficaces en la producción de conocimiento reintegrado. Esto es una condición sin la cual los momentos en los que se estructura el diseño del seminario no pueden acceder a instancias de cruce de visiones socio-afectivas y emotividades disímiles. La empatía es otro factor que libera los potenciales de pensamiento y de acción para que se propicien los circuitos nodales que garantizan un desenvolvimiento eficiente de las comprensiones y las reflexiones colectivas.

3.3.9.3. *La indagación*

La indagación en el seminario es una estrategia que se propone para abrir horizontes de comprensión, motivar la participación y conectar a los actores de la salud con el logro de las metas previstas,

Se conceptualiza la estrategia de indagación como el instrumento y procedimiento adaptativo o conjunto de ellos, encaminados a la consecución de una meta que, en este caso, es buscar rutas procedimentales que conlleven a los docentes y estudiantes a construir y de-construir el propio aprendizaje en investigación. (Camacho, Casilla y Finol, 2008, p.286)

Es válido resaltar la noción de construcción y deconstrucción porque en este primer momento del seminario los participantes deben establecer puentes de comunicación entre los saberes que se

han venido construyendo y los nuevos aprendizajes que se generan fruto de la fertilidad metodológica de la reflexión. Ellos han venido de-construyendo y construyendo sus perspectivas sobre la práctica asistencial y es en este momento donde se enfrenta a un proceso deliberativo para concretar sus conceptualizaciones en una propuesta de marco operacional con actitudes transdisciplinarias, que es una opción epistemológica y metódica para solucionar parcialmente la problemática que sirvió de punto de partida para la investigación. La indagación produce un efecto bisagra, es decir, une y conecta los encuentros anteriores con un seminario en el que aparece el concepto de transdisciplina explícitamente, y sobre este se despliega una acción reflexiva para reintegrar el saber que cada participante ha configurado desde su propia experiencia y formación; se aclara que la noción teorizada de transdisciplina sobre la que indagan los participantes la han trabajado implícitamente desde el primer encuentro, porque las temáticas sugeridas como categorías de análisis se consideran inmersas en los profundos territorios de la complejidad y la perspectiva transdisciplinaria. Estos argumentos son los que revisten la indagación como una instancia en la cual el mundo de la comprensión se repliega para acceder a los distintos ámbitos que comporta el mejoramiento de la práctica asistencial en el escenario vital de la Clínica Assbasalud.

Indagar es una acción metodológica que restituye el valor de la sensibilización y la motivación como aspectos fundamentales para predisponer el ánimo, incentivar la producción y promover el aprendizaje colaborativo; de ahí que la investigadora propondrá dos materiales audiovisuales que tiene como finalidad elevar el ánimo y preparar las mentes y los espíritus para que se construyan estos entornos de fertilidad analítica y comprensión cognitiva.

Otra finalidad de este momento es ahondar en la determinación de pre-saberes, los que se retroalimentan en los procesos de reflexión y de comprensión que se proponen para el seminario. Con respecto a estos conocimientos es preciso puntualizar que desde el primer encuentro para conocer el árbol de problemas transdisciplinarios, se ha respetado el saber acumulado por el profesional o el paciente, entendiendo que de este modo las dimensiones sociales de la relación entre ciencia y ciudadanía se extiende a los ámbitos de investigación y de estos a las instancias de problematización e institucionalización de nuevos aprendizajes para mejorar las prácticas asistenciales y las relaciones entre los actores de la salud.

3.3.9.4. La profundización

Profundizar en el seminario conduce a los participantes por los recodos que contornean los territorios y la comprensión. Es un acto de pensamiento que fortalece la capacidad de analizar en detalle para reflexionar con agudeza y ahondar en las implicancias de los saberes y conceptos que se proponen para construir una razón argumentativa.

Los detalles, las explicaciones y la toma de posicionamientos con respecto a un asunto es lo que garantiza que la profundización estimule el abordaje crítico de las temáticas y la búsqueda de propuestas que posibiliten un entendimiento de las mismas.

Otro elemento pertinente de este momento tiene que ver con el cierre de brechas psico-sociales y afectivas entre los estamentos que participan en el seminario; en las áreas de la salud no es habitual que los profesionales y los representantes de los pacientes se encuentren en espacios académicos y de producción intelectual. Por esta razón, es tan importante un ejercicio como el que se propone, en el cual la integración transdisciplinar se extiende hacia los vínculos que fortalecen los tejidos intersubjetivos que se entrelazan al conjuntar actores sociales que se desenvuelven en un mismo espacio de relación como el de Assbasalud, pero que desde el punto de vista de la formación disciplinar presentan diferencias significativas.

Es justamente el sentido de integración el que convierte la profundización en una instancia de diálogo conceptual, enlaces afectivos y cruces comprensivos, con el propósito de alcanzar como meta el aprendizaje enriquecido sobre las actitudes transdisciplinarias y el modo de incorporarlas de manera práctica en un marco operacional alternativo a los distintos manuales de procedimientos que se emplean rutinariamente en la institución. El alcance de estas pretensiones puede hacerse empleando distintos medios de aprendizaje y en especial un video que es comprensible y explicativo con respecto a lo que implica la perspectiva transdisciplinaria en la investigación y la socialización del conocimiento científico.

3.3.9.5. Apropriación

El sentido de apropiación dentro del seminario no es otro que el de apropiar un espacio para que cada integrante haga suyo el saber integrado, la perspectiva colectivizada y los aprendizajes adquiridos, es definir líneas de visibilidad en las que los nuevos conocimientos afloran como consecuencia del diálogo en retroacción, interdependencia y recursividad. Apropiar es una invitación a poner el sello personal, derivado de la convergencia cultural que se produce cuando los estamentos cruzan visiones, emociones y comprensiones de la práctica asistencial en el contexto de la realidad institucional.

La interacción social y la integración transcultural es lo que en el seminario propone espacios nodales de vinculación entre las personas que participan en este; dicha convergencia cultural es una condición para crear ambientes interactivos de trabajo y aprendizaje solidario. La interacción social es la que permite que los instrumentos de la cultura, los conceptos, los saberes y experiencias de los participantes sean puestos al servicio del interés colectivo para el logro de la meta propuesta en el seminario.

La apropiación está directamente ligada a la interacción entre pensamiento, lenguaje y cultura. A este respecto, Leontiev (1983) afirma:

El proceso de apropiación realiza la necesidad principal y el principio fundamental del desarrollo ontogenético humano: la reproducción en las aptitudes y propiedades del individuo de las propiedades y aptitudes históricamente formadas por la especie humana, incluyendo la aptitud para comprender y utilizar lenguaje (p.136).

La visión ontogenética es válida para comprender que el momento de apropiación en este seminario está fundado en torno a las personas que expresan sus puntos de vista, a partir de reflexiones que pueden ser orales o escritas, dependiendo de las exigencias sociolingüísticas derivadas en el devenir discursivo de la discusión. Por lo tanto, se acentúa la necesidad de incrementar experiencias democráticas que propicien espacios de conversación fluida y liberada de condicionamientos e imposiciones desde la orientación personal sustentada por cada participante (Vygotsky, 1988).

El escenario de apropiación de lo que pueda producirse en el seminario, es igualmente consecuente con los nuevos modelos de investigación que enfatizan la necesidad de generar espacios de integración entre las ciencias, la cultura y la ciudadanía, de tal forma que fomenten la participación de los ciudadanos en los procesos de producción de la ciencia y la tecnología, y su distribución, uso y apropiación de los beneficios de la innovación (Vigotsky, 1988).

Esta es una propuesta que busca comprometer a los profesionales y a los pacientes con la proporción de un conocimiento que para ellos debe ser útil, aplicable, pertinente, porque mejorar la práctica asistencial en Assbasalud es un objetivo común a los dos estamentos y que sin duda alguna satisface los beneficios técnicos, personales y sociales de atención en salud de un ser humano sentipensante, íntegro, digno y del cual se propone una visión holística.

3.3.9.6. Implementación

La puesta en marcha del seminario conduce a la configuración de las herramientas de aprendizaje y la implementación de actividades que validen la metodología en coherencia con el enfoque transdisciplinar de la investigación; como reunión especializada de naturaleza técnica y académica debe concretar la producción en acciones deliberadas que hagan entrar de lleno a los participantes con la información que circula y con el logro de la meta propuesta.

La implementación garantiza que se generen las condiciones de logística, trabajo y aprendizaje para que los intereses cognitivos y

el mundo emocional se compenetren en espacios convergentes de producción analítica; la fundamentación y el diseño encuentran en la implementación una armazón metodológica que configura en la práctica social y cultural, un esbozo de lo que debe tenerse en cuenta para llevar el barco a feliz término.

La implementación de este diseño operacional depende en gran medida de cómo se incentiven los niveles de integración, compromiso y participación. Las prácticas dialogantes, el respeto por la opinión ajena, la tolerancia en los modos particulares de aprender y la inclusión en la diversidad son razones que garantizan un seminario transdisciplinar en su enfoque de implementación; esto significa que la perspectiva transdisciplinaria debe vivenciarse y no imponerse para que se logren las metas del aprendizaje, mediante el despliegue de las expectativas y los potenciales autorreflexivos de profesionales, pacientes y de la misma investigadora.

3.4. Instrumentos para la triangulación de la información

3.4.1. Cuestionarios con pregunta abierta

3.4.1.1. Diseño

Este es un instrumento de utilidad y pertinencia para analizar opiniones, conceptos, puntos de vista y concepciones que los profesionales de la salud y los pacientes de la Clínica Assbasalud han construido acerca de la práctica asistencial de la institución y de su manejo en el escenario concreto de la relación profesional-paciente. Los cuestionarios se emplean en los dos primeros encuentros del árbol de problemas para determinar algunos pre-saberes que los participantes tienen con respecto a las categorías de indagación que se les propone. Según García (2003) “el cuestionario es un procedimiento considerado clásico en las ciencias sociales para la obtención y registro de datos. Su versatilidad permite utilizarlo como instrumento de investigación y como instrumento de evaluación de personas, procesos y programas de formación” (p.2).

En este caso concreto de la investigación, los cuestionarios tienen un *interés formativo y al mismo tiempo* carácter evaluador, porque a través de estos se pretende conocer lo que cada participante sabe desde la teoría o la práctica acerca del tema tratado en los encuentros.

La pretensión es formular preguntas que generen autorreflexión y autoestructuración de los saberes, por esta razón es importante tener en cuenta lo que plantea García (2003) referente a su diseño: “El cuestionario consiste en un conjunto de preguntas, normalmente de varios tipos, preparado sistemática y cuidadosamente, sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación o evaluación” (p.2).

La determinación de los hechos, la formulación de las preguntas y la organización del cuestionario deben estar en coherencia con los objetivos de la investigación y las variables propuestas para la misma, en este caso de la variable dependiente, representada en la calidad de los servicios de Assbasalud y la variable independiente, representada en la implementación de actitudes transdisciplinaria en la práctica asistencial. Lo que realmente interesa es lograr una comprensión clara de estas sobre la base de lo aportado por los participantes en los procesos de investigación y de este modo garantizar la validez de los cuestionarios para cumplir con la finalidad propuesta, que para Fox (1981) es “obtener de manera sistemática y ordenada, información acerca de la población con la que se trabaja, sobre las variables objeto de la investigación o evaluación” (p.2).

La investigación incorpora dos cuestionarios de tres preguntas abiertas y estandarizadas para conocer lo que cada estamento piensa y conceptúa acerca de dos categorías de indagación:

- El hombre como ser integral.
- Persona humana una integración sentipensante.

Estos dos temas tienen como propósito conocer la perspectiva que los profesionales y los pacientes tienen de la calidad del servicio, desde una mirada de la transdisciplina, si se tiene en cuenta que son dos ejes que, sin presentar el concepto de manera explícita, hacen referencia al mismo implícitamente.

3.4.1.2. Aplicación

De acuerdo con la programación de los encuentros, la investigadora formula tres preguntas que sinteticen las categorías de indagación con base en los objetivos de esta y en la formulación de las variables que pretenden conocerse y evaluarse. Las respuestas deben consignarse por escrito y producirse en un clima de confianza y libertad, sin anteponer presiones, condicionamientos o sugerencias de parte de la investigadora. Lo más importante es lograr que los participantes escriban desde su propia formación, experiencia y visiones que pueden haber construido a partir de la observación de la realidad de la Clínica y de su funcionamiento.

La aplicación de cada cuestionario corresponde a un momento del árbol de problemas en el que se efectúa un despliegue lógico de las dos categorías de indagación; el diálogo, la deliberación y el inter-retroacción son tres elementos transdisciplinarios que deben garantizar la libre expresión de las ideas y el desarrollo de un pensamiento crítico. Es el procedimiento para clasificar, triangular e interpretar los resultados de cada cuestionario.

3.4.2. Grabaciones en audio

3.4.2.1. Diseño

Los encuentros planeados tanto para el árbol de problemas transdisciplinarios como para el de las decisiones, contemplan ciertos momentos en los que los participantes conversaran de una manera fluida, libre y sin ningún tipo de acondicionamiento acerca de las categorías de indagación y de las actividades que en cada uno de estos se les propone. Estas conversaciones son relevantes para lograr compromiso del grupo, sensibilización y, ante todo, generar conceptos y apreciaciones que no es posible hacer con los otros instrumentos, de ahí que sea pertinente y relevante realizar la grabación de audios para capturar adecuadamente la información que se produzca. Sobre la utilidad de este instrumento Mella (2000) dice: “Las grabaciones y transcripciones de las discusiones son la forma más común de convertir las conversaciones del grupo focal en datos analizables” (p.23).

Restituir el valor de la conversación es quizás uno de los aportes complementarios de esta investigación; no puede negarse que para algunas personas es más fácil expresarse oralmente que por escrito. La oralidad se asume como un proceso en el que el diálogo, la inter-retroacción y la interdependencia en los participantes, emerge en el instante mismo de la discusión o el desarrollo de cada uno de las categorías de indagación.

El uso de grabaciones en esta investigación, pese a su utilidad y pertinencia, no puede en ningún momento trasgredir los límites impuestos por los mismos participantes, ni mucho menos pretender asaltar los territorios de su privacidad e intimidad, por esta razón, como afirma Gold (2004),

El interés público en la protección de datos y la prevención de intrusiones innecesarias en la intimidad significa que los investigadores deben garantizar que las grabaciones de audio y vídeo se utilicen con sumo cuidado y con las debidas garantías para los derechos de los encuestados. (p.20)

Estas consideraciones son importantes porque los participantes en los encuentros no pueden verse afectados en su intimidad, ni mucho menos sentirse vulnerados en el derecho a la protección de su imagen y de su identidad. Esto debe tenerse en cuenta en el diseño de cada sesión grabada dentro del espacio que corresponda en cada uno de los encuentros.

Por otro lado, hay que garantizar que las grabaciones puedan efectuarse en condiciones logísticas y operativas adecuadas; esto es asegurar un espacio con óptimas condiciones acústicas para asegurar nitidez y claridad en los diálogos. Es igualmente importante elegir

salones o aulas en donde la interferencia, el ruido las interrupciones de terceros o cualquier otro elemento perturbador puedan hacer presencia en el instante que los participantes *están* efectuando el proceso conversacional.

Las observaciones que se consignan son de utilidad para generar confianza en el trámite de diálogos, fluidez en la conversación y claridad en las voces que quedan grabadas en los diferentes audios. Desde el punto de vista operativo, la investigadora debe codificar cada una de las sesiones grabadas, evitando de este modo que los audios se difuminen y se dispersen, perdiendo de esta forma capturas del lenguaje que pueden ser significativas para la producción investigativa.

3.4.2.2. Aplicaciones

La implementación de las grabaciones no puede realizarse si los participantes previamente no firman un consentimiento informado en el cual autoricen a la investigadora para que sus conceptos, comentarios, puntos de vista y opiniones puedan emplearse en cualquiera de los momentos de la investigación y como parte de la publicación y sistematización documental de la tesis doctoral. Esta regulación está estipulada en el artículo 7 del Código Internacional ICC/ESOMAR, que a este respecto amplía otras precisiones que deben incluirse y que evita la *intrusión* en la intimidad consentimiento de los encuestados para el uso de la grabación, derechos de los clientes a obtener copias de los datos originales, garantías en la publicación de las grabaciones (Gold, 2004).

Los participantes y la investigadora deben definir antes de cada encuentro cuales de estos criterios son tenidos en cuenta o si por el contrario concuerdan otros que no estén estipulados en la norma. En Colombia las personas optan por acordar que, finalizado el proceso de investigación, y publicados los resultados en cualquier tipo de documento escrito, las grabaciones sean destruidas para evitar que la información sea empleada por terceros de un modo inadecuado; sin embargo, estos son acuerdos a los que se debe llegar con el grupo de informantes.

En la transcripción de los audios debe mantenerse este mismo rigor procedimental y evitar cualquier tipo de referencia a nombres, apellidos o características que den alguna pista para identificar a la persona que habla. Al transcribir cada audio, la investigadora debe asignar al participante, según al estamento al que pertenezca, un código arbitrario con el cual seguirá apareciendo dentro del corpus de la tesis o en alguno de sus anexos las conversaciones sí se consignan literalmente, incluso sin omitir voces onomatopéyicas o expresiones que normalmente aparecen en una conversación fluida y democrática, pero la codificación garantiza que se preserve el interés de privacidad en la gestión de los conceptos y de las opiniones. Una vez elaboradas las transcripciones,

los criterios de pertinencia y relevancia entran a desempeñar un papel importante en la categorización de la información que se triangula.

3.4.3. Tablas de análisis

3.4.3.1. Diseño

Este instrumento, desde la investigación que se realiza, se utiliza en los tres encuentros para desarrollar el árbol de problemas transdisciplinarios en distintos momentos y circunstancias. La finalidad está enfocada hacia la determinación de la multicausalidad que incide en la emergencia de problemas detectados por el grupo; así mismo, las tablas permiten codificar la información que señale las interdependencias entre las causas intervinientes en la problematización. Por otra parte, sirven para priorizar los argumentos que los participantes emplean para establecer prioridades en cualquiera de este tipo de situaciones.

El diseño de cada tabla corresponde al tipo de información que se solicita en cada momento del encuentro, lo mismo que a los intereses de priorización que surjan en los diálogos y discusiones generados sobre cada tópico de indagación. Como se trata de discursos o enunciados y no de datos numéricos cuantificables, el grupo debe definir con la investigadora los criterios para seleccionar el insumo que sean más relevante y pertinente.

La construcción de la tabla debe incluir estos criterios, demarcando el número de columnas y de líneas que debe llevar en cada caso requerido por el árbol de problemas transdisciplinarios. Debe quedar claro que para la apertura e identificar los dominios discursivos siempre se deben tener en cuenta las *coincidencias* o las *divergencias* que el grupo va encontrando en el curso de cada discusión.

3.5. Plan para el análisis de la información

La implementación de las técnicas que se mencionaron anteriormente pueden arrojar una información pertinente y significativa la cual debe ser documentada, interpretada y analizada; lo más importante es conocer que las informaciones no se reducen solamente a datos, sino que expresan un conjunto de perspectivas que están basadas en teorías y saberes, así lo remarca Rodríguez (2011)

La información no es un dato conjunto. Es más bien una colección de hechos significativos y pertinentes, para el organismo u organización que los percibe; o sea, información es un conjunto de datos significativos y pertinentes que describan sucesos o entidades. (p.1)

Por lo anterior, cada sesión de trabajo, bien sea para determinar árbol de problemas y de decisiones o como seminario de transformación transdisciplinaria, debe ser documentadas en reportes actas, estos son

los instrumentos para sistematizar las opiniones e ideas con respecto a los temas tratados en cada una de estas. El equipo de trabajo puede sugerir las estrategias de análisis que sean pertinentes de acuerdo con el interés, la profundidad y la relevancia de la información que se pretende analizar. Es importante que se propicie un cruce de la información sistematizada con los aportes de las teorías y teóricos que fundamentan la transdisciplina como metodología y sus actitudes como parte del proceso de operacionalización.

Definir las perspectivas teórico-prácticas de atención de los pacientes con los profesionales para establecer la situación problema con respecto a la transdisciplina, capacitar al equipo de trabajo en los aspectos problemáticos dilucidados y construir un marco operacional transdisciplinario con metodología cualitativa empleando como método de trabajo la investigación-acción y el enfoque transdisciplinario, es el procedimiento a seguir para operacionalizar las actitudes transdisciplinarias.

Basados en las nociones teóricas que fundamentan la transdisciplina, se demuestra si la excelencia en el trato de los pacientes, su cuidado integral, los valores y la ética, son elementos que se evidencian en el desarrollo cotidiano de las actividades clínico-asistenciales del centro de salud, todo esto desde la perspectiva de los principios de la complejidad que están inmersos en la visibilización del rigor, la apertura y la tolerancia como actitudes transdisciplinarias fundamentales.

Este es un procedimiento que al ser asumido desde esta perspectiva no puede quedarse circunscrito al modelo simplificador que ha sido tradicional en una racionalidad cerrada, en la que el investigador se separa de los objetos y sujetos que se investigan. Se hace necesario un proceso de triangulación de la información que se acerque a lo que Cisterna (2005) denomina "racionalidad hermenéutica" (p.62). En este la interpretación está más allá del dato puro e intenta capturar los significados que se encuentran en el fondo de ciertos lenguajes que emergen en la conversación y el diálogo que se propicia entre la investigadora y los participantes.

La anterior anotación es de gran importancia, porque en los encuentros para seleccionar los problemas y en el que se realiza para tomar decisiones, el equipo de trabajo debe construir y organizar creativa, sistemática, retroactivamente y recursivamente el conocimiento, razón por la cual investigar adquiere otras connotaciones en el trabajo de campo, a las que se refiere Cisterna (2005) en las siguientes palabras: "Investigar desde una racionalidad hermenéutica significa una forma de abordar, estudiar, entender, analizar y construir conocimiento a partir de procesos de interpretación, donde la validez y confiabilidad del conocimiento descansa en última instancia en el rigor del investigador" (p.62).

Por tratarse de una investigación de corte cualitativo con énfasis en la investigación acción, la validez y la confiabilidad de la información que se recolecte debe ser deliberadamente construida por el grupo de trabajo con la orientación y colaboración de la investigadora. Esto significa que abordar las categorías de indagación requiere de un estudio participativo, en el cual el entendimiento y el análisis surge en la medida que los participantes aporten sus ideas, comentarios, observaciones y respuestas a diferentes preguntas que aparecen en cada momento de los encuentros.

De ahí que sea tan relevante involucrar a los participantes en proceso de conversación caracterizados por un análisis amplio de las categorías de reflexión, siendo este argumento el que le confiere valor a los elementos subjetivos que contribuyen en la construcción del conocimiento, en un escenario de interacción social donde el rigor científico se legitima gracias a la intervención de los sujetos que están comprometidos con el desarrollo de las diferentes ideas y temáticas. Cisterna (2005) considera que esto es de gran importancia, porque

Así, la pretendida objetividad positivista fundada en la separación entre investigador y objeto de investigación desaparece, y se asume la cuestión de la construcción del conocimiento como un proceso subjetivo e inter subjetivo, en tanto es el sujeto quien construye el diseño de investigación, recopila la información, la organiza y le da sentido, tanto desde sus estructuras conceptuales previas, como desde aquellos hallazgos que surgen de la propia investigación, la que luego se colectiviza y discute en la comunidad académica. (p.62)

Es evidente que la participación del grupo pasa a constituirse en un elemento fundamental no solo para construir conocimiento, sino en la consolidación de una amplia base de informaciones, datos y observaciones que sirven de insumos para que la investigadora pueda entrar a aplicar diferentes técnicas que posibiliten agrupar la información recogida en diferentes formas de presentación y categorización. Estas son finalmente las organizaciones que servirán de referente para consolidar los resultados en esta fase del proceso y contribuir en la selección de los problemas que desde la transdisciplina hayan considerado pertinentes y relevantes los integrantes del grupo de trabajo.

La participación de carácter subjetivo e inter-subjetivo es un ingrediente que diferencia el proceso de triangulación de la información máxime cuando se acepta que “la racionalidad interpretativa” (Cisterna, 2005, p.62) es abierta y no solamente una organización cerrada de datos reducibles a valoraciones y mediciones simplificadoras. Según Cisterna (2005) es así como debe entenderse dicho proceso:

Entiendo por “proceso de triangulación hermenéutica” la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto

de estudio surgida en una investigación por medio de los instrumentos correspondientes, y que en esencia constituye el corpus de resultados de la investigación. Por ello, la triangulación de la información es un acto que se realiza una vez que ha concluido el trabajo de recopilación de la información. (p.68)

En los encuentros para definir los problemas, los criterios de pertinencia y relevancia, son claves en la selección de aquellas ideas fuerza, enunciados u opiniones que serán de utilidad en el análisis y la interpretación de los resultados. Esto significa que cada encuentro produce una masa de información muy densa y voluminosa, pero no toda cumple con estos dos criterios; es aquí donde interviene el criterio de subjetividad para descifrar correctamente cuáles de esos hallazgos pueden incorporarse al análisis de cada uno de las categorías de indagación.

En el momento que corresponde a la triangulación, Cisterna (2005) destaca algunos elementos que encajan en este proceso. Están involucrados dos estamentos, es decir, profesionales y pacientes de la Assbasalud; esto obliga a agrupar todos sus aportes por separado para ir estableciendo conclusiones inferenciales por estamento. Lo inferencial conlleva un escalonamiento de tipo inductivo en el que debe irse gradualmente de apreciaciones sencillas a otras de tipología más complejas. En este punto es de utilidad que la investigadora logre localizar adecuadamente los niveles de síntesis, porque estos son los que reflejan las coincidencias o las divergencias que se dan por estamento con respeto a cada tópico de indagación.

En la triangulación interestamental se propicia un momento que, para la investigadora, posibilita efectuar un cruce de visiones; se trata de comparar críticamente qué piensan los funcionarios y los pacientes acerca de cada categoría de indagación desde sus propias perspectivas, formación disciplinar y experiencia. Es clave construir significados, los que se derivan de las conclusiones ascendentes. Este cruce es lo que enriquece y le da profundidad al análisis y a la interpretación de los resultados obtenidos.

La triangulación entre las fuentes de investigación se convierte en una actividad preponderante para que el enfoque transdisciplinar se haga mucho más visible en el proceso investigativo. Los participantes están involucrados en un trabajo solidario y de aprendizaje cooperativo en el que la investigadora trata de no influir con opiniones o comentarios para no contaminar o viciar el ejercicio efectuado. Esta es una responsabilidad muy difícil que exige poner a prueba los criterios de pertinencia y relevancia cuando se efectúan los cruces interestamentales, lo que implica establecer comparaciones sin anteponer juicios de valor.

La triangulación con el marco teórico, en nuestro caso comporta un diálogo permanente entre los autores convocados, lo que permite

organizar un corpus de conocimiento re-significado por el análisis y la interpretación de la información, junto a la experiencia y saberes que logran capturarse en los participantes y en la investigadora. La discusión bibliográfica no será solamente una sumatoria o yuxtaposición de teóricos, sino una organización creadora en la que el rigor, la tolerancia y la apertura transdisciplinaria se hacen evidentes en mediación con la flexibilidad en el acercamiento subjetivo y objetivo a los hallazgos.

Este modo de triangulación, al que Cisterna (2005) denomina hermenéutico, tiene como finalidad aportar un nuevo conocimiento que resuelva la pregunta de investigación y que responda a los objetivos trazados para transitar transdisciplinariamente una ruta de aventura intelectual. Esto es una apuesta por integrar elementos novedosos sobre un objeto que se estudia como el de la práctica asistencial en las ciencias de la salud que ha sido tratado en diferentes trabajos e investigaciones. Sin embargo, la nueva teoría estará caracterizada por generarse desde un contexto socioeconómico y cultural muy específico como lo es el de la Clínica Assbasalud. Este es probablemente el sentido de lo nuevo al que alude Cisterna (2005) cuando explica el significado de la interpretación en este enfoque: "La interpretación de la información constituye en sí misma el "momento hermenéutico" propiamente tal, y por ello es la instancia desde la cual se construye conocimiento nuevo en esta opción paradigmática" (p.70).

Es muy importante enfatizar que el conocimiento que se produce está situado desde la realidad de la Clínica y refleja un estado de opinión de los actores que se involucran en los diálogos, conversaciones y debates propuestos en cada encuentro, de ahí la relevancia que adquiere la idea de "pensar organizadamente" porque solo de este modo se garantiza que la información se recoja sistemáticamente y en secuencia.

CAPÍTULO IV

Organización del conocimiento

Organizar el conocimiento es una tarea fundamental para analizar e interpretar los resultados que se obtienen en la estancia con la realidad, un proceso caracterizado por el aprovechamiento de la interacción con los estamentos participantes en la investigación a través de la implementación del árbol de problemas y de decisiones transdisciplinares y del trabajo solidariamente operativo logrado en el seminario de formación transdisciplinar. Al implementar estas técnicas con sus respectivos instrumentos, se consolida un corpus de inferencias que le aportan a la auto-eco-organización de los nuevos saberes que se producen y a la reintegración del conocimiento acerca de la perspectiva de atención en la Clínica, los problemas que se hacen visibles desde el contexto institucional y las posibles alternativas de solución entroncadas transdisciplinariamente.

Las capacidades autorreflexivas se fortalecen como parte de un proceso auto-eco-reflexivo que integra las visiones de los funcionarios y pacientes en un tejido cognitivo que está fundado en la autocrítica y la posibilidad de efectuar un examen integral de la práctica asistencial en la Clínica, incluyendo el abordaje de las categorías el hombre como ser integral, el ser humano como una unidad sentipensante y la visión holística de la dignidad humana en la atención hospitalaria. El desarrollo de estas categorías se realiza a partir de tres encuentros presenciales para el árbol de problemas transdisciplinares, con los estamentos por separado y de un encuentro vivencial para el árbol de decisiones donde se integra a los profesionales de la salud y pacientes que aceptaron la opción de participar en el proceso investigativo, este se denominó seminario de formación transdisciplinar donde se proporcionan elementos teóricos y prácticos para que los actores de la salud se familiaricen con los fundamentos y principios de la transdisciplina y las implicaciones del rigor, la tolerancia y la apertura en la construcción de un marco operacional para orientar la reflexión, el pensamiento y la acción de las personas que interactúan en el día a día de la práctica asistencial integral, humanizada.

En el primer apartado de este capítulo se explica en detalle el devenir deliberativo y dialógico de los encuentros para darle desarrollo al árbol de problemas transdisciplinares, tomando como hilo conductor para la reflexión compartida las categorías ya enunciadas. La implementación se efectúa con base en la planificación elaborada para cada encuentro en donde se parte de un despliegue lógico con una actividad de sensibilización y otra de autorreflexión de pre-saberes. Sensibilizados los participantes y establecidos algunos saberes previos con respecto a su perspectiva personal con respecto a eso, se procede a identificar una problemática multicausal que se sitúa en la raíz del árbol, y desde allí a establecer deliberativamente las causas interdependientes de la misma. El encuentro concluye con una conversación que determina

las alternativas de solución entroncadas en las hojas del árbol que posibilitan visualizar la producción conceptual de los participantes acerca de los problemas ya priorizados desde la realidad institucional con algunas posibles soluciones que ellos mismos leen críticamente desde las opciones subjetivadas de su práctica asistencial.

La problemática en general que se determina tiene como marco referencial multicausal un sistema de salud despótico, deshumanizado y desfinanciado en el que el dolor se ausenta, el sufrimiento se extraña y se desconoce la presencia del otro en su multidimensionalidad subjetiva; se genera una práctica de atención instrumentalizada, mecanicista y robotizada que acrecienta el drama psicosocial de los actores de la salud y debela la condición de fragilidad y vulnerabilidad los pacientes, sus redes familiares, y de los mismos funcionarios. Estos problemas de tipo macro-estructural inciden en la relación del yo y del otro en el día a día de la atención hospitalaria, en la cual la mismidad y la completud como totalidad de las interdependencias entre las personas llegan a desconocerse en algunos momentos de la misma.

La fragmentación del ser humano y la ausencia del otro como presencia viva, confluyen en la implementación de una práctica asistencial deshumanizada que puede en determinado momento lesionar la dignidad humana y disminuir la posibilidad para construir vínculos afectivos amigables con calidez, tolerancia y apertura en la relación profesional, paciente y redes de apoyo familiar. Los encuentros de árbol de problemas transdisciplinarios terminan por concluir que para los estamentos participantes la problemática general que ellos analizan y observan desde la realidad de la Clínica pueden sintetizarse en cuatro ejes articuladores multicausalmente interdependientes y transdisciplinariamente relacionados.

Un primer eje se refiere a la precariedad del sistema de salud en Colombia con sus respectivas derivaciones de tramitología, desfinanciación, ajuste fiscal e intermediación. El segundo eje se encuentra ligado a diferencias en la deontología de la profesión que connota falta de formación ética y relaciones humanas cálidas y amigables entre funcionarios, pacientes y directivos de las instituciones de salud. Un tercer eje problemático está asociados a la necesidad de educar en salud a todos los actores que participan de la gestión del cuidado y la atención integral humanizada. Una cuarta línea de problemas identificados en dichos encuentros tiene que ver con la fragilidad y vulnerabilidad que se genera como consecuencia de la escasa capacidad adquisitiva de los usuarios y de las dificultades económicas para acceder a mejores opciones de atención hospitalaria.

La información obtenida en los encuentros es cualitativa y está constituida por enunciados, respuestas argumentales y capturas de los lenguajes verbales y no verbales se presenta organizada manualmente en tablas de análisis de respuestas argumentales, de agrupación y de

priorización de problemas, de síntesis o de selección de alternativas de solución; cada tabla se complementa con una visión analítica de toda la enunciación efectuada por el grupo de participantes que facilita un escalonamiento de las conclusiones y de las inferencias para encontrar en el árbol de decisiones transdisciplinarios los ejes problema integradores y las soluciones que para ellos son viables y aplicables en función de sus capacidades de pensamiento y acciones subjetivadas.

En otro de los apartados del capítulo los lectores se aproximan a la explicación y al análisis de los resultados que se obtienen en la implementación de encuentros integrados de los dos estamentos para el árbol de decisiones transdisciplinarios; en este se procede conforme a la planificación en el que se relaciona multi-referencialmente el nodo problémico, el nodo de decisiones y el nodo de decisión de decisiones. En estas tres instancias de indagación autorreflexiva, cooperación sistémica y deliberación transdisciplinar, los participantes retoman los ejes problemas identificados en el tronco de problemas y entroncan las posibles soluciones sobre una construcción analítica transversal y que propone la visión y la misión alternativas que orienta la discusión para la formulación de un marco operacional transdisciplinar y que haga visibles las actitudes del rigor, la tolerancia y la apertura.

En el árbol de decisiones transdisciplinarios se parte de la problematización multicausal y multirreferencial que se identifica en el árbol de problemas y que acentúa la necesidad de construir un marco operacional que humanice la práctica asistencial y contribuya a disminuir los conflictos las tensiones y el estrés por un espacio relacional débil instrumentalizado por la falta de apropiaciones éticas de un pensar, un ser y un hacer subjetivo que impacta negativamente el día a día institucional.

En el árbol de decisiones se determina claramente que es preciso abordar tres ejes problémicos interrelacionados los cuales son categorizados por los participantes; denotan la necesidad de mejorar el rigor de la práctica asistencial desde una ética personal y cívica en la que sea posible unir la razón y la emoción como parte de la atención de un ser humano integral, sentipensante y digno. La apertura transdisciplinar contribuye en el mejoramiento de las relaciones interpersonales entre los funcionarios, pacientes y redes de apoyo familiar, con el propósito de disminuir las tensiones, la crudeza de los lenguajes, el maltrato, la ausencia de calidez y la valoración de la integralidad como un conjunto de actos solidarios que impactan positivamente la comunicación y la relación entre el yo, el otro y los otros.

El tercer eje problémico es la ausencia de valores y de calidez en la relación funcionario y paciente, implica asumir la tolerancia como actitud transdisciplinaria que es componente esencial de una práctica asistencial humanizadas, integradora y holística, que se sitúa desde la mismidad, la otredad y la completud; asumir prácticas dialogantes

de comunicación entre los actores de la salud que no degraden la condición humana es un punto de quiebre para que la gestión del cuidado se constituya en un proceso de integración transdisciplinaria que potencie lo que se tiene en la Clínica Assbasalud, eduque en salud y estimule la prevención como formas subjetivas del auto-eco-cuidado de la multidimensionalidad de los seres humanos.

Las interretroacciones, la recusividad, hologramía, dialogicidad, interdependencia y sistemicidad además de la perspectiva transdisciplinaria confluye en complejidad para una atención que debe abordar al hombre integralmente, entendiendo que en el la razón, la emoción y la socio-afectividad son importantes para transformar el micro-espacio personal y encontrar que en medio de un sistema de salud deficitario, es posible encontrar soluciones al alcance de la mano que propicien una comprensión distinta del horizonte narrativo simbólico y funcional de los diferentes actores de la salud que intervienen en el despliegue en la práctica asistencial.

Estas decisiones que entroncan alternativas de soluciones viables, factibles y al alcance de la realidad institucional, son las que suscitan los puntos de discusión en el seminario de formación transdisciplinar. Allí, los funcionarios, los pacientes y la investigadora conviven en un espacio deliberativo y de interacción social que les permite conocer los fundamentos de la transdisciplina y las implicaciones del rigor, la tolerancia y la apertura como actitudes transdisciplinarias para potenciar lo que se tiene, educar en salud y mejorar el marco relacional con base en apropiaciones éticas individuales. El seminario se implementa conforme a lo planificado y teniendo en cuenta los momentos de indagación, profundización y apropiación conceptual. En su desarrollo se emplean pedagógica y didácticamente videos de sensibilización, además de la música, la plástica y la conversación fluida como elementos que contribuyen decisivamente en el logro de cooperación sistémica, aprendizaje colaborativo y construcción social del conocimiento.

El lector encontrará que este seminario de formación transdisciplinar termina con una apuesta de los participantes por una práctica asistencial que surge en un juego metafórico, expresivo y multidimensionado, en donde se considera que la atención clínico-hospitalaria debe considerarse como una ventana abierta sin exclusiones, prejuicios y obstáculos para el acceso universal de los usuarios. Esta alusión metafórica es la que sirve de insumo cognitivo y práctico para construir un marco operacional alternativo sobre una amplia base transdisciplinaria que intenta dar solución a los problemas identificados durante más de 6 meses de interacción de la investigadora con los participantes vinculados al proceso de investigación.

4.1. El hombre como ser integral

Este apartado presenta los resultados del primer encuentro efectuado con los dos estamentos participantes en el proceso de indagación; se aborda la categoría el hombre como ser integral y a partir de la reflexión con los profesionales y los pacientes se implementa la técnica del árbol de problemas transdisciplinarios. La producción de los grupos se sintetiza en tablas de respuestas argumentales teniendo en cuenta el proyecto ético de vida en la forma como se concreta y vuelve realidad la formación humana integral, realizando una agrupación de problemáticas, de selección de alternativas y de problematización multicausal. Al final de cada una de las tablas la investigadora propone una visión analítica donde se triangula la información con los actores convocados en la tesis, la experiencia y el abordaje de los niveles de realidad que se logran al reorganizar el conocimiento construido por cada estamento.

La mecánica para presentar el corpus de resultado propone un análisis y una interpretación de los resultados obtenidos con cada estamento, recordando que los profesionales y los pacientes en esta etapa que corresponde a la definición de perspectiva, se aproximaron a la categoría el hombre como ser integral por separado y la interpretación de los aportes conceptuales es un ejercicio gnoseológico de la investigadora siguiendo los criterios expuestos previamente en la planeación de los encuentros y el plan de análisis de la información.

El registro manual de la información posibilita la integración tabla, texto y análisis, tratando de mantener la coherencia del corpus de resultados sin restarle lectura-vialidad al tejido del lenguaje construido; esta es otra aclaración válida porque se trabaja con respuestas argumentales de tipo oral y escritural que no siempre es fácil de sistematizar en un proceso de triangulación hermenéutica. En este sentido, se recuerda que todo el registro pormenorizando del encuentro forma parte de protocolo de transcripción, pero lo que se propone con resultados en el cuerpo en la tesis se somete a un filtro en materia de pertinencia, utilidad y claridad de lo informado por los participantes con respecto a la interpretación de la categoría el hombre como ser integral.

4.1.1. Análisis e interpretación de resultados del encuentro el hombre como ser integral con el estamento profesional

Los profesionales respondieron asertivamente a la convocatoria para este primer encuentro, aportando los conceptos, comentarios y apreciaciones de lo que se analiza e interpreta. Se recuerda que su participación es voluntaria, pese a que se cursó una invitación a todos los funcionarios no todos tuvieron la disposición o el tiempo para interactuar con la investigadora en este primer ejercicio de reflexión.

Los trabajadores de la salud contribuyeron con sus aportes empleando la expresión oral, escrita y acompañando dicha enunciación con gestos que en algún momento del análisis quedaron registrados.

4.1.2. Descripción del grupo de participantes

Este estamento está integrado por profesionales y trabajadores en el campo de la salud; se trata de personas formadas e informadas con respecto a las funciones específicas de su cargo. Con el fin de establecer prioridades en el manejo de los discursos y de las respuestas a los interrogantes que emergieron en el desarrollo del encuentro, según el orden de la respuesta dada, se estableció un código que consta de sexo, cargo y número. Esta forma de designación garantiza los principios de confiabilidad y reserva de identidad que son pertinentes desde el punto de vista legal en procesos desde donde el participante suministra datos, conceptos y observaciones de tipo personal, no obstante, cada profesional firmó un consentimiento informado en el cual autoriza la publicación, análisis, difusión de resultados.

Desde el punto de vista de la investigadora, en este primer encuentro el grupo se muestra receptivo y dispuesto hacia el desarrollo del encuentro y están atentos a la implementación de los primeros momentos de indagación y reflexión. Considerando que se trata de un primer intento por construir conocimiento, el acto espontáneo de participar es pertinente dejando claro que en comienzo este estamento manifiesta interés y motivación por conocer la temática y aportar desde su propia experiencia, formación académica y conocimiento disciplinar.

4.1.3. Análisis e interpretación de resultados del encuentro el hombre como ser integral con el estamento paciente

Los pacientes que se convocaron asisten con motivación y entusiasmo, así el número de voluntarios fuese inferior al de los profesionales. El volumen de la información obtenida no es el mismo que el de los trabajadores de la salud, pero contiene una riqueza conceptual muy argumentativa que revirtió de significado y profundidad a los resultados obtenidos.

Algunas falencias de los pacientes para el manejo de la lectoescritura limitaron la posibilidad de realizar las argumentaciones empleando simultáneamente la oralidad o la escritura; la investigadora se adapta a las circunstancias generadas por esta dificultad y desarrolla el encuentro tratando de aprovechar al máximo cada comentario, observación y concepto expresado por este grupo. Por esta razón, las tablas de análisis, de agrupación de problemas y de selección que aparecen a continuación no equiparan las que se precisaron para organizar la información obtenida con los profesionales.

4.1.4. Cruce de información primer encuentro

En este apartado se procede a cruzar la información obtenida durante la aplicación de primer encuentro a la categoría hombre como ser integral; se propone un encuentro de pre-saberes que surge a partir de la integración de lo aportado por los profesionales de Assbasalud y los pacientes durante el desarrollo deliberativo del árbol de problemas transdisciplinarios. Se unen complementariamente los resultados más relevantes al interpretar y significar los enunciados que se originaron como consecuencia de la sensibilización mediante el video y la construcción de tres interrogantes que sirvieron como generadores del auto y la co-reflexión entre los participantes.

El texto conserva las ideas de los enunciados originales de cada participante con algunos ajustes y precisiones para centrar la explicación en el análisis de la categoría y la determinación de los pre-saberes en función de un diálogo subjetivado para la reconstrucción progresiva de las inferencias de la investigación. En las tablas 1 y 2 se da un ejemplo de las respuestas dadas y el análisis realizado.

4.2. Persona humana una integración sentipensante

El despliegue de esta categoría se da en un segundo encuentro, el cual se efectúa por separado con cada uno de los estamentos, buscando mantener el ánimo en alto y la producción conceptual. El número de participantes disminuyó como consecuencia del cruce de actividades profesionales. Los asistentes mostraron interés, motivación y una adecuada actitud para el análisis desde la integración sentipensante.

En este apartado los lectores encuentran el análisis y la interpretación de los resultados del encuentro, codificados en tablas de análisis que pueden ser para significar respuestas argumentales, agrupar problemáticas, seleccionar alternativas entroncadas o sintetizar la multicausalidad de los problemas elegidos según el estamento involucrado, las distintas formas de expresión (oral, escrita, gestual) quedan registrada en el protocolo de transcripción del cual se extraen los conceptos pertinentes, válidos y útiles para esclarecer el abordaje de la categoría.

4.2.1. Análisis e interpretación de resultados con el estamento profesionales

La participación numérica de los profesionales disminuye con respecto a la del primer encuentro, debido al carácter voluntario que connotaba la aceptación de la convocatoria; este no fue un obstáculo epistemológico para aproximarse con naturalidad y fluidez al análisis de lo que implica en la práctica asistencial el hombre como una unidad sentipensante. Los profesionales asistentes se caracterizan por el alto grado de apropiación conceptual y la evidente capacidad argumentativa. Los resultados

siguen mostrando un grupo de personas que se van comprometiendo con el ejercicio de indagación, de responder a la convocatoria para este segundo encuentro, se denota la mediación de un interés por conocer y explorar profundamente el tema propuesto para la reflexión.

En el numeral que corresponde al cruce de visiones se confrontan las perspectivas de los profesionales y los pacientes; la exposición de las tablas se incorpora a una narrativa textual en la que tratan de integrarse los aportes de los estamentos con base en las convergencias y divergencias que asumieron con relación a su comprensión de la categoría.

4.2.2. Análisis e interpretación de resultados con el estamento pacientes

El número de participantes a este segundo encuentro se reduce, aunque no de la manera tan significativa como se produce este hecho en el estamento de profesionales; los pacientes que asisten voluntariamente denotan interés por conocer lo que significa en la práctica asistencial el asumir al hombre como una integración sentipensante. Los conceptos expresados verbal o por escrito tienen como característica fundamental poner en contexto una visión particular de la atención hospitalaria en Assbasalud. Esta observación es pertinente para entender que el paciente habla desde el conocimiento que tiene de su propia realidad, las experiencias que puede narrar para sustentar sus puntos de vista y, ante todo, de una percepción autónoma que elabora con respecto a lo que para él es el trato recibido durante los distintos momentos de atención a los que debe someterse.

4.2.3. Cruce de visión entre estamentos segundo encuentro

En la búsqueda de la perspectiva que los pacientes y los profesionales han configurado acerca de la práctica asistencial en el contexto de un pensamiento de actitudes transdisciplinares, se procede a cruzar las visiones analíticas y los conceptos emergentes en el segundo encuentro de árbol de problemas transdisciplinares; el hombre como un ser sentipensante es la categoría analizada por cada estamento de forma individual y que genera otras ópticas para comprender de qué modo los participantes consideran que la atención en salud de Assbasalud está concibiendo a la persona que se atiende. En la confluencia de opiniones y enunciados del primer encuentro profesionales y pacientes, se infiere que en la Clínica sería importante asumir que los seres humanos son integrales y no fragmentados, que simultáneamente aparecen como presencia viva y por esta razón el dolor no puede ser ausentado de cualquier procedimiento o práctica hospitalaria.

Así el macrosistema de salud estructuralmente presenta falencias y precariedades, en el microcosmos existencial y vital de la Clínica, cada protagonista de los procesos de salud debería por lo menos recordar

que las personas son seres humanos diferentes, dignos y que como tal merecen un buen trato y un respeto por sus derechos; estas son las primeras percepciones que se traslucen y ahora se complementan con las visiones analíticas resultantes del segundo encuentro.

4.3. Visión holística de la dignidad humana en la práctica asistencia

La estancia con la realidad prosigue exitosamente, profesionales y pacientes se enfrentan ahora a la construcción de conocimiento sobre el ser humano como una organización que es integral, sentipensante y holística. La dignidad humana es el hilo conductor que transversaliza el abordaje de la categoría; es un concepto fundamental para enriquecer la ética de la enfermería y de la práctica asistencial de su conjunto.

La participación numérica se enriquece substancialmente, tanto en los profesionales como en los pacientes; esta vez los cruces de horarios, de agendas y otros aspectos que dificultaron la asistencia en el encuentro anterior son superados para fortuna del proceso investigativo. La información obtenida se registra de nuevo en las distintas formas de tablas de análisis que han sido de uso reiterado en este apartado y que le dan peso específico a los enunciados que sirven de respuesta para las preguntas y a los que contribuyen en la identificación de la multicausalidad de la problemática, la selección de alternativas entroncadas para la solución del problema y la significación de los argumentos que en cada estamento se proponen para sustentar la perspectiva de atención.

4.3.1. Análisis e interpretación de los resultados con el estamento personal

Este tercer encuentro tuvo participación amplia y significativa de los funcionarios, razón para acentuar la pertinencia de los abordajes efectuados. El ánimo, la motivación y el interés intelectual son tres elementos que se conjugan para que el análisis sea deliberativo y expresivo. Este estamento se caracteriza por efectuar una mirada autocrítica de su práctica asistencial a partir de una evaluación transdisciplinar de lo que es para ellos la visión holística de la dignidad humana y como esta se hace visible en la atención, el trato a los pacientes y la concurrencia de algunos valores éticos y sociales que impactan la categoría.

4.3.2. Análisis e interpretación de los resultados con el estamento pacientes

Los pacientes se aproximan a la visión holística de la dignidad humana, de acuerdo con sus percepciones, conocimientos y saberes adquiridos; el número de participantes es superior lo que se constituye en un aspecto que proporciona ingredientes para elevar el ánimo y la motivación. Los conceptos elaborados son pertinentes y válidos así el volumen de tablas no sea igual al producido en la reflexión con el estamento funcionarios.

En este encuentro se observa que los pacientes van incorporando gradualmente una perspectiva transdisciplinaria de sus conceptualizaciones; los videos, conceptos y contribuciones teóricas de los encuentros precedentes están evidenciando las elaboraciones que los pacientes muestran en sus respuestas y en el enunciado de sus argumentos. Esta apreciación es válida para entender que la vinculación de la comunidad en el análisis de los problemas de la práctica asistencial en la Clínica es básica en el logro de una mirada integral de su proceso, lo mismo que de los valores, principios y circunstancias de relación entre profesionales y pacientes que están implicados en esta categoría.

4.3.3. *Cruce de visión entre estamentos tercer encuentro*

Los encuentros para determinar la perspectiva de los profesionales y pacientes trascurren exitosamente, la participación es altamente significativa y el producto intelectual se aproxima a los objetivos planeados para la investigación; hasta ahora se ha logrado establecer que el hombre es un ser integral y que como tal es una unidad sentipensante que no puede fragmentarse, reducirse o simplificarse a una práctica asistencial instrumentalizada.

Es importante ahora cruzar los resultados del tercer encuentro, el cual se efectuó por separado con cada estamento, donde la conversación y la práctica dialogante gira en torno a la visión holística de la dignidad humana en la práctica asistencial; de este modo se completa un ciclo de temáticas que están en el fondo de la transdisciplina, a partir de las cuales se configura la perspectiva de atención del centro asistencial para determinar participativamente los problemas emergentes de mayor relevancia y las alternativas de solución entroncadas.

A diferencia de los encuentros previos, en el despliegue lógico y como parte de la sensibilización para determinar pre-saberes, los participantes no responden preguntas porque se les pide concretar cinco ideas, que, contrastando su experiencia y formación con lo apreciado en el video, hacen visible la visión holística de la dignidad humana en la práctica asistencial de la Clínica.

4.4. Árbol de decisiones transdisciplinares

Conforme a la planeación, el árbol de decisiones corresponde a un momento crucial de la investigación; aquí la investigadora y los participantes realizan una reflexión concluyente y participativa cuya finalidad es determinar la problemática que engloba la práctica asistencial en la Clínica Assbasalud. Otro aspecto a tratar tiene que ver con las formas de alternativas de decisión que sean viables, factibles y aplicables desde la contextualidad institucional y las capacidades prospectivas y de acción de los involucrados en el proceso reflexivo.

En este encuentro el árbol mantiene su riqueza metafórica, asumiendo otras connotaciones simbólicas que contribuyen en darle fuerza a la discusión, el debate y la conversación que surge en el marco de la participación desde una agenda transdisciplinar; cada parte del árbol se identifica con la palabra nodo, el cual intenta sintetizar el encuentro, la conexión y el cruce de los potenciales reflexivos y de acción de quienes participan en esta sección. En el encuentro el nodo representa un espacio de confluencia de los pre-saberes que se han determinado para definir la perspectiva de atención que se tiene en Assbasalud, su problemática articuladora y las alternativas de solución al alcance de los involucrados en la jornada, y por extensión a quienes se benefician del marco operacional construido como propuesta de acción mejoradora de la investigación.

Las conexiones derivadas de la interacción social del encuentro generan interconexiones subjetivas, que a modo de red, vinculan los saberes, el pensamiento y la voluntad de los participantes; son circuitos relacionales que se intersecan y se cruzan en una órbita personal enlazada por las percepciones que cada participante ha construido o construye sobre la práctica asistencial en Assbasalud y el deber ser de esta en el amplio margen de la gestión del cuidado y la atención en salud de los sujetos y grupos sociales.

Los potenciales de pensamiento y de actuar están inmersos en un clima de diálogo y de conversación fluida que surge al confrontar las visiones analíticas de la investigadora, los pacientes y los profesionales del centro de salud en una sesión conjunta. Hasta el momento cada estamento ha producido sus discursos y enunciados de forma singularizada y el cruce en escalonamientos ascendentes se trabaja como parte de una reflexión analítica y comprensiva de la investigadora. En este encuentro, que es nodal por su naturaleza de cruce, enlace e intersección, los estamentos se conjuntan para decidir entre y con todos los participantes. Es un momento donde la interacción, el diálogo, la interlocución, la retroacción, la interdependencia y la organización sistémica sugieren a los participantes un desafío para elaborar propuestas que sean viables de implementar en un marco operacional, transdisciplinar y alternativo para Assbasalud.

4.4.1. Nodo problémico

De acuerdo con la planeación, en este momento del encuentro la investigadora socializa los avances y logros del proceso de reflexión alcanzados en este punto de la investigación obtenida mediante una construcción analítica de las visiones de cada estamento y de los cruces interestamentales efectuados para cada encuentro del árbol de problemas transdisciplinares. Es importante recordar que la reflexión pretende conocer la perspectiva de la atención en Assbasalud empleando la transdisciplina como elemento transversal y para estas etapas de la investigación sobre tres categorías que son fundamentalmente

transdisciplinarios y complejas; el hombre como ser integral, persona humana una integración sentipensante y visión holística de la dignidad humana en la práctica asistencial.

Como resultado de la reflexión en los encuentros anteriores, cada categoría arroja dos problemas articuladores que fueron construidos por los participantes y sintetizados analíticamente por la investigadora en las tablas de análisis, este insumo es el elemento socializado al iniciar este encuentro.

Problema articulador con seis alternativas de solución, metodología, determinar un problema de modo personal y plantea seis posibles alternativas de solución. El ejercicio consiste en pedir a cada participante que autorreflexione acerca de los problemas visualizados para elegir el que ellos consideren importante y proponerle desde su perspectiva las seis alternativas de solución.

4.4.2. Nodo de alternativas relacionales

Los participantes reciben tres figuras geométricas que son, el cuadrado, el triángulo y el círculo, con el propósito de generar una atmósfera de motivación y asertividad para disponer el ánimo y los esfuerzos en la selección adecuada de las alternativas relacionales. El grupo tiene en frente suyo un nodo problémico con seis alternativas relacionales posibles para su solución, de las que la conversación fluida, el debate abierto y el consenso conducen a la selección de solamente tres que cumplen con los criterios de viabilidad, factibilidad y aplicabilidad, en el marco de la clínica Assbasalud.

Los participantes continúan su reflexión, ahora se aprestan a priorizar las alternativas de solución que propusieron a su enunciado problémico en el primer momento del encuentro; el ejercicio se potenció a partir de tres figuras geométricas cada una con valores numéricos simples y con el único objetivo de proponer a ellos un medidor de la magnitud de la alternativa desde su perspectiva subjetiva.

4.4.3. Nodo decisión de decisiones

Decidir entre tres alternativas fue lo que retó a los participantes a priorizar lo que para ellos puede alcanzarse desde su potencial de acción y de participación como actores de la salud en la Clínica Assbasalud. El ejercicio consiste en tomar como punto de partida la alternativa ubicada bajo la figura cuadrado cuya equivalencia numérica es de 3 puntos, y con base en lo enunciado por ellos mismos, definir escrituralmente una propuesta de misión y de visión para que sirva de referente inicial en la construcción del marco operacional con actitudes transdisciplinarias. Sin influir en la comprensión de profesionales y pacientes, la investigadora explica sucintamente lo que es visión y misión institucional, recordando que la reflexión iniciada en el primer encuentro en octubre, teniendo

como hilo conductor tres ejes problemáticos: dificultades de relación con el otro, procesos educativos deficientes, deontología de la profesión.

4.5. Seminario de formación transdisciplinar

La estancia con la realidad encuentra en el seminario de formación transdisciplinar un punto de clímax altamente positivo y favorable. Los funcionarios de la salud, los representantes de los pacientes y la investigadora se acercan al logro de los objetivos, conformando un equipo de trabajo que durante 6 meses ha estado confrontándose con la realidad y con sus propias perspectivas acerca de la situación de la práctica asistencial en Assbasalud; la aventura de conocimiento está generando los frutos que se producen en una tierra fértil y en un campo de construcción solidaria de nuevos aprendizajes transdisciplinares.

Este seminario de formación transdisciplinar aporta nuevos elementos conceptuales, metodológicos y prácticos que le dan a la tesis solidez y confianza en sus contribuciones a la comunidad académica y a la distribución social del conocimiento transdisciplinar. El éxito de su implementación radica en la convergencia de estrategias metodológicas y en la aplicación simultánea del rigor, la apertura y la tolerancia como actitudes transdisciplinarias; estos elementos se evidencian en el decurso de una acción reflexiva que garantiza que los actores de la salud convocados se sintieran acogidos, bien tratados y reconocidos como interlocutores válidos para construir un marco operacional alternativo sobre el cual transformar algunas actitudes, procedimientos y prácticas de atención al paciente y sus redes familiares.

La estrategia metodológica se retroalimentó con el uso significativo de la pedagogía, porque se gestionó un saber y como tal la investigadora debía necesariamente garantizar que los estamentos involucrados en el proceso de reflexión tuvieran acceso expedito al mismo; la educación y la formación como parte del objeto de estudio de la pedagogía posibilitan espacios de convergencia complejos en los que las ciencias de la salud se enriquecen con los aportes multi-referenciales de otras disciplinas. De este modo, se logra que el seminario se construya desde una óptica en la que el saber pedagógico contribuye en la flexibilización de la metodología y la adaptación de esta a las características de cada grupo participante, sin incurrir en excesos de tecnicismo o racionalizaciones instrumentales de los contenidos que se hicieron circular durante el seminario.

El otro elemento que ayuda a fundamentar mejor lo metodológico tiene que ver con algunas apropiaciones efectuadas desde lo didáctico; por tratarse de procesos de enseñanza y aprendizaje la didáctica del seminario logra hacer visible una teoría pedagógica a partir de las concepciones sobre la educación en salud, sus saberes y la participación de los actores convocados. Esta articulación teórico-práctica acentúa que el seminario de formación transdisciplinar aporta a la construcción

de un proyecto social en el que el conocimiento acerca de las ciencias de la salud se expande hacia horizontes transdisciplinarios con el propósito de trascenderlos para convertirse en un aporte a la calidad de los servicios prestados en Assbasalud.

En el seminario se incluyen algunos elementos que desde la lúdica incentivan la configuración de ambientes de aprendizaje agradables, proactivos, en los que la tarea de aprender sea mediada por el juego, la imaginación y el goce estético. El hecho que los funcionarios y pacientes sean personas adultas, con experiencia y formación académica, no se hace incompatible con la posibilidad de recrear en ellos los escenarios que propician un aprendizaje encantador y que aprovecha adecuadamente los recursos audiovisuales, la música, la práctica de otras manifestaciones de la cultura que son indispensables para proponer los diálogos transdisciplinarios y abrirse con tolerancia a la confluencia del conocimiento técnico, académico y popular.

El otro elemento que metodológicamente enriquece el trabajo de seminario es la construcción social de los nuevos conocimientos. En este sentido, los participantes encontraron espacios de autorreconocimiento como actores de la salud que están inmersos en un proceso de transformación; no es fácil lograr que profesionales de la salud y pacientes se encuentren intersubjetivamente en un mismo espacio de formación para juntos definir una perspectiva acerca de la práctica asistencial en Assbasalud y desde allí construir los lineamientos generales para un marco operacional alternativo y transdisciplinar. Es evidente que el cambio apenas empieza y que las soluciones propuestas son aquellas que están al alcance de quienes las propusieron y no tanto en la esfera de las macroestructuras del sistema de salud en Colombia; sin embargo, el mérito está justamente en potenciar auto-capacidades reflexivas, de pensamiento y de acción alineadas en función de decisiones que son personales y que no se imponen desde modelos prescriptivos o condicionantes, en la tabla 3 y 4 se colocan las transcripción de observaciones, reflexiones o comentarios de las personas tal y como se dieron en el proceso.

Con estos elementos metodológicos se procede a efectuar el análisis del corpus de resultado del seminario siguiendo la planeación propuesta y conforme a los momentos sugeridos para su implementación. *La comprensión analítica* surge en el momento de indagación para resolver tres ejes temáticos: ¿qué es el otro en la práctica asistencial? ¿Cómo enriquecer éticamente la práctica asistencial? ¿Cómo educar en salud desde las posibilidades de Assbasalud?

Con respecto a ¿qué es el otro en la práctica asistencial?, que para efectos metodológicos y didácticos corresponden a una de las dos alas de la ventana, los grupos hacen evidente un ejercicio de reflexión en el cual la otredad se comprende como oportunidades, cuidado integral,

capacidad de escucha e integración de saberes de personas que son vulnerables y al ser atendidos enfrentan diferentes temores.

Este otro sufre, en su fragilidad puede verse como un ser sin esperanza, pero que como actor principal de la atención en salud se le debe abrir la ventana para que en el día a día reciba un trato igualitario y no se sienta discriminado. La inclusión es fundamental para que la atención hospitalaria sea un acto de tolerancia sin ningún tipo de barreras de acceso, sean estas ideológicas, políticas, sociales, sexuales, religiosas o de otra procedencia.

En cuanto a la pregunta ¿Cómo enriquecer éticamente la práctica asistencial?, haciendo referencia a otra ala de la ventana, los grupos coinciden en manifestar que es importante la igualdad, el cuidado integral, el respeto, el amor la interacción positiva, los valores, los derechos, los deberes y un trato humanizado que dignifique a las personas involucrados en los procesos de salud. Todo esto con el propósito de elevar la calidad de vida y formar grupos que multidisciplinariamente desarrollen capacidades para trabajar y convivir.

El fondo del marco de la ventana indagaba por lo que para los estamentos significaba una educación en salud desde las posibilidades reales de acción en Assbasalud. Las respuestas coinciden en manifestar la necesidad de orientar charlas que garanticen una comprensión de la salud como un proceso de formación en el otro. Los juegos didácticos y otras propuestas metodológicas enriquecen las acciones formativas y aseguran que los aprendizajes emerjan como el resultado de experiencias agradables y satisfactorias. La buena actitud genera confianza y seguridad en la información que se trasmite, sin perder de vista que funcionarios y pacientes están inmersos en un sistema de derechos y deberes que como ciudadanos deben restaurarse cuando se hace uso de los servicios de salud.

Este desglose de lo generado por los subgrupos de trabajo demuestra que la sensibilización logra sus propósitos de aproximar a los participantes con la metáfora de la ventana abierta, de la cual no solamente surgen los enunciados analizados, sino que comienza a desplegarse un horizonte simbólico para entender que la práctica asistencial es justamente esta figura literaria.

Otro de los interrogantes para concretar escrituralmente la visión de cada participante, plantea la enunciación de algunos principios que desde la transdisciplina fortalecen el marco operacional en construcción; los principios enunciados engloban la visión de una práctica asistencial que se enfoca como una ventana abierta en la que interactúan personas cuya principal característica es la diversidad. La humanización y la ética son aspectos preponderantes para garantizar un diario vivir en Assbasalud en el que dichos principios permitan la accesibilidad a una atención universal digna, respetuosa y diferencial.

A los participantes se les pregunta *¿Cómo ven ellos transversalmente la transdisciplina en la práctica asistencial?* teniendo en cuenta las actitudes de rigor, apertura y tolerancia y en el contexto de lo que implica la ética, la relación con el otro y la educación en salud. Los enunciados propuestos coinciden en determinar que debe existir rigor en el manejo de protocolos, procedimientos y guías; debe darse en apertura a las nuevas opciones de cambio que están más allá de los parámetros preestablecidos al instrumentalizar la racionalidad práctica del sistema de salud. Cambiar conlleva asumir que los actores de la salud son un todo en completud en el que el yo y los otros establecen una comunicación permanente que se retroalimentan en los diferentes momentos de la práctica asistencial.

La apertura transdisciplinaria es para los participantes en el seminario un factor esencial en el éxito de los procesos de educación en salud; las interacciones que retroalimentan a las personas en el día a día del centro de salud, se fortalecen cuando los actores se capacitan y desde la subjetividad aportan a la construcción de entornos solidarios que hacen de esta un lugar agradable en donde se respetan las condiciones humanas singulares. En esta respuesta puede inferirse que las perspectivas transdisciplinarias han sido influyentes en la configuración de nuevos conceptos y en la reintegración de los saberes.

La Clínica Assbasalud está impactada por los problemas macroestructurales de un sistema de salud inequitativo, excluyente y que dificulta el acceso universal a la salud como un derecho fundamental. Esto, sin duda alguna, crea insensibilidad al dolor, conflictos en las relaciones entre los funcionarios, pacientes y redes de apoyo familiar lo mismo que dificultades en la educación, la prevención y la atención integral de un ser humano sentipensante digno, que es razón, emoción, narrativa, e historia personal.

De este modo, se concluye un capítulo conceptualmente rico, caracterizado por una participación activa e intelectualmente efectiva de los estamentos convocados; queda claro que la práctica asistencial, a pesar de esta adversidad instaurada en la base de un sistema de salud que día a día tiende a colapsar, los funcionarios y pacientes encuentran que la transdisciplina puede ayudar en la construcción de agendas comunes para potenciar lo que se tiene, educar en salud y fortalecer las capacidades de pensamiento y de acción para lograr una atención integral ética, con calidez y sensibilidad por el dolor propio y ajeno; de ahí que la misión y la visión alternativas construidas entroncan soluciones que pueden constituirse en la base de un marco transdisciplinar en el que se aborde el rigor efectivo entre los actores de la salud, la apertura científica y metodología para la educación en salud y la tolerancia en la reconstrucción de la relaciones entre estos sobre la base de la mismidad, la otredad y la completud como elementos para humanizar, informar y formar en salud.

CAPÍTULO V

La práctica asistencial una ventana abierta

La práctica asistencial, asumida como una ventana abierta pretende mostrar de qué modo la atención hospitalaria y la gestión de la salud debe abrirse hacia la ciudadanía, asomarse hacia nuevas tendencias y permitir que nuevas luces de conocimiento sobre el saber de las ciencias de la salud traspasen por sus contornos y vitrales; el uso de esta metáfora es de utilidad para darle una organización simbólica al marco transdisciplinar que se propone. Es un intento por plantear de qué forma los pacientes, los profesionales de la salud y las instituciones que están encargadas de atender y asistir en los distintos niveles hospitalarios deben mostrar que se encuentran en un camino de transformación.

En un sentido muy lineal la metáfora se asume como un objeto que se abre y se cierra, que permite a la vigilancia y el asomo hacia afuera de la privacidad de las personas; esto es quizás la pretensión de Hitchcock en su famosa *Ventana indiscreta* y que, retomada por la publicidad y los medios, se emplea como una mediación para capturar imágenes y acceder a ciertas situaciones que están instaladas en la realidad social, política, cultural y económica.

En un sentido mucho más profundo, transdisciplinar y complejo, este fuego metafórico invita al asomo, el asombro, la iluminación y la posibilidad de ver lo que está constituido como imágenes en los entornos de realidad; la ventana permite el paso de la luz, del aire, de la brisa que refresca, es un objeto arquitectónico que conecta las interioridades con los espacios exteriores. Los ventanales y vitrales son idóneos para contemplar los paisajes y penetrar la riqueza simbólica de una montaña, una playa, un río que se devanea alegremente entre los bosques o para contemplar un ave que suavemente se posa en un árbol cercano a una casa solariega.

Este es el uso que pretende darse a la metáfora, por considerar que el marco operacional con actitudes transdisciplinares es justamente una opción institucional para asomarse a la realidad del otro que se atiende, dejando penetrar luces de conocimiento y de sabiduría que aclaren las dudas y respondan las preguntas que se generan en el día a día de la Clínica. Los ventanales son umbrales que aproximan al médico, enfermera, trabajadora social, técnico de atención hospitalaria, secretaria, vigilante, jefe asistencial, entre otros profesionales vinculados, a las prácticas asistenciales con los pacientes y familiares. Pero también permiten que la ciudadanía se asome a la realidad institucional para capturarla en su plenitud, comprenderla y transformarla.

Las alas de la ventana de la práctica asistencial se abren y se cierran simultáneamente porque su recorrido es en doble vía, de tal modo que se retroalimenta la Clínica como un sistema de salud interdependiente

y se garantice el desarrollo de las interretroacciones recursivas que favorecen el diálogo, el buen trato, la ética, los valores, la educación y todo lo que está incorporado en la base del marco operacional que se propone.

Este marco operacional es un puerto de llegada a un proceso de indagación que se inició con los trabajadores de la salud y los representantes de los pacientes en el Comité de Pacientes; se trata de un ejercicio de construcción social, de conocimiento de una perspectiva transdisciplinaria que sirvió de hilo conductor a un acto complejo y cognoscente, de tejer hilos diversos para construir una red solidaria, de interacciones académicas, culturales y sociales entre todos los participantes en este proceso. Es precisamente el resultado de un viaje que buscaba sensibilizar y motivar cambios de perspectivas con respecto a la práctica asistencial, sus concepciones éticas, las acciones educativas que esta compromete y, fundamentalmente, en lo que concierne a las actitudes que deben favorecerse en los actores de salud que están involucrados en el día a día de la Clínica Assbasalud.

Algunas propuestas emergieron en el diálogo sin condiciones, los razonamientos libres y la conversación fluida y espontánea en un marco operacional alternativo que puede desplegarse con tan solo la voluntad decidida de quien se deje seducir por los planteamientos. La alternativa es el camino que debe transitarse para lograr que las voluntades se conjunten, los aprendizajes sean recíprocos y las solidaridades se transversalicen como hilos invisibles que construyen redes de intersubjetividad, afecto, emotividad y razón en los diferentes momentos que comporta la práctica asistencial hospitalaria en una clínica de primer nivel como Assbasalud.

5.1. Cambiando la perspectiva

El primer desafío para aceptar el marco operacional, es reconocer que los funcionarios de la Assbasalud, los pacientes y familiares deben esforzarse por incorporar cambios en la perspectiva asumida sobre las prácticas de atención hospitalaria. En la apreciación artística la perspectiva se refiere a la profundidad de la imagen y esto es fundamental para entender que los problemas de la salud en Colombia y en sus instituciones de base no pueden analizarse y resolverse desde una mirada superficial. Es importante tener en cuenta todas las circunstancias que rodean la gestión de la salud para que se efectúen observaciones y se generen discusiones con rigurosidad metódica, apertura hacia distintas visiones y tolerancia por los puntos de vista divergentes.

Esta premisa inicial es básica para comprender que una perspectiva no se cambia fácilmente, porque “se trata de aceptar la diferencia, de adquirir la capacidad de cambiar la perspectiva y actuar con esta nueva

visión, equilibrando los intereses y poder sentir empatía” (Rehaag, 2010, p.78).

Es precisamente un ejercicio de auto, co y heterorreflexión en el que debe lograrse impactar los pensamientos para que se pongan en marcha procesos de transformación que reconozcan la diversidad y empáticamente construyan escenarios en donde los poderes y los intereses se equilibren en función de una atención con calidad, accesible, eficaz y que garantice la cobertura ciudadana que se espera.

Cambiar la perspectiva sobre la práctica asistencial implica asumir que existen competencias interculturales a fortalecer y esto puede lograrse cuando se plantea la transdisciplina como metodología para determinar los problemas, proponer las decisiones que pueden solucionarlos e implementar las acciones que se requieren en la búsqueda de nuevas alternativas para la mejora constante de la gestión del conocimiento sobre las prácticas hospitalarias. El marco operacional como esa gran ventana que se abre, encuentra en el cambio de perspectiva un primer paso hacia el desafío de poner frente a frente los actores de la salud y despertar en ellos intereses de compromiso que se enfoquen hacia la búsqueda de una mejor atención y una mayor participación de los sujetos que están interactuando diariamente en la práctica asistencial.

Es, por tanto, pertinente, necesario y deseable que la perspectiva sea compartida, pero respetando profundamente la identidad personal y las cosmovisiones que cada actor de la salud construya sobre su devenir histórico y existencial, porque no cabe duda que “cada uno debe aprender a reconocer, a entender, a interpretar y a valorar la diferencia, y también a poder aguantar en determinadas situaciones la diversidad” (Rehaag, 2010, p.78).

Reconocer los niveles diferenciados de la realidad, aceptando que la diversidad es un elemento constitutivo de esta, es uno de los soportes de la perspectiva transdisciplinaria que iluminó la construcción investigativa y generó los espacios de comprensión sobre los cuales se dinamizaron las acciones de este proceso investigativo. Esta intencionalidad es evidente en cada una de las facetas, momentos y espacios que se implementaron para comprometer responsablemente a los actores de la salud que participaron en el árbol de problemas y de decisiones transdisciplinares, lo mismo que durante el desarrollo del seminario de formación transdisciplinar. Esta es una observación válida para indicar que desde el primer momento se fueron propiciando escenarios de interacción, conversación e intercambio *psicoafectivo* para predisponer las voluntades y sugerir cambios en los pensamientos.

Al comienzo la perspectiva sobre la práctica asistencial estaba centrada sobre las deficiencias macroestructurales del sistema de salud en Colombia, el cual es un aparato hegemónico, arbitrario y que no

siempre cumple con los fines de atender integralmente la salud de los ciudadanos; no se puede desconocer que, problemáticas reiteradas como la des-financiación, el ajuste fiscal, la vulneración de los derechos individuales, la falta de transparencia y de otros elementos que dibujan un sistema perverso e inhumano, fueron temáticas recurrentes en el diálogo con los actores convocados⁴.

Esta primera aproximación fue importante para diagnosticar que *sí* existe un sistema que instrumentaliza la salud, la convierte en una mercancía y genera exclusiones que acentúan las brechas de inequidad en las prácticas de atención hospitalaria. No obstante, la identificación de estos males recurrentes y crónicos suscitan los intercambios interdisciplinarios para buscar nuevas ópticas de pensamiento y de acción. En este proceso transdisciplinar de indagación, diálogo y gestión del conocimiento se develan otras reflexiones y propuestas mucho más cercanas al pensar, al ser y al hacer de los profesionales, pacientes y directivos de la institución. Esto es lo que se plantea como parte de este primer apartado que sirve de base filosófica al marco operacional propuesto, de tal forma que todos los actores de la salud que diariamente visitan Assbasalud pueden ingresar en un campo de reflexión compartida para que la perspectiva sobre la práctica asistencial pueda cambiarse a partir de los elementos que están al alcance de la mano y que dependen de la apertura, la voluntad de cada persona en particular.

5.1.1. *El hombre un sistema integrado*

La visión integral del ser humano es de gran importancia para derribar las barreras que se interponen entre las personas y lograr que las fronteras entre los saberes se disuelvan en un esfuerzo por crear ópticas compartidas sobre el hombre, la sociedad, el medio ambiente y la salud. El humanismo está en la base de una concepción en la que el trabajador de la salud, los pacientes, sus redes de apoyo familiar y las instituciones que se ocupan de la gestión del cuidado encuentren espacios de interlocución, diálogo y acción efectiva.

Esta forma de entender una práctica asistencial que genera la perspectiva de un hombre integral, se encuentra instaurada en la idea de una "sociedad plural" en la que las brechas de inequidad deben acortarse para que la salud sea un patrimonio real que tenga como su único dueño y garante el "todo social" (Solórzano,2008, p.347).

Es indudable que la transdisciplina sirve de enlace para propiciar los nuevos modos de compartir las visiones de un ser humano integral,

⁴Este trabajo es el resultado de una estancia con la realidad en la que a partir de una construcción transdisciplinar funcionarios, pacientes y la investigadora analizan el sistema de salud en Colombia desde la realidad institucional de la Clínica Enea Assbasalud.

máxime cuando se acepta “que el ser humano es a la vez biológico, síquico, social, afectivo, racional. La sociedad comporta dimensiones históricas, económicas, sociológicas, religiosas...” (Morin, 2001, p.16).

El hombre es, por otro lado, una realidad que se comprende en un juego contradictorio de racionalidad e irracionalidad, objetividad y subjetividad, medida y desmesura.

La práctica asistencial está protagonizada por un hombre que es esencialmente humano, quien vive en medio de una realidad que lo afecta y en su estado de ánimo refleja la felicidad, la tragedia, el drama existencial y toda variedad de sentimientos “él sonríe, ríe, llora, pero sabe también conocer objetivamente; es un ser serio y calculador, pero también ansioso, angustiado, gozador, ebrio, extático; es un ser de violencia y de ternura, de amor y de odio” (Morin, 2001, p.30).

Una clínica es un espacio donde el acontecer cotidiano es testigo de todas estas facetas de la humanidad; no se trata solamente del paciente porque esta concepción de integralidad incluye a los funcionarios y a todos los que de alguna manera ayudan a dibujar el devenir institucional. La unidad en

La diversidad es el rasgo característico de un entorno humano que reúne a personas de diferentes estratos sociales, ideas, tendencias sexuales, imaginarios culturales o intereses políticos. En todo esto la visión integral es la que transversaliza la búsqueda de una perspectiva compartida en la que se reconoce que no solo hay una unidad cerebral, sino mental, síquica, afectiva e intelectual. Además, las culturas y las sociedades más diversas tienen principios generadores u organizadores comunes. (Morin, 2001, p.27)

Encontrar los principios de reintegración cultural y social es un paso sólido para construir una visión integral de la práctica asistencial en la que la salud es un patrimonio colectivo que no puede comercializarse o acapararse en las manos de minorías inescrupulosas que enriquecen sus arcas y aumentan su poder a costa del dolor y el sufrimiento ajeno. El hombre que se atiende, el profesional responsable de la atención y las familias que apoyan el trabajo de la Asbsalud no son objetos que deben restaurarse ni tampoco islas que fragmentadamente navegan en un mar de conflictos y tensiones. Las personas son integrales, multidimensionadas y se mueven en espacios de un todo social, incluyente, pluralista y que respeta la potencia del principio de unidad en diversidad.

5.1.2. El binomio razón-emoción

En el acervo cultural de la sociedad de hoy, la palabra binomio se utiliza para denotar la unión de dos entidades distintas con la intención de fortalecerse mutuamente. Como expresión algebraica denota la

integración de dos monomios que en la práctica puede asumirse como la noción que genera formaciones compuestas por entidades singulares; que presentan lenguajes distintos. Esta conceptualización propone que en la práctica asistencial unir la razón y la emoción es un reto de integración para lograr equilibrio en la gestión de los cuidados y la implementación de los procedimientos clínicos.

Enfrentar transdisciplinariamente la atención en salud no puede establecer separaciones ni dicotomías porque el cambio de perspectiva remite a la diversidad de valores, sentimientos, razones y creencias que se encuentran en la profundidad de un ser humano que es al mismo tiempo una unidad pensante y sentiente “somos entidades biopsicosociales con heridas emocionales, carencias afectivas y conflictos internos que influyen en nuestro grado de bienestar, armonía y equilibrio” (Sanz, 2000, p.222).

Las heridas emocionales, las carencias afectivas y los conflictos no pueden pasar desapercibidas en el día a día de la Clínica ya que en estas expresiones de humanidad se refleja el rostro humano de las ciencias de la salud. Pacientes, profesionales y demás actores de la salud se conmueven ante el dolor y el sufrimiento en la cotidianidad, que en ocasiones puede ser dramática y devastadora. La racionalidad instrumental determina que un profesional debe obrar con ética e imparcialidad, mientras que la visión transdisciplinaria de la atención sugiere que este debería actuar equilibradamente y no convertirse en un observador impávido e insensible de las angustias y de los dramas que pasan diariamente en frente de él.

Conformar un binomio sólido y potente entre razón y emoción es una pretensión que apunta hacia el devenir de una práctica asistencial de hombres y mujeres sentipensante, porque según Galeano (2000) sentipensar

Es el proceso mediante el cual ponemos a trabajar conjuntamente pensamiento y sentimiento, dos formas de interpretar la realidad, mediante la reflexión y el impacto emocional, hasta converger en un mismo acto de conocimiento y acción. O dicho de una manera más sencilla, sentipensante es toda persona que siente lo que piensa y piensa lo que siente. (p.20)

Sentipensar es un camino de claridades que puede encontrarse en la maraña de oscuridades que emergen circunstancialmente en el día a día de la práctica asistencial; pensar lo que se dice y decir lo que se piensa, aparte de ser un acto que engrandece la democracia del conocimiento, es un detonante para potenciar una nueva forma de ver al actor de la salud en la que el sentipensar se fortalezca como “la facultad de reunir el alma al cuerpo y la razón al corazón” (Galeano, 2000, p.23).

La búsqueda de la humanización de los servicios clínicos no es más que adentrarse en los territorios de las personas sentipensante, de aquellas que piensan con el corazón y para quienes la razón no es el único criterio imperativo de la verdad porque reconocen que los lenguajes culturales son diversos y esto es lo que le da belleza a ese jardín humano en el que florecen personalidades distintas. Sentipensar es un verbo que podría conjugarse diariamente en las instituciones de salud para recordar que yo, tú, él y nosotros somos solidariamente humanos y culturalmente hermanos.

5.1.3. La triada respeto, buen trato y dignidad humana

La triada denota la fuerza que se retroalimenta interrecursivamente cuando el respeto, el buen trato y la dignidad humana emergen en los distintos momentos de la práctica asistencial, así se concibe una vinculación estrecha y relacional que caracteriza la atención hospitalaria cuando incluye las actitudes transdisciplinarias en su base conceptual, práctica y metodológica. El vínculo triádico es integrador, holístico y sistémico por que articula conceptualmente tres elementos de naturaleza distinta, pero que conservan una interacción sinérgica y poténciate.

Esta triada encuentra en la dignidad un insumo que es fundamentalmente bioético y que sirve de enlace epistémico a lo que connota el respeto y el buen trato en la práctica asistencial. Gómez (2008) afirma: “La dignidad se transforma en un derecho moral básico, que garantiza al ser racional respeto para consigo mismo y respeto para con los demás” (p.47).

La derivación de la tríada puede asimilarse desde este marco normativo teniendo en cuenta que en un Estado democrático el respeto, el buen trato y la dignidad son tres elementos que se conjugan para garantizar que la salud sea un derecho fundamental al que el ciudadano accede sin barreras, con calidad y en condiciones de equidad y justicia sanitaria. Los cuidados en salud son garantías que no pueden negarse a la persona para ser coherentes con un sistema de gobierno que encuentra en el reconocimiento por este tipo de derechos la piedra angular del edificio de la justicia y de la democracia; por tanto, “no hay humanidades sin respeto racional, sin preferencia por lo racional, sin fundamentación racional a través de la controversia de lo que debe ser respetado y preferido” (Savater, 1997, p.58).

El respeto es una virtud sin la cual no es posible valorar integralmente la condición de persona humana que está en cualquier tipo de consideración ética, moral o axiológica efectuada acerca de la práctica asistencial. Savater (1997) considera que “respeto a la razón al margen de la fe y a veces subrepticamente contra ella, configura el verdadero punto de partida de las humanidades y del humanismo” (p.57).

Una práctica asistencial es aquella que dignifica a la persona, sea un paciente, un profesional de la salud, un familiar, un jefe asistencial o cualquier otro actor involucrado en la gestión de la salud. El respeto por el otro asegura que un buen trato sea una premisa compartida entre ellos y que en las relaciones cotidianas se demuestren actitudes que favorezca una atención donde se privilegien los valores y las virtudes. No es posible concebir un ejercicio profesional en el campo de la salud en el que se menosprecie al ser humano que se atiende y se le trate como si fuera un objeto o una mercancía.

El cambio de perspectiva remite a encontrar en la triada respeto, buen trato y dignidad humana, tres conceptos que potencian la calidad de la práctica asistencial y construyen relaciones interpersonales de interdependencia; esto es importante para promover espacios de interacción que apunten al fortalecimiento de las capacidades para comprender el horizonte subjetivo del otro y de los otros en el nuevo marco operacional que se propone. Todos los seres humanos quieren recibir un buen trato, considerarse respetados en su multi-diversidad y en el pluralismo de sus propias convicciones y orientaciones. De ahí que cualquiera que sea la circunstancia en que se brinda la atención, no puede en ningún momento desvirtuarse la fuerza de la triada, ni mucho menos desplazarse a la persona como el centro de toda atención hospitalaria.

5.1.4. Compartir el dolor y aminorar el sufrimiento

En las discusiones generadas con el grupo de trabajo se resalta que en una perspectiva fragmentada y deshumanizada de la práctica asistencial el dolor y el sufrimiento se ausentan. El día a día de una clínica es intenso, todo va demasiado rápido y en ocasiones aparecen como una tormenta que produce caos y frustración. El paso por el triaje, la solicitud de medicamentos, la espera para obtener una cita, la escasez de profesionales en cada turno y muchas otras situaciones concretas suelen crear un panorama en donde pareciera que se omite el sufrimiento y el dolor se niega como una realidad existencial que impacta negativamente.

La otra característica propia del dolor y del sufrimiento es que no son comunicables hacia afuera de quienes lo padecen; solo el enfermo sabe hasta qué grado de intensidad se desbordan sus dolores y angustias, es así como

Al resistirse y luchar contra el dolor se genera también sufrimiento, especialmente porque la experiencia de sufrimiento es incomunicable y muy difícil de compartir. El dolor y el sufrimiento no se pueden medir ni pueden ser experimentados por otra persona que no sea el enfermo, por ello es incomunicable. La pérdida de sentido es parte esencial en el sufrimiento. El sufrimiento siempre envuelve un conflicto personal.

El peligro de pérdida de integridad reside en el significado que tiene el dolor para la persona que lo sufre o en la creencia acerca de las consecuencias que tendrá. (Rodríguez, 2016, p.2)

En un marco operacional alternativo y transdisciplinar no puede perderse el sentido de humanidad que el dolor y el sufrimiento recuerdan diariamente. En el drama de las existencias de las personas que asisten a la Clínica Assbasalud, los temores, las inseguridades, la desesperanza e incluso la violencia, son consecuencias de una atención y gestión de los cuidados que es displicente y ajena al dolor. Los sentimientos de acogida, el abrazo solidario y la palabra amable pueden quedarse atrapados en la trampa de un sistema que frenéticamente pretende atender como si se tratara de la asignación milimétrica de turnos y de espacios de tiempo.

El no manejo de estos dos conceptos puede convertir la práctica asistencial en un laberinto de soledad en el cual los pacientes y los mismos funcionarios sienten las repercusiones del aislamiento y la exclusión. A este respecto, Laverde (1998) afirma:

El dolor y el sufrimiento se asocian con la enfermedad y la hospitalización, circunstancias en que la persona se encierra en sí misma en un ambiente no familiar; genera sentimientos de miedo y desconfianza, donde el dolor y la soledad terminan por aislar a la persona. Hay un gran miedo a no ser escuchado, a no poder expresar los sentimientos y temores. (p.188)

Por lo tanto, compartir el dolor y aminorar el sufrimiento forma parte de ese rigor, de la apertura y de la tolerancia que exige una práctica asistencial transdisciplinaria; no se trata tan solo de paliar las enfermedades con medicamentos y terapias, es mucho más que el uso de los recursos científicos para cada diagnóstico y patología. Lo que realmente interesa es hacer sentir que el aislamiento puede ser reemplazado por la acogida, la soledad sustituida por una amigable compañía y la frustración aliviada con palabras que imprime optimismo y el abrazo simbólico de una persona que sin sentir la intensidad del dolor y de sufrimiento por lo menos se solidariza.

El cambio de perspectiva sobre la práctica asistencial desafía a los actores de la salud con respecto a la pertinencia que tiene compartir el dolor para aminorar el sufrimiento. La gestión del cuidado y la atención en salud son procesos que tienen como finalidad preservar la vida, alargar la existencia humana y paliar la intensidad que causan los rigores de una enfermedad cualquiera que esta sea, por esta razón es difícil asumir que el dolor y el sufrimiento son pasajeros que llegan y se van sin dejar huella en los corazones de quienes comparten el espacio vital de la cotidianidad institucional; esto sería negar que los hombres son sentipensantes, multidimensionados y que en ellos existe

una dimensión de trascendencia que los pone en contacto con todas las realidades tangibles e intangibles del mundo de la vida.

5.1.5. *El amor como utopía terapéutica*

El valor terapéutico del amor amplía el horizonte de cientificidad de la práctica asistencial. Las rutinas diarias en Assbasalud no pueden pasar por alto que el verbo amar no es solamente la expresión romántica del idealismo en la condición humana. Los amores cuando se comparten mejoran las relaciones entre los profesionales, los pacientes y las redes de apoyo familiar, alimentando la esperanza de vivir y ayudando a leer la palabra futuro en el firmamento del horizonte institucional.

El amor como opción terapéutica así sea en una condición de utopía realizable, contribuye en la promoción de muchas otras virtudes y valores que se requieren para una práctica asistencial transdisciplinaria y humanizada. En relación con lo anterior, Drummond (1991), citado por Laverde (1998) desarrolló nueve componentes básicos del amor:

Delicadeza, entrega, tolerancia, respeto, paciencia, bondad, generosidad, humildad y desprendimiento". Al revisar cada uno de estos componentes, encontramos que estos han estado presentes a lo largo de la historia de la profesión, en ocasiones vistos como legado histórico desde lo religioso y del propio rol de la mujer; sin embargo, en la actualidad recobran una gran relevancia desde la mirada humanística del quehacer de enfermería. (p.23)

No se trata de forzar que estos elementos surjan sin la mediación de la voluntad y el deseo de quienes participan diariamente en la práctica asistencial. La pretensión es que se compartan en los mínimos detalles del quehacer cotidiano y en el cara a cara de la relación entre los actores de la salud. La delicadeza puede verse en la cordialidad de un trato empático, la bondad como solidaridad en el dolor, la entrega en la dedicación responsable a las labores, la tolerancia en la aceptación de la diversidad, el respeto en el reconocimiento de la singularidad individual, la paciencia en los momentos de tensión generados por los conflictos, la generosidad como un altruismo que está más allá de lo procedimental y la humildad en aquellas situaciones donde está de por medio la igualdad de la condición humana.

Las observaciones efectuadas en este planteamiento no son más que ejemplos para ilustrar que el amor está presente en todas las circunstancias de la atención hospitalaria y, que así los trabajadores de la salud o pacientes no estén conscientes de ello, la práctica asistencial debe necesariamente significarse y enriquecerse con este tipo de vinculaciones afectivas y emotivas. Porque "el amor es una forma de vivir, de mirar y de sentir la vida en una dimensión globalizante. Es la preocupación permanente por la vida y por el crecimiento de aquello que amamos" (Laverde, 1998, p.190).

Esta perspectiva del amor es altamente visionaria y encuentra en la preocupación por la vida un péndulo que está recordando la necesidad de crear nuevas esperanzas, tejer sueños de bienestar y construir territorios de acogida en las instituciones de salud. Amar debería ser una estrategia en la rutina diaria de la atención hospitalaria, una mediación simbólica que produce enlaces bio-psico-afectivos y un tanque de oxígeno que constantemente provee de aire renovado a los ambientes laborales y culturales que se producen en el devenir institucional. Soñar con un amor terapéutico es un derecho legítimo de quienes encuentren en la transdisciplina una herramienta para humanizar la práctica asistencial.

5.1.6. Tejiendo redes de solidaridad

La red, como metáfora sugiere distintas interpretaciones en diferentes campos de la vida humana, incluso del mundo de la naturaleza. Las arañas tejen sus redes para atrapar a sus presas. En el deporte la red se utiliza para denotar el lugar donde se culmina una jugada. Las telecomunicaciones funcionan a partir de esta noción y los amigos hacen circular las afectividades en un sistema de redes interpersonales; en cualquier circunstancia la red es un cruce fino y delicado de hilos, cuerdas o cualquier otro elemento material. Los sombreros, las telarañas y otros elementos decorativos son en esencia tejidos que estéticamente deben cruzarse para crear la urdimbre y la trama de una malla que soporta todos los puntos de encuentro de cada material.

Las redes de solidaridad intersubjetiva son esos hilos invisibles que se tejen entre los pacientes, los profesionales y sus familias; el núcleo familiar es fundamental para proveer a un enfermo el apoyo psicológico y moral que necesita cuando está en los momentos de crisis. La solidaridad podría considerarse como uno de los materiales que ayudan a crear resistencia en las redes. Nava (2010) aporta lo siguiente:

La solidaridad es la determinación firme y perseverante de empeñarse por el bien común, por el bien de todos y cada uno, para que todos sean verdaderamente responsables de todos. No hay yo sin tú. La necesidad de los demás es evidente en todos los aspectos: el existir, el desarrollarse, el bienestar y el bien ser. Por este principio, se motiva a toda persona a realizarse por sí misma, participando a su vez en la realización de sus semejantes. En el caso de la salud, se considera la propia vida y la de los demás como un bien que no es solo personal sino también social y se exige a la comunidad la promoción del bien común promoviendo el bien de cada uno. (p.96)

Este elemento solidario es intersubjetivo y reclama de hecho una alta valoración de la vida propia y de la vida ajena. En la práctica asistencial las solidaridades se generan constantemente y permean las relaciones interpersonales que se derivan cuando se gestionan los cuidados en salud. El paciente siempre estará expectante a la compañía de sus

familiares y esta es para él una fuente de felicidad y de bienestar. La transdisciplina permite que las redes se tejan con solidez y sin perder de vistas las normas de hospitalización contribuyen en la creación de espacios de diálogo para que la familia pueda participar en los cuidados y el manejo de la enfermedad. Si los enfermos no cuentan con una familia que los acompañe las redes de solidaridad se hacen más importantes porque demandan de los trabajadores de la salud una actitud de apertura y de tolerancia hacia ellos, matizado con los ingredientes de un amor terapéutico y de un humanismo integral.

5.1.7. *Humanizar amplía la base científica*

La práctica asistencial no se reduce solamente a la formulación médica, el diagnóstico de patologías o de manejo de la enfermedad; en la cotidianidad de la Clínica se cruzan sentimientos, valores, afectividades, pero también emociones y momentos caóticos de alta tensión y conflicto. Los actores de la salud ríen, lloran, se irritan y demuestran todas las facetas de esa humanidad que puede ser constructiva y sinérgica o elevarse a los más altos niveles de angustia, desesperación y violencia.

Esta es la descripción de una práctica en la que convergen todas las paciones que afloran cuando el ser humano se expone ante la tribulación y la vida, se pone en riesgo por algún factor biológico, neuronal, psicológico o cultural; pero todo esto no es otra cosa que la expresión de lo más humano que se encuentra en la profundidad de una persona que es, en esencia, una mezcla *sui géneris* de racionalidad, sensibilidad, emoción y trascendencia, por esta razón

El cuidado humanizado es más que un buen trato o satisfacción del usuario, es que “el otro” necesita ser cuidado y al realizarlo el equipo de enfermería y el paciente obtienen frutos, no solo recibe el paciente y su familia, sino que también el profesional y el equipo que entrega los cuidados, se aprende y se crece junto con ellos. (Ceballos, 2010, p.34)

La humanización no solo amplía la base científica de la práctica asistencial, también orienta un andar en alianza por un camino de otredad en el cual los seres humanos se confrontan, son solidarios y se ponen frente a frente para decidir cómo cuidarse y de qué manera conseguir que el día a día de la Clínica sea menos severo y angustiante. Es importante anotar que

La humanización no se puede expresar como una receta que se aplica como con ciertos productos bajo el esquema de “leer y hacer”. Podemos considerar que en un proceso de humanización es importante denominar las dos trinidadas. La trinidad humana que relaciona individuo, especie y sociedad, y significa la concepción de libertad y la trinidad mental representada por la pulsión, la afectividad y la razón. (Morin, 2003, p.151)

En el marco operacional propuesto no se quiere incurrir en estos formulismos con respecto a la humanización, por el contrario, la pretensión es lograr que el verbo humanizar se conjugue sin necesidad de imposiciones arbitrarias o de regulaciones éticas; debe ser un acto que nace en la interioridad de una persona que se compromete con mejorar la atención hospitalaria y construir en Assbasalud espacios de acogida y habitabilidad con el otro. El sentido de esta afirmación está precisamente en adquirir una conciencia de respeto y valoración por la persona que se atiende sin importar la naturaleza de sus condiciones ideológicas, políticas, económicas y culturales.

El cambio de perspectiva conduce a una práctica asistencial humanizada en la que el uno y el otro convergen como entidades multidimensionadas y diversas. La solidaridad, el buen trato, la empatía, el amor y otros sentimientos se expresan en un devenir que diariamente restituye y restaura la condición de humanidad que rodea a los profesionales, pacientes y familiares; de este modo podrían resolverse algunos problemas que se derivan del uso desgastado y reiterativo del concepto de humanización en las ciencias de la salud porque la óptica que se propone intenta circunscribirlo en el día a día histórico y concreto de quienes participan en la práctica asistencial.

5.2. Perspectiva transdisciplinaria de la práctica asistencial

La investigación encuentra en la perspectiva transdisciplinaria un punto de quiebre con respecto a los modelos que tradicionalmente se implementan en el sector de la salud, sin pretender en ningún momento descalificarlos o descartarlos en su validez y pertinencia o aplicabilidad en la gestión de los conocimientos, saberes y prácticas de la salud.

Al diferenciar multidisciplinariedad, interdisciplinaria y transdisciplinaria se encuentra que

Un conjunto de especialistas puede ser denominado multidisciplinario o pluridisciplinario, pero no por el mero hecho de estar juntos se torna interdisciplinario. La yuxtaposición de especialistas (multi- o pluri-) no produce la interdisciplinaria, que es, insisto, una consecuencia metodológica de concebir ciertas problemáticas desde una perspectiva en particular. (García, 2006, p.93)

Mientras que “El enfoque transdisciplinario se refiere en lo esencial a una visión de los fenómenos a investigar que trasciende las diferentes disciplinas y se basa en una participación global en el sentido de una cooperación sistemática con las personas afectadas” (Miguel García, 2006).

Lo anterior sustenta que se haya realizado el trabajo con la comunidad y los profesionales de la Clínica Assbasalud, con una aproximación completa a los tres pilares de la transdisciplina planteados por

Nicolescu (2009): “los niveles de realidad, la lógica del tercero incluido y la complejidad” (p.36). Esta aproximación muestra que lo transdisciplinar, en el caso del objeto de estudio seleccionado, puede emplearse en procesos de indagación donde sea necesario identificar problemas en la práctica asistencial, delimitarlos desde la realidad institucional y tomar democráticamente las decisiones que contribuyen en la solución de los mismos.

Por lo tanto, la perspectiva transdisciplinaria que se detalla en este apartado, es el resultado de un ejercicio de reflexión individual y colectiva que encontró en el árbol transdisciplinar una metodología idónea para generar espacios de comprensión fundados en la participación intersubjetiva y el diálogo interretroactivo. Cuando las investigaciones se realizan empleando la investigación-acción como estrategia para promover el trabajo en equipo hay tres elementos que deben fortalecerse desde la perspectiva transdisciplinar. El primer elemento es la “multidimensionalidad del objeto transdisciplinario” (La Rosa, 2005, p.7) entendido como la diversidad constituyente de los paradigmas que se estudian, que en el caso de esta investigación se asumen como perspectivas acerca de la práctica asistencial.

Se construyó un marco teórico metodológico en el cual desaparecieron las fronteras o límites entre las disciplinas, profesiones y puestos, evidenciado en el trabajo realizado en sucesivos procesos reflexivos de dialogo construido; el conocimiento se reorganizo a partir de la autoformación de los actores en prácticas dialogantes interretroactivo recursivas y sistémicas.

Como otro elemento, se debe que considerar la “multirreferencialidad del sujeto transdisciplinario” (La Rosa, 2005, p.8), que se comprende como las posiciones diferenciadas que cada sujeto participante asume cuando epistemológicamente fundamenta sus percepciones. Finalmente, el otro elemento es el conocimiento transdisciplinar, que implica un abordaje de “verticalidad del acceso a la cognición transdisciplinaria” (La Rosa, 2005, p.8), que sugiere un recorrido compartido entre todos los sujetos mediante el cual sea posible eliminar las barreras de acceso al conocimiento y solucionar colectivamente las resistencias epistemológicas o lingüísticas que se suscitan en las circunstancias investigativas que potencian la conversación y el intercambio conceptual entre actores de la salud que tienen como característica la heterogeneidad y diversidad en sus concepciones, criterios y puntos de vista.

Vista de este modo, la perspectiva transdisciplinaria de la práctica asistencial, se construye en el espacio común de Assbasalud y con la interacción crítica de los actores de la salud en una relación que es integralmente dialógica, multirreferencial, multidimensionada y metodológicamente pluriperspectiva. Esto es lo que garantiza que la transdisciplina se concreta en “una praxis real y dialogante” (De

Zubiría, 2006, p.20) mucho *más allá de los niveles de vinculación disciplinar, multidisciplinar o interdisciplinaria, como dice Galeffi, (2014):*

Se trata de un modelo epistemológico que se diferencia del modelo disciplinar dominante por su articulación compleja y por su dinámica inclusiva formalmente elaborada, para la cual el Tercero es incluido como medio articulador de toda unidad abierta, en la diversidad y la multiplicidad de los acontecimientos generados, en permanente transformación y manutención -la autopoiesis de los sistemas de toda materia- de la energía del Universo. (p.32)

En la práctica asistencial lo que se evidencia es esta necesidad de articulación de inclusión, como el elemento potenciante para la implementación del marco operacional y transdisciplinar sin apelar a la imposición autoritaria de las jerarquías institucionales. En los modelos tradicionales de gestión de la salud las jerarquías se aprecian formalmente en los mecanismos de control y de mando lo que genera disyunciones en el modo como los pacientes, familias, profesionales y administradores de la salud acceden al conocimiento sobre la realidad y los problemas que pueden confrontarse en una clínica de primer nivel como Assbasalud o en cualquier otras de las instituciones que prestan este tipo de servicios.

La articulación y la inclusión son complejas por cuanto muestran que en el fondo de las transdisciplina hay instalados principios, modos de acceder al conocimiento, vías para la toma de decisiones y prácticas de interacción subjetiva que proponen lógicas y dinámicas distintas para problematizar la realidad asistencial y buscar las soluciones en un proceso de reflexión que sea vinculante, significativo y profundamente comunicativo. Esto es lo que se detalla en los puntos siguientes de este apartado, con el propósito de mostrar al lector de qué manera la transdisciplina produce espacios para el encuentro de la multidimensionalidad, la multirreferencialidad y la diversidad en todos sus matices y facetas, justamente cuando se promueve un trabajo en equipo que no es instrumentalizado y que se gestione sobre la solidaridad y la colaboración como dos pilares para avanzar en la construcción social de la relación simbiótica entre ciencia, salud, atención integral e institucionalización de los saberes de los diferentes actores involucrados en los procesos.

5.2.1. *Prácticas dialogantes*

Toda práctica dialogante tiene como finalidad incidir o impactar en la comunidad de actores de la salud y, obviamente, en la opinión pública; en este proceso de indagación sobre la práctica asistencial en Assbasalud la metodología transdisciplinar empleada logró “romper muros” (Zaitegi, 2016, p.118).

En el sentido de contribuir en la disolución de la barrera que muchas veces separa a los pacientes de los profesionales que los atienden, esta es una captura epistemológica que como hallazgo puede replicarse en otros escenarios similares, siempre y cuando se generen las condiciones de sensibilidad, motivación y acción solidaria para que el diálogo pueda visualizarse en la práctica concreta de la discusión y la gestión del conocimiento.

Derrumbar los muros es una acción poderosa que implica una descodificación de pensamientos y conceptos que están en el fondo de las perspectivas acerca de la práctica asistencial; cuando se descodifica se remite a una actividad de diálogo que debe conducir a la apertura y a la tolerancia como actitudes transdisciplinarias que ponen al sujeto en disposición hacia el cambio. La transdisciplina como práctica dialogante es básica para que esto se logre mediante la conformación de grupos que sin importar su heterogeneidad y diversidad puedan constituirse como “comunidades de aprendizaje” (Zaitegi, 2016, p.118).

Crear comunidades de aprendizaje en las que puedan articularse la complejidad de relaciones que se derivan al confrontar relaciones de pacientes, trabajadores de la salud, redes de apoyo familiar y autoridades no es una empresa fácil en su implementación, esto exige que el modelo metodológico que se implementa para conocer la realidad y problematizarla se dimensione desde lo pedagógico, porque “un modelo pedagógico dialogante debe reconocer las diversas dimensiones humanas” (De Zubiría, 2006, p.8).

Es posible que el fracaso de algunas iniciativas para producir conocimiento en salud, que aporten soluciones a los problemas que confronta una clínica, esté justamente en pasar por alto que estas instituciones son territorios donde se cruzan las diferencias que demarcan las fronteras ideológicas, sociales, políticas, culturales y de posicionamiento con respecto al mundo de la vida.

Plantear que en una clínica estos muros pueden romperse y estas barreras derribarse, es un desafío que convoca la implementación de prácticas dialogantes que, desde una perspectiva transdisciplinar, asuman que los actores de la salud son parte del problema y de las soluciones. Esto significa ir en contravía de algunos modelos que transdisciplinariamente verticalizan el proceso de toma de decisiones y lo circunscriben tan solo a la instrumentalización de racionalidades ilógicas que operan esquemáticamente en la base deontológica y procedimental de la práctica asistencial; el diálogo en una mirada transdisciplinar es mucho más que identificar un problema o simplemente referenciarlo normativamente.

En el contexto de una investigación transdisciplinar, dialogar es un conjunto de acciones que potencian las capacidades auto-reflexivas, mejoran la comprensión de los problemas y construyen horizontes de

comprensión que a partir de aprendizajes sociales dibujan las soluciones a las que pueden llegar los actores con autonomía y actitudes críticas.

5.2.2. *La interdependencia como sustancia que potencia la totalidad*

La perspectiva transdisciplinaria encuentra en la interdependencia un principio que potencia la totalidad como conjunto de opciones y alternativas que se comparten; en la práctica asistencial los profesionales de la salud, los pacientes y las redes familiares evidencian una reciprocidad que los comunica y los conecta. Gestionar el cuidado, prevenir la enfermedad y alargar la existencia, son principios que para estos actores de la salud intervienen como vínculos que los comprometen responsablemente.

Compartir responsabilidades y solidaridades determina la realidad de una práctica asistencial que al concebirse desde la perspectiva transdisciplinaria, realza la pertinencia que tiene anudar el trabajo en redes y unir sistémicamente los componentes de la atención en salud como la totalidad que pretende potenciarse, porque “si el movimiento hacia la independencia es un movimiento hacia una totalidad menor, la red de la interdependencia agrupa totalidades menores en totalidades mayores y más abarcadoras” (Cid, 2007, p.33).

La movilidad es una característica de la sustancia como materia que demuestra diversidad de propiedades, que puede conservarse de forma homogénea o heterogénea dependiendo de las características del contexto, donde estas se mueven, agrupa o fluye; la interdependencia es sustancialmente dinámica y garantiza que los grupos transdisciplinariamente puedan analizar los factores que intervienen en el cuidado de la salud como componentes básicos de una misma materia. Este es el sentido de un todo a partir del cual los actores de la salud se comprometen y adquieren responsabilidades.

El principio de interdependencia es básico para movilizar ideas, acciones y propuestas que tengan como finalidad transformar la realidad de la práctica asistencial, teniendo en cuenta que fluir es una característica para generar traslados y emplazamientos de un lugar a otro de la misma. A este respecto, Del Arenal (2008) expresa:

La interdependencia no equivale simplemente a un incremento cuantitativo de los intercambios o de las interacciones, sino que para que esta se produzca es indispensable que de los intercambios e interacciones se deriven efectos de coste recíproco para los actores implicados en esa situación. (p.208)

El efecto de la interdependencia es simultáneamente cuantitativo y cualitativo, por cuanto la realidad está relacionada desde estos dos elementos constitutivos. Es por esta razón que el empleo de árboles

transdisciplinarios para determinar problemas o tomar decisiones en el área de la salud fortalece las capacidades reflexivas y genera *vínculos de socialización que incrementan las opciones* de aprendizaje democrático y vínculo participativo; en esta dinámica de interdependencias se potencia las sinergias que comunican y cimientan los grupos sin deslegitimar la diversidad y la naturaleza polisémica de la realidad.

En esta investigación, trabajadores de la salud y pacientes fueron transformando la sustancia de sus pensamientos, perspectivas e ideas con respecto a la calidad de la práctica asistencial, su integralidad y humanización, mezclando recíproca y responsablemente la heterogeneidad y la diferencia como una materia clínica sin la cual no es capaz de alcanzar la recursividad como los ingredientes transdisciplinarios de una metodología de acción en la realidad.

Todo esto es uno de los hallazgos relevantes para señalar que lo transdisciplinario se construye cuando los actores de la salud comparten la razón, la emoción y los compromisos por cambiar sus realidades cercanas y hacer de la práctica asistencial un acto sentipensante e integrador que dignifique al ser humano que se atiende y a quien se aplica dicha atención.

5.2.3. La institución de salud como sistema vital y eco-cultural

La interdependencia está en el fondo de una clínica que es asumida como un sistema vital y eco-cultural, en calidad de objeto complejo que muestra relaciones entre todos sus componentes. Los árboles transdisciplinarios tienen como finalidad fortalecer el trabajo asistencial para que este se configure como módulos interactivos donde los actores de la salud participan significativamente.

La organización sistemática que provee la transdisciplina muestra que la práctica asistencial es un conjunto de conceptos, saberes, actitudes, aptitudes y acciones que se coordinan y se reintegran como unidades interdependientes substancialmente; esta interdependencia de lo sistémico es en última instancia lo que reafirma los lazos de empatía, solidaridad, colaboración y aprendizaje en redes de hilos intersubjetivos que se caracterizan por su calidad para tejer la trama de los cuidados en salud.

Esta trama es una constitución que se retroalimenta sistémicamente en función de la vida y de la cultura, como dos realidades que complementariamente se unen en un mismo todo y que de algún modo representan las caras de una misma moneda; esto es lo que en ciertas conceptualizaciones se denomina "medicina ecocultural" (Aparicio, 2005, p.3), porque pone de manifiesto que la salud depende del empleo de diferentes medios, métodos y estrategias para preservarla así estos no estén en la esfera de la racionalidad científica que está en la base

de las concepciones y prácticas de la ciencia de la salud. Esto significa que en la práctica asistencial el paciente siempre dependerá de algo más que un medicamento o un procedimiento clínico, por cuanto sus inquietudes expectativas y condiciones psicosomáticas pueden verse positivamente impactadas cuando se enriquecen sus imaginarios emocionales y afectivos (Aparicio, 2005).

La perspectiva transdisciplinaria genera los espacios para pensar en una clínica que, como sistema eco-cultural, está en un permanente diálogo de saberes entre lo científico, lo popular, la racionalidad formal y los imaginarios predominantes en determinados contextos culturales, todo esto con la intención de ir más allá de los parámetros para indagar las costumbres y otros modelos de acceder a la comprensión de temas coyunturales como la vida, la muerte, la salud. Los “sistemas culturales médicos” se construyen a partir de la necesidad vital de dar una explicación original a las experiencias de enfermedad, dolor, sufrimiento y muerte (Beltrán y Pacheco, 2006).

Es a partir de los modelos sistémicos y eco-culturales que una clínica puede lograr que la atención hospitalaria y la gestión de la salud se nutra inter-retroactivamente y emplee la diversidad de recursos cognitivos, *médicos*, tecnológicos y simbólicos que sean necesarios para aliviar el dolor curar las enfermedades paliar el sufrimiento y extender la vida.

Los seres humanos que intervienen en el día a día de las instituciones de salud son sentipensantes, sufren y expresan toda suerte de inquietudes y expectativas. Este es el escenario donde concluyen las prácticas médicas. Las visiones de la cultura, las tendencias ideológicas, los intereses políticos y la objetividad que se manifiesta en la financiación estructural del sistema de salud; por esta razón resignificar la práctica asistencial en su sistemicidad e interacción simbólica cultural pertinente para humanizar el servicio y cerrar las brechas de la atención en salud.

5.2.4. Interretroacción recursiva de los saberes

La interretroacción y la recursividad son aspectos que desde la complejidad generan un movimiento circular expansivo en las relaciones sociales y en el modo como los grupos comparten sus conocimientos y saberes. Conocer es un proceso que implica giros, recesos y traslaciones mediante los cuales es posible analizar, evaluar y corregir; los árboles transdisciplinarios orientan el pensamiento y la acción de un modo circular y retroactivo con el propósito de crear movibilidades conceptuales y prácticas en los grupos de trabajo.

La dinámica interretroactiva y recursiva de los saberes propone espacios de organización en los que las comunidades hacen propio lo que se aprende y generan opciones concretas para completar las nuevas comprensiones.

Esta dinámica compleja, basada en la dialogicidad total del proceso y llena de momentos de recursividad productiva requiere de una formación sistemática para lograr éxito en compartir funciones sin entorpecerse unos a otros y salvaguardando los espacios de auto organización propios en el entramado organizativo general de la comunidad. (Hernández, 2010, p.19).

La investigación logra contraponer las perspectivas de pacientes y de profesionales, convirtiendo el antagonismo en una forma de sincronismo que posibilita la interacción, el equilibrio, el diálogo y la formación permanente; compartir los saberes y los conocimientos fueron acercando al grupo hacia una perspectiva común en la que un marco operacional conecta las interdependencias y potencian la integración de las visiones particulares. La consecuencia de este proceso reflexivo, interretroactivo, recursivo, es identificar en la práctica asistencial un conjunto de posibilidades para que la salud sea un bien común en el que la calidad, la equidad, la justicia sanitaria y la ética se complementen en reciprocidad sistémica para que el yo y el otro piensen y actúen en completud.

En suma, la perspectiva transdisciplinaria crea espacios de convergencia en la divergencia y construye puentes de diálogo para que los actores de la salud independientemente de su formación disciplinar y trayectoria académica compartan solidaridades y responsabilidades. El prisma transdisciplinaria de las ciencias comporta una disolución de fronteras en el encuentro con la realidad, pero también supone integración, recursiva de múltiples saberes provenientes de distintos campos no necesariamente académicos, es decir, de los colectivos sociales, culturales, productivos y/o comunitarios, los cuales nutren las bases de los nuevos mapas cognitivos transdisciplinarios, siempre en elaboración (Mendoza, 2016, p.46).

Es este prisma transdisciplinar el que imprime al marco operacional alternativo un ingrediente de trabajo en equipo, lúdico, dinámico, pedagógico; confiere a las visiones y perspectivas un carácter interretroactivo y recursivo porque el conocimiento y el saber que se comparte y se construye, va y viene circularmente de un actor a otro y de un espacio de la institución a otro lugar de la misma. De esta forma, el modelo de atención cambia, porque, los actores comienzan a transformar sus perspectivas y a mostrar acciones que desde sus capacidades e intereses modifican la práctica asistencial.

5.2.5. La construcción social del conocimiento

Esta interretroacción y recursión posiciona los saberes en una dimensión de circularidad e integración, disuelve las fronteras entre la ciencia formal y el conocimiento no sistematizado y es responsable de distensionar las tensiones cuando en el trabajo intervienen grupos de personas que son culturalmente diferenciadas. Estas son condiciones

para que el conocimiento se construya socialmente y la transdisciplina actúe como pin catalizador que potencia las sustancias distintas para mezclarse y abordar una materia prima en común, en este caso la búsqueda de un cuidado integral incluyente, pluralista y de evidente calidad.

Al construir socialmente el conocimiento siempre se empleará la transdisciplina como un “bucle recursivo” (Donaire, 2010, p.1) que moviliza los lenguajes, enunciados, discursos y actuaciones interdependientemente; todo por cuanto el conocimiento puede expresarse socialmente como un lenguaje en comunicación. Esto significa que comunicarse implica aprender comunicando, este tipo de aprendizajes es indudablemente válido para que los actores de la salud se cuestionen e ingresen en un terreno de diálogo para encontrarse en el camino de la transformación.

Los árboles transdisciplinares son útiles para que el lenguaje se comunique y posibilite que cada actor de la salud comparta sus saberes y vehiculice sus sentimientos y afectividades; en esta investigación el acento transdisciplinar está justamente en la “transacciones conversacionales” (Mendoza, 2015, p.110) como un elemento sin el cual no es posible encontrar miradas en común y conectar las personalidades singulares en función de ejes problémico y decisionales compartidas.

5.3 La alternatividad transdisciplinar del marco operacional

Definir adecuadamente el concepto de alternatividad es difícil, si se considera que este se fundamenta en el hecho de proporcionar opciones o posibilidades distintas de las que se dispone en una circunstancia específica.

El marco operacional transdisciplinar se considera alternativo porque no se implementa a través de la imposición, sino que se espera sea asumido libremente por los funcionarios de Assbasalud. El otro elemento que lo convierte en una alternativa está dado por su carácter diferencial el cual lo distancia del modelo hegemónico que predomina en el sistema general de atención en salud.

El contenido que se ha presentado del marco operacional adquiere en este apartado un despliegue conceptual mucho más amplio, por cuanto se incluye la producción conceptual del grupo de participantes con que se llevó a cabo el proceso investigativo; este podría ser otro aspecto de alternatividad que entra en juego para analizar si es posible actuar con base en las contribuciones teóricas, metodológicas y prácticas que se encuentran instauradas en el fondo de estos planteamientos.

En términos de producción intelectual los contenidos de este apartado se caracterizan por capturar significativamente los aportes de los funcionarios y pacientes durante la implementación del

árbol transdisciplinar de problemas y de soluciones, al igual que los aprendizajes logrados en el taller de formación transdisciplinar; por esta razón, algunos de los textos que se proponen son una contribución concreta de la transacción conversacional efectuada con el grupo y que demuestra el modo como este fue cambiando su perspectiva sobre la práctica asistencial. Esta transformación es gradual y se evidencia en la producción de los textos en los que el desarrollo temático de las categorías que se incorporaron en la reflexión es altamente impactante.

5.3.1. *Un horizonte para la transformación (visión, misión, principios)*

La palabra horizonte podría asumirse como una línea imaginaria que separa el cielo de la tierra, en la que su altura dependerá del alcance de la mirada del observador; el empleo del término designa un conjunto de posibilidades que indican un lugar al que se desea llegar idealmente y que por sus características se aleja del observador a medida que este camina hacia él. Con respecto al marco operacional transdisciplinar, el horizonte de transformación es un estado hipotético y utópico que alimenta la esperanza de incorporar mejoras en la práctica asistencial.

El horizonte siempre está entre el observador y una extensión de territorio que permite mirar en lejanía y dirigir los pasos de quienes están inspirados en la posibilidad de alcanzarlo. Lo que se propone como visión, misión y principios es el resultado del trabajo con el grupo de funcionarios y pacientes que para ellos es una forma concreta de comenzar a andar hacia el horizonte del cambio o en su sentido más amplio, de comenzar a construirlo. Estos dos niveles de aproximación al concepto son pertinentes para señalar que desde la investigación se resignifica la práctica asistencial y el grupo que colaboradores en el trabajo reconoce que es importante modificarla y potenciarla desde otras opciones teóricas y metodológicas.

En el marco operacional transdisciplinar que se propone, la visión quedaría así: en el 2019 Assbasalud debe ser la entidad más solidaria, acreditada y reconocida como la mejor empresa del municipio y el país, con un personal de salud con excelentes valores morales y profesionales; que presta servicios de calidad, satisfaciendo empleados y usuarios; será una de las ESE con mejor cobertura para una atención integral.

En esta visión los ingredientes transdisciplinares se encuentran en el modo como se concibe la práctica asistencial, en la que la solidaridad, los valores y la integración son tres elementos fundamentales. La excelencia desde lo ético y lo moral son dos aspectos sin los cuales no es posible satisfacer al personal que trabaja en Assbasalud y a los usuarios que se atiende. La calidad aparece como el resultado de la satisfacción de los actores de la salud y no como una exigencia que se impone desde una visión oficial o un estamento gubernamental.

En coherencia con la visión el grupo de trabajo produjo la siguiente misión: Assbasalud ESE presta servicios de salud de mediana y baja complejidad con cargos en programas de salud pública y acciones de recuperación integral de la salud para sostener equilibrio mediante el desarrollo financiero, personal y profesional de los colaboradores del talento humano. Con el sistema de salud podrá educar al usuario, tratar a los pacientes con respeto, haciendo especial énfasis en comprender su enfermedad y darle el tratamiento adecuado con amor, sabiduría, socialización, bondad, armonía, solidaridad, acompañamiento, luz y distinción; capacitando y concientizando al personal de salud sobre el respeto, para poder vivir como una comunidad de manera solidaria.

Esta misión hace mucho más explícita la perspectiva transdisciplinaria por cuanto propone recuperar el valor de la vida, de la dignidad y de otras categorías axiológicas sin las cuales no es posible atender integralmente a los usuarios; el concepto de recuperación de la salud integralmente es novedoso porque concibe a un ser humano multidimensionado en relación con diferentes contextos. La noción de equilibrio demarca en la misión que es importante recuperar la salud sin precipitar la des-financiación del sistema y garantizando que el personal y los usuarios desde sus circunstancias económicas puedan aportar a su mejoramiento.

Otro de los componentes de la misión está dado por la educación en salud, el respeto por el otro, el buen trato y valores como el amor, la sabiduría, entre otros que son fundamentales para que la práctica asistencial se configure como una respuesta a las necesidades de un ser humano sentipensante, interdependiente y que holísticamente se devela en toda su dignidad y complejidad humana. La capacitación y la planificación son dos procesos simultáneos en los cuales no alcanza sus objetivos, entre los cuales el más importante se refiere al de comprender la enfermedad.

Comprender la enfermedad significa ponerse en los zapatos del otro, mirar a los ojos del paciente y solidarizarse con su dolor y sufrimiento; recuperar la salud es un acto que previene la enfermedad lo que implica disminuir los riesgos que la generan en diferentes circunstancias de la existencia. En esta misión el ser humano está por encima de cualquier otra consideración económica, racional o científica. La persona es el centro sobre el cual giran las acciones de prevención, manejo y tratamiento de la salud de la enfermedad como componente esencial para el descubrimiento del rostro humano de las ciencias de la salud.

5.3.2. El rigor en la ética de la práctica asistencial

El rigor es una de las actitudes transdisciplinarias sobre las cuales gira la propuesta del marco operacional, tiene que ver con la restauración del valor objetivo y subjetivo de las ciencias sin perder de vista que estas están regidas por una organización y una estructura. Lo transdisciplinar

no es una invitación a la anarquía, ni mucho menos a una integración anti-metódica de los conocimientos y saberes. Nicolescu (2009) expresa:

El peligro asociado a la Nueva Era tiene como raíz su falta de rigor, que conduce a mezclarlo todo, en un saco amorfo y sin consistencia, donde habría tentación de incluir la transdisciplinariedad como un componente honorable y más o menos exótico. (p.96)

De acuerdo con lo expresado por Nicolescu, la transdisciplina no puede asumirse tan solo como una mezcla amorfa, en la que se sintetizan eclécticamente posturas paradigmáticas; lo transdisciplinar es lo que se encuentra entre y más allá de las disciplinas, que en lugar de diluirse se reintegran y organizan como un corpus de conocimientos mucho más cercano a la realidad y a los componentes socioculturales de los contenidos que en estas se expresa.

En la ciencia actual la pérdida de rigor se deriva en un proceso de fragmentación, en el cual cada disciplina se encierra en su propia parcela, levanta muros para aislarse de las otras. Nicolescu (2009) afirma al respecto: “La falta de rigor puede conducir al encerramiento sectario, con sus terribles peligros. La multiplicación de sectas es uno de los signos de la desaparición de los puntos de referencia en la sociedad de consumo” (p.97).

La secularización no es un proceso exclusivo de la división acaecida en los movimientos religiosos en la historia de la humanidad. Una disciplina científica puede convertirse en una secta fanática de sus métodos, conceptualizaciones y prácticas cuando se declara como la opción única para acceder a las verdades lógicas y explicaciones del mundo. Este es un riesgo que la transdisciplina salva, porque es capaz de proponer una integración metodológica para una ciencia determinada si excluye las opciones para la creación de puentes de comunicación con otras, de diálogos culturales y de interretroacciones epistemológicas.

La fuente del rigor es, desde la perspectiva transdisciplinaria, el lenguaje y las formas específicas que cada disciplina asume para explicar su deber ser y el modo como se proyecta hacia las sociedades del conocimiento; “el rigor es primero que todo el rigor del lenguaje en la argumentación fundada sobre el conocimiento vivo, a la vez interior y exterior de la Transdisciplinariedad” (Nicolescu, 2009, p.99).

En el proceso de investigación el rigor se asume desde una perspectiva ética, porque para los trabajadores de la salud y pacientes es esta la que devela el fondo deontológico de la práctica asistencial; es un modo concreto de presentar las explicaciones en lenguajes que sean comprensibles por todas las personas que como actores de la salud participan diariamente en la cotidianidad de la atención integral. El rigor como componente ético remite a principios, valores y prácticas que desde la perspectiva transdisciplinaria son irrenunciables y que se

asumen como inamovibles sin los cuales estas no se configuran como un acto de calidad humana.

Elegir el rigor como actitud transdisciplinaria que reviste la ética de significados implica asumir la práctica asistencial, en palabras de los participantes en el proceso investigativo, de la siguiente forma:

Teniendo en cuenta la igualdad, el cuidado integral del paciente, apoyándolos desde el ámbito religioso, respeto principalmente, y amor a lo que hacemos. Como profesionales de la salud nos encontramos en constante interacción con el otro que asiste a nosotros con el fin de que le brindemos nuestro aporte positivo, no solamente para la solución de su condición en salud, sino también para que realicemos un aporte a nivel moral y psicológico. (Taller de formación transdisciplinar, grupo 1).

Estas palabras no fueron producidas por un grupo de académicos o de investigadores, pero en el fondo plantean un deber ser, que, desde lo ético, pone al paciente en el centro de la atención en salud; la perspectiva es humanizadora e incluye la integración de las condiciones morales y psicológicas que proporcionan al paciente sentimientos de confianza y de seguridad con los profesionales que lo atiende.

El cuidado integral es fundamentalmente una práctica de rigor y ética que implica amor con lo que se hace y respeto por el otro. La otredad comienza a emerger como un bastión muy importante para que se transforme la relación entre el profesional y los pacientes como el resultado de la interacción entre ambos en una línea de diálogo circular y no vertical. Esto significa que la enfermera, el médico, la trabajadora social o cualquier otro funcionario de una clínica no renuncia al rigor estructural y normativo de su profesión cuando permiten que su corazón se abra con sinceridad hacia los demás.

En consecuencia, lo que se pretende es enriquecer al máximo las potencialidades de una práctica asistencial centrada en el ser humano, así lo expresó otro de los grupos:

La práctica asistencial se enriquece dando trato humanizado, dando prioridad, poniendo en práctica los derechos y deberes de los usuarios, tener en cuenta los valores propios del paciente, colocándose en los zapatos del otro, trato igualitario y digno de ser tolerantes. (Taller de formación transdisciplinar, grupo 2).

El trato humanizado señala la importancia que para Assbasalud tiene aportar a la calidad de vida de los pacientes y de sus trabajadores, porque solo así es posible disminuir los factores de riesgo psicológicos, ambientales, sociales o culturales de cualquier enfermedad. Humanizar conduce a priorizar el marco de derechos y deberes que rodea la atención hospitalaria; dar prioridad es comprender que la salud es lo más importante y que siempre debe buscarse satisfacer las necesidades

y dar respuesta a los problemas que surgen en la relación con el otro. Los valores son fundamentales para entender que el otro está presente en la interacción diaria y que la igualdad transversaliza los niveles de realidad de forma incluyente.

Enriquecer éticamente la práctica asistencial como un ejercicio reflexivo rigurosamente transdisciplinar hace visible la “interacción de todo el personal de salud formando un grupo multidisciplinar donde cada uno sirva de apoyo y soporte dando como respuesta positiva al manejo del paciente en pro de su calidad de vida” (Taller de formación transdisciplinar, grupo 3). Estas palabras de otro de los grupos dejan claro que la calidad de vida es lo que inspira las intencionalidades de los profesionales que implementan una práctica asistencial humanizada; lo multidisciplinar está inscrito en la multidimensionalidad de una realidad que está constituida por expresiones diversas de la condición humana, los entornos naturales y los sistemas de pensamiento que están en la base de la cultura y las ideologías. Esta reflexión fortalece el sentido integral de la transdisciplina, sus valores sistémicos y aportes interretroactivos para comprender que preservar la vida es el horizonte de transformación hacia el cual un actuar ético debe dirigir los pasos de los distintos actores de la salud.

5.3.3. La apertura transdisciplinar de la educación en salud

Educar en salud es otro de los hallazgos fundamentales de esta investigación, el cual es el eje sustancial de una práctica asistencial con rigor ético y humanizado. La apertura es la actitud transdisciplinaria que restituye el valor de la educación como un componente esencial de la gestión del cuidado. Según Nicolescu (2009),

La apertura es de tres clases: la apertura de un nivel de Realidad hacia otro nivel de Realidad, la apertura de un nivel de percepción hacia otro nivel de percepción y la apertura hacia la zona de resistencia absoluta que une el Sujeto y el Objeto. (p.100)

Estos tres niveles demarcan un territorio en el que convergen la realidad, la percepción y la unidad entre el sujeto los objetos de conocimiento; en la práctica asistencial los tres elementos señalados son importantes para formar a los actores de la salud en los diferentes aspectos que comportan una atención integral, humanizada y orientada hacia la calidad.

La formación en salud propone a los profesionales un desafío por abrirse como personas y al mismo tiempo en calidad de agentes que contribuyen en la promoción de aptitudes favorables hacia la salud y la integridad de los seres humanos. Las implicancias de esta afirmación, se hacen extensivas a la necesidad de romper esquemas mentales y prejuicios que pueden en determinado momento crear resistencias al cambio o a las nuevas tendencias epistemológicas y metodológicas en las prácticas

de salud y el cuidado humanizado. “La apertura de nuestras jaulas epistemológicas requiere, a su vez, estrategias metodológicas abiertas al imprevisto, a lo inesperado, a las emergencias, a la superación de las dicotomías y las polaridades existentes” (Moraes, 2010, p.6).

Romper paradigmas y las jaulas epistemológicas es una potente metáfora que señala un camino para que la educación en salud sea un territorio de encuentro en el que se cruzan las perspectivas, los saberes y las vivencias de los diferentes actores de la salud; solo a través del rigor y de la apertura, la formación de hábitos saludables y de nuevas concepciones acerca de la atención hospitalaria se constituye en un proceso democrático y hetero-reflexivo.

La exploración metodológica desde la transdisciplina es fundamental para que los caminos de encuentro se develen como el resultado de una praxis educativa que propicia intercambios, sinergias, enlaces emotivos y nuevas comprensiones acerca de lo que está implicado en la atención hospitalaria: derechos, deberes, participación de los sujetos, tramites, procedimientos y un sinnúmero de aspectos que en una clínica forman parte de un día a día caracterizado por la intensidad en el modo como esto se asume.

Los saberes en las ciencias de la salud asumidos en su naturaleza multidimensionada producen vinculaciones *éticas* de modo como los sujetos actúan frente al conocer y al comprender. A este respecto, Galeffi (2014) puntualiza: “Exigiendo siempre condiciones éticas y estéticas favorables al éxito de la educación transdisciplinar del ser humano en su pluralidad constitutiva y en su apertura radical en el devenir creador” (p.37).

No es suficiente con implementar charlas, conferencias, talleres, seminarios o cualquier otro tipo de actividad para capacitar a los usuarios, los trabajadores de la salud o a los agentes que participan directa o indirectamente en la gestión del cuidado; estas acciones son intencionadas y metódicas y obedecen a una planificación que es estratégica y eficiente. La apertura creativa es una herramienta para que los componentes éticos y estéticos de la formación se integren armónicamente con la finalidad de garantizar que los mensajes, las ideas y todo lo que se quiere comunicar sea apropiado por quienes participan en los distintos eventos.

La ética invita al rigor deontológico y a la calidad de los contenidos que se comunican, mientras que lo estético es una referencia a la satisfacción, el goce y la felicidad que deben incorporarse a dichas acciones de capacitación para que sean experiencias agradables y enriquecedoras cognoscitivamente. Los árboles de problemas y decisiones transdisciplinares, lo mismo que el seminario de transformación transdisciplinar, pueden asumirse como modelos alternativos para orientar la educación en salud como un conjunto sistémico de prácticas

y metodología que son simultáneamente pedagógicas, didácticas y favorecen la construcción social del conocimiento.

La perspectiva transdisciplinaria le aporta a la educación en salud un claro componente de apertura del conocimiento científico; desde esta mirada, la realidad se asume en su significado más profundo y se reconoce que lo inesperado puede instalarse en la base del conocer y el comprender lo que está en el fondo de la práctica asistencial.

Entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus redes de apoyo familiar se intercambia percepciones, saberes, ideas y conceptos que están formando parte de saberes y mensajes verbales y no verbales, códigos lingüísticos expresados o cualquier otra manifestación que los seres humanos tienen para recibir y transformar lo que se comunica. Estos planteamientos hacen mucho más relevantes la necesidad de adaptar el proceso de representación a las características de los grupos que intervienen y emplear las apropiaciones metodológicas que generen una construcción social en contexto y pedagógica.

5.3.4. La tolerancia en la completud del yo, el otro y nosotros

La completud es asumida como totalidad, integralidad y plenitud en la aceptación del otro y del yo como realidades interdependientes que participan en la práctica asistencial. La tolerancia es un camino que se construye para que estas identidades converjan intersubjetivamente en el espacio de interacción de Assbasalud. La intersubjetividad propone los intercambios de perspectivas, comportamientos, hábitos y prácticas de la cultura que están asociadas a la relación que se establece entre profesional, paciente familia y entorno de la salud.

La perspectiva transdisciplinaria dimensiona la tolerancia desde horizontes de integración transcultural, en los que convivir se convierte en un complejo acto de relaciones humanas basadas en la dignidad y el respeto.

La emergencia de una nueva tolerancia podría estar fundada sobre la actitud transdisciplinar: transcultural, transreligiosa, transpolítica y transnacional. Si hay algo que vale la pena, es el ejercicio de una nueva cultura de la tolerancia que quiebre y dé al traste con toda esa estructura que impide vivir con cierta dignidad. (Bermúdez, 2004, p.3)

Las actitudes transdisciplinarias aparecen aquí como un patrimonio que puede adquirirse a nivel individual, por cuanto fortalece capacidades de autorreflexión y de compromiso con la dignidad humana, la aceptación de la diferencia y el pluralismo multicultural; en salud estos son aspectos sin los cuales resultaría imposible trascender las fronteras que se establecen entre el yo, el otro, los otros y lo otro como realidades que están implicadas armónicas y sistemáticamente en el cosmos vital de las clínicas asistenciales.

Las clínicas son microcosmos existenciales en donde convergen diariamente todas las diferencias humanas, expresadas en el color de la piel, la confesión religiosa, la ideología política, la orientación sexual y una variedad de estilos de vida que son sustancialmente distintos; de ahí que la atención hospitalaria sea un universo, incluyente y sin barreras psicológicas, cognitivas o culturales. La otredad es una condición sin la cual la apertura no se encarna en el buen trato, la cortesía, los comportamientos saludables y, ante todo, la capacidad de ponerse en los zapatos de la persona que se atiende.

La expresión “ponerse en los zapatos del otro” adquiere en la práctica asistencial una connotación particular porque no hay nada más vinculante que el acto de preservar la salud humana y sensibilizarse ante el dolor. El amor como terapia y el cariño como un modo concreto de relacionarse en el día a día de una institución en salud son dos valores que matizan la atención hospitalaria de una calidez humana que nunca sobra si se brinda en excesos. Las aptitudes transdisciplinarias son básicas para comprender que el yo y el otro pueden alcanzar completud cuando se privilegia en la práctica asistencial a la persona sentipensante, digna y multidimensionada.

La tolerancia como completud del yo y del otro es una invitación a la transformación personal y por así decirlo, a enfrentarse hacia los sistemas hegemónicos que han hecho de la salud una estructura rígida y excluyente; esta es otra forma de ver esta aptitud transdisciplinar como un acto emancipador, que en palabras de Sotolongo y Delgado (2006) implica superar la formación estructural del pensamiento occidental.

Y esta es la estructura de pensamiento de la mayoría de las personas en muchos países de América Latina, estructura forjada por siglos de sometimiento que han moldeado una baja autoestima, un sentimiento de incapacidad, una alta tolerancia a la miseria, un dejar que el destino decida, un esperar recompensas determinadas por las privaciones y los sacrificios terrenales, unas creencias falsas sobre la realidad, una mirada simple sobre la vida, una incapacidad para emprender cualquier cambio. (Murillo, 2010, p.15)

Tolerar al otro como un actor válido en las prácticas de salud no es pasar por alto la miseria, validar la autoestima de quienes participan en la práctica asistencial, someterse por las falsas creencias sobre la enfermedad o solidarizarse con aquellas personas que no ven más allá; tolerar en esta comprensión es emanciparse para entender que la vida no es el acto simple de trasegar por el mundo sin metas, ideales o aspiraciones. Vivir adquiere un sentido libertario, un punto de quiebre que marca la necesidad de revoluciones intersubjetivas en las que el yo y el otro se confrontan y se asocian para mejorar el día a día de la práctica asistencial.

Estas reflexiones e inferencias dejan claro que, con respecto al rigor ético, la apertura en la educación en salud y la tolerancia hacia la completud del *yo* y del *otro* hay todavía estudios pendientes que pueden superarse en la medida que se modifiquen los “esquemas de simplicidad” (Murillo, 2010, p.15), que pueden en determinado momento robotizar la práctica asistencial e instrumentalizarla en los distintos aspectos que la constituyen. La desesquemmatización de lo simple no se logra con mecanismos cohesivos, intimidadores o que perpetúen los sistemas de control de las sociedades disciplinarias; hay que obtener el botón para que se abra ante los actores de la salud el horizonte de transformación que puede encaminar hacia el cambio de perspectivas.

Las perspectivas son cimentaciones y construcciones mentales que descansan en una política del mundo de la vida del conocimiento de la cultura, incluso de la muerte; de ahí que los cambios no se producen si en el fondo del corazón humano no se ha sembrado la semilla de nuevas relaciones axiológicas, éticas y sociales entre él y el otro. Este fruto no germinará si no se incorpora la dinámica progresiva de una transformación que nace en la interioridad del ser humano y que se manifiesta en florecientes actitudes transdisciplinares que encuentran en el *yo*, en el *otro* y en los otros una sinergia comunicativa y de interacción dialógica sin la cual no se derriban las barreras ni se destruyen las celdas epistemológicas.

Conclusiones

Concluir el proceso investigativo implica concretar lo nuevo que la investigación aporta desde la teoría, lo metodológico y la práctica. Se trata de redescubrir un universo de opciones de comprensión y análisis que se develan al culminar un viaje intelectual por la práctica asistencial y la atención hospitalaria en una institución de salud de primer nivel. Es poner en contexto los nuevos hallazgos y elaboraciones que surgen en un recorrido transdisciplinar que se efectuó con la participación de los funcionarios y pacientes en una reflexión y acción pensadas a la luz de los principios de recursividad, retroacción, interdependencia, hologramía y sistemicidad, los cuales se encuentran en el fondo de los niveles de realidad que comporta la Clínica Assbasalud como escenario de investigación.

El aporte teórico que se propone es una resignificación dialógica, reintegrada y reconstructiva de saberes a partir de una reflexión transdisciplina que convoca autores de diferentes disciplinas. Desde el punto de vista metodológico se concretan las contribuciones de la tesis al desarrollo de nuevas experiencias para trabajar con los actores de la salud, sobre la base de una amplia participación democrática y que se despliega en agendas transdisciplinares. Los hallazgos en la práctica plantean las formas explícitas para divulgar los resultados de la tesis, compartirlos con las comunidades académicas, las instituciones de salud, las entidades gubernamentales y no gubernamentales, lo mismo que con el ciudadano común que diariamente hace uso de los servicios de salud en este primer nivel de complejidad hospitalaria.

Aporte desde la teoría

El recorrido por la teoría en diálogo de autores, perspectivas y miradas conceptuales, deja claro que la práctica asistencial debe comprenderse en su contexto transdisciplinar y no a la luz de visiones lineales, restrictivas e instrumentalizadas de la relación entre sujeto, ciencia cultura y sociedad. Los hallazgos aquí encontrados muestran que las ciencias de la salud, sin perder su rigor disciplinar, deben entrar en diálogos permanentes y transdisciplinares para comprender mejor a la persona humana que se atiende, sus entornos psico-socio-afectivos y la pertinencia de la función profesional, ética y científica de los trabajadores de la salud.

La investigación comprueba que la salud es un proceso que comparte sus análisis, abordajes y aproximaciones a la realidad con la psicología, no con aquella que tradicionalmente intenta descifrar la mente humana, sino con una percepción psicológica de un ser humano que vive el dolor con intensidad y que sufre dramáticamente las consecuencias de un sistema de salud que, al parecer, lo que menos le importa, es salvar vidas, evitar la enfermedad y prolongar la existencia.

Al encontrarse al paciente y al mismo trabajador de la salud desde esta perspectiva psicológica, se entra en diálogo con una visión socio-antropológica, en donde la fragilidad y la vulnerabilidad son dos características fundamentales de un hombre que se expone a riesgos físicos, biológicos, mentales y ambientales. La práctica asistencial puede, en determinado momento, alejarse de él en su mismidad, en su encuentro con el otro y en su completud como una persona que es multidimensionado y diversa.

Esta perspectiva teórica que se devela propone una antropología del cuidado basada en la idea de un ser humano que necesita de entornos solidarios, redes de apoyo familiar y del buen trato para curar sus enfermedades y disminuir los riesgos y determinantes sociales de un deficiente estado de salud. En esta nueva configuración antropológica el estado óptimo de salud es mucho más que evitar la enfermedad, porque se dimensiona desde la multidimensionalidad de la condición humana y se comprende en un horizonte simbólico en el que el hombre piensa, siente y actúa a partir de nuevos lenguajes y saberes emergentes.

Se descubre que la educación en salud y la pedagogía son dos herramientas fundamentales para transformar el universo personal de los actores de la salud, resignificar los saberes y proponer programas de alfabetización y de capacitación en esta materia. La didáctica es de gran importancia para que la educación sea un acto lúdico que integre la música, la plástica, la literatura y los medios audiovisuales como elementos que generan experiencias agradables de aprendizaje individual e institucional.

El aporte teórico de la convergencia transdisciplinar de estas disciplinas permite establecer que los actores de la salud en el día a día de la práctica asistencial son seres humanos integrales, sentipensantes y dignos. Esta reflexión es válida para comprender que es importante unir la razón y la emoción, la calidez y el amor, con aquellos elementos que son propiamente técnicos y científicos para lograr una atención que gestione el cuidado desde la perspectiva multidimensional, pluralista y respetando siempre la condición diversa de las personas que se atiende.

Al concebirse los participantes como un todo interdependiente, afectivamente vinculados, socialmente constituidos y emocionalmente reintegrados, se propone desde la teoría un marco operacional que le apuesta al juego metafórico, narrativo y autobiográfico para resignificar el sentido de la humanización de la práctica asistencial.

La práctica asistencial al asumirse como una ventana abierta, integra las posibilidades de encontrar en esta metáfora un espacio de convergencia para la perspectiva transdisciplinaria y la visibilización de las actitudes del rigor, la apertura y la tolerancia. Gestionar los cuidados en una institución de salud es un acto dialógico y de integración personal que implica obrar con paciencia, aprender solidariamente y estar dispuestos a la mejora continua del sistema de salud en la institución;

esta predisposición favorable al cambio se apuntala necesariamente en la autosensibilización, el autoestudio y la autoinvestigación como tres elementos claves para que la transdisciplina pueda ejercerse como una metodología cotidiana y una herramienta sin la cual no es posible humanizar sin fragmentar, integrar sin instrumentalizar y alcanzar la excelencia sin restringir el acceso universal a la salud como un derecho fundamental.

La perspectiva de los actores de la salud con respeto a la práctica asistencial, pone en frente de estos un horizonte de transformación en el cual queda comprobado que el hombre es un ser integral. El binomio razón-emoción, potencia en el día a día de las instituciones de salud la triada respeto, buen trato y dignidad humana; solo así es posible compartir el dolor y aminorar el sufrimiento para encontrarse con el amor como utopía terapéutica que permite tejer redes de solidaridad y humanizar como un acto que amplía la base científica de la atención clínico-hospitalaria.

La perspectiva transdisciplinaria de la práctica asistencial adquiere interés y pertinencia en la medida que

Lo cultural son sucesos que se dan entre seres biológicos, que son seres físicos, lo cual en vez de llevarlo por el camino del reduccionismo, lo lanza por un camino inexplorado de articulación en la cual lo físico y lo biológico se complejizan y complejizan, a su vez, a lo cultural. (Morin, 1994, p.5)

Este ejercicio que construye lazos afectivos, de intersubjetividad solidaria y de reciprocidad multicultural con la interdependencia es un principio que puede asumirse como una sustancia para potencia la totalidad de las instituciones de salud que deben verse como espacios vitales y eco-culturales de integración sinérgica y cooperación sistémica. Aceptar que el saber en salud es interrecursivo y retroactivo es un axioma básico para construir socialmente nuevos conocimientos a partir de la implementación de agendas transdisciplinares que estimulen la deliberación y el debate de y re-constructivo de los mismos.

La alter-natividad transdisciplinar del marco operacional, construido por estos nuevos elementos teóricos, cobran vigencia y resonancia investigativa cuando la actitud del rigor se convierte en un factor fundante de los comportamientos éticos de los funcionarios, pacientes, directivos y redes de apoyo familiar que se ven involucrados en la práctica asistencial. La apertura transdisciplinar entra a desempeñar un papel determinante en la educación en salud y la tolerancia demuestra que la completud es un rasgo característico de un ser humano que se encuentra con su yo personal y con el otro en el acto vital de gestionar el cuidado, evitar la enfermedad y crear vínculos amigables para que la salud sea un patrimonio de todos y no un negocio de pocos.

Aporte metodológico

La investigación arroja que metodológicamente debe acentuarse la estancia con la realidad para interactuar, deliberar y decidir con los actores de la salud. En esta acción permanente de interacción social, liderazgo y acción intencionada de diálogo con las comunidades científicas, académicas y sociales debe implementarse estrategias novedosas que verdaderamente generen construcción colectiva y democrática de saberes. El empleo de árboles transdisciplinarios para problematizar y decidir, al igual que la utilización de seminarios de formación transdisciplinar, son técnicas que indudablemente promueven la gestión de un saber reintegrado, de un conocimiento resignificado y de una acción que compromete responsablemente a los que participan en los procesos de cuidado, rehabilitación y promoción de la salud.

El uso de árboles de problematización, decisiones y de seminarios de formación es habitual en la investigación y la educación en salud. El elemento novedoso es la apropiación de la perspectiva transdisciplinaria que les da a estas técnicas, un enfoque de multicausalidad y multirreferencialidad que las potencia y enriquece metodológicamente. La visión mono causal, unilineal y mecanicista de los métodos basados en la evidencia no favorece la aproximación a la salud como un estado integral de bienestar que multidimensionalmente integra al hombre en lo más humano de su condición.

El árbol de problemas transdisciplinarios brinda herramientas metodológicas para comprender mejor lo que implica metafóricamente asumir el concepto árbol. En la raíz los participantes problematizan la realidad institucional, mientras que en el tronco se da un despliegue lógico que a modo de savia que circula contribuye en la determinación de los saberes previos de quienes participan en los encuentros. Las ramas sirven para determinar las causas interdependientes de los problemas identificados, en tanto que las hojas equiparan posibles soluciones entroncadas para darle trámite a la problemática anunciada.

Empleando la metáfora del árbol, los participantes producen diferentes respuestas argumentales, que se escribe o se exponen verbalmente, incluso la gestualidad puede en determinado momento enriquecer el modo como se dan a conocer los enunciados. Todos estos elementos sirven de insumo para que los encuentros terminen con una problematización situada desde el contexto real de los actores de la salud y la conversación, la integración social y los nuevos lenguajes emergentes ayuden a encontrar caminos distintos para resolver la situación problema encontrada.

En el árbol de decisiones transdisciplinarios, la multicausalidad y la multirreferencialidad, se asocian para aproximarse a un nodo problemático que ha sido situado desde la contextualidad propia de los

participantes; es un punto de encuentro de circuitos relacionales que integra las perspectivas de subjetividad de los estamentos involucrados en el análisis y que crea las conexiones sistémicas, hologramáticas y recursivas entre los problemas identificados. En el nodo de decisiones los actores de la salud deben elegir entre distintas alternativas de solución entroncadas, poniendo en juego su capacidad autorreflexiva, viable, factible y aplicable desde su microuniverso personal y sus posibilidades singulares de participación.

En el nodo decisión de decisiones con el cual se concluye el ejercicio auto y heterorreflexivo del árbol de decisiones transdisciplinares, los participantes eligen claramente la problemática, su multicausalidad y como esta puede solucionarse a partir de la construcción colectiva de una visión alternativa que entronca las mejores decisiones sobre las cuales recorrer el nuevo camino que conduce al cambio de perspectiva. En cualquier caso, esta técnica metodológica integra los principios de la complejidad en una práctica situada, real y que se deriva de una estancia con la realidad y de un acto deliberativo y de integración con los participantes en este tipo de procesos de indagación.

El seminario de formación transdisciplinar es una opción metodológica para construir marcos alternativos transdisciplinares en el área de la salud. La indagación, la profundización y la apropiación son tres categorías que propone un análisis auto- interretroactivo de los saberes personales y un despliegue metodológico que propicia las prácticas dialogantes para definir claramente la implementación de las soluciones encontradas. La transdisciplina se incorpora como un elemento básico para que la agenda sea socialmente útil, potencialmente participativa y democráticamente deliberativa.

Estos seminarios, al analizar la práctica asistencial con funcionarios, pacientes o redes de apoyo familiar, deben caracterizarse por una alta exigencia metodológica, pedagógica y didáctica. El empleo adecuado de videos de sensibilización, de la música como terapia y fuente de reflexión, de la plástica como mediación creativa y el juego simbólico como recurso constructivo del conocimiento, se constituyen en herramientas que hacen del seminario un encuentro vivencial, afectivo y cognitivo simultáneamente.

Aporte práctico

Las contribuciones desde la teoría y en lo metodológico encuentran en el aporte práctico un aspecto sustancial para impactar no solo la comunidad académica, sino a las instituciones prestadoras de servicios en salud, las entidades de gobierno, la sociedad civil y al ciudadano que asiste cotidianamente a las clínicas asistenciales. La preocupación principal en este sentido debe ser que la visión del Gobierno Nacional con respecto a la salud y a los modelos de atención integral, en lugar de alejarse de la persona, logren cerrar las brechas de acceso que caracterizan

con un momento recurrente la problemática para la atención integral; de este modo puede lograrse que en la práctica, atender la salud, sea un acto de calidad científica, calidez humana y comunicación emocional que haga de las personas que en él participan una presencia viva del yo, del otro y de los otros en completud transdisciplinar y de complejidad existencial.

Con el propósito de macar la realidad de los tejidos cognitivos, afectivos, emocionales y culturales que entretujan en el día a día los actores de la salud, se proponen tres elementos de divulgación y comunicación de los resultados del proceso investigativo. Estas tres herramientas combinan sistemáticamente la mediación lecto-escritura con el uso de las tecnologías de la información, de tal modo que pueda acceder a los hallazgos cualquier persona o entidad interesada en mejorar la percepción que tienen de la práctica asistencial y de sus implicaciones en el día a día de una clínica que presta servicios de baja complejidad.

La elaboración de un video es la primera herramienta en la que por un espacio no mayor a 5 minutos se comparten los resultados del proceso investigativo. Es una síntesis audiovisual que muestra el ejercicio escritural efectuado y evidencia con imágenes y fotografías la participación de los funcionarios y de los pacientes en el proceso de estancia con la realidad.

Otra herramienta que se propone es el diseño de una revista en la que fundamentalmente se da a conocer el marco operacional, transdisciplinar, alternativo para mejorar la práctica asistencial en las instituciones de salud. A diferencia del video, en este documento se entrelaza la teoría con el corpus de resultados obtenidos a partir de la triangulación hermenéutica de los mismos. Es un escrito que emplea un lenguaje que garantiza la comprensibilidad y la lecturabilidad de lo que la investigación considera debe mejorarse para que la salud se conciba como un hecho integral en el que el ser humano es una realidad física, mental y cultural sentipensante y multidimensionado. El diseño para su divulgación es didáctico, lúdico y creativo con el propósito de seducir a los lectores y contribuir en el ejercicio de reintegrar los saberes y conocimiento con respecto a la gestión del cuidado y la atención integral.

Otra propuesta que desde la práctica genera espacios para la difusión y divulgación del marco operacional transdisciplinar alternativo es el diseño de una página web que tiene por título “La práctica asistencial una ventana abierta”. En esta podrán encontrarse diferentes links con los cuales, quienes accedan a la misma, tienen la oportunidad de familiarizarse con la perspectiva transdisciplinaria enfocada hacia el mejoramiento de los procesos de la salud y el abordaje complejo de los fenómenos, hechos y circunstancias que estos comportan. Es una herramienta que apropia los lenguajes emergentes de un mundo en el cual los ciudadanos son planetarios y viajan por múltiples espacios

como sujetos globo-locales que están en la búsqueda de diálogos multiculturales y pluralistas alrededor del mundo.

Estas tres herramientas son potencialmente valiosas para que la academia, la sociedad y las instituciones que lideran el cambio y el desarrollo se encuentren con una nueva perspectiva de la práctica asistencial; se trata de poner en consideración una experiencia investigativa de la cual ya se han realizado publicaciones en revistas científicas porque se ha encontrado un tratamiento novedoso de la temática. Lo que realmente interesa es impactar una realidad que por el estado caótico de la salud en Colombia puede ser una fuente de frustración y desesperanza, pero que al verla desde nuevas opciones epistemológicas, metodológicas y axiológicas introduce unos elementos mínimos para leer con optimismo los acontecimientos que diariamente se producen en el día a día de una institución prestadora de servicios de salud.

Referencias

- Agudelo C., Cardona, J., Ortega, J. y Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817-2828.
- Agudelo, A., Gómez, P., Montes, J. y Pelayo, G. (2013). *Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del Municipio de San Gil-Santander (Tesis doctoral)*. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Recuperado de: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1841/2/BARRERAS_ACCESO_SERVICIOS_SALUD_SAN_GIL.pdf
- Aguilar, M. (2014). La intersubjetividad como una posibilidad que fortalece el trabajo cotidiano de los asesores en educación básica. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 5(9). Recuperado de: <https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/6/26>
- Alarcón, A. y Ferrera, R. (1999). Manejo de la micorriza arbuscular en sistemas de propagación de plantas frutícolas. *Terra Latinoamericana*, 17(3).
- Almeida, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*, 2(2), 123-146. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120203>
- Alonso, L. y Escorcía, I. (2003). El ser humano como una totalidad. *Salud Uninorte*, (17), 3-8. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81701701>
- Ángel, L., Fonseca, T. y Garbois, J. (2007). El derecho a la salud y al medio ambiente en tiempos de exclusión social. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 15, (número especial), 1-7. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es_20.pdf
- Aparicio, J. (2005). La medicina tradicional como medicina ecocultural. *Gazeta de Antropología*, (21), 1-9. Recuperado de: https://www.ugr.es/~pwlac/G21_10Alfonso_Aparicio_Mena.pdf
- Arellano, M., Matos, J. y Oberto, L. (2010). Hacia una mirada transdisciplinar de la bioética. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 10(2), 20-33.
- Arroyo, G. (2000). Humanismo en enfermería. *Revista de Enfermería*, 8(2), 61-63.
- Atuesta, J. (2010). *Metáforas de los árboles*. Colombia: Autor.

- Barona, N. y Álvarez, L. (1991). *Sociedad y salud*. Ecuador: Formas Precisas.
- Barreto, L. (2015). Análisis con el árbol de problemas. Recuperado de: <http://www.sswm.info/es/category/step-gass-en-al/gass-en-castellano/gesti%C3%B3n-de-agua-y-saneamiento-sostenible-en-am%C3%A9rica-la-8>
- Barroso, Z. y Torres, J. (2001). Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. *Revista Cubana Salud Pública*, 27(1), 11-18.
- Beltrán, L. y Pacheco, A. (2006). ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Revista Ciencias de la Salud*, 4, 110-121.
- Berlanga, V., Rubio, M. y Vilà, R. (2013). Com aplicar arbres de decisió en SPSS. *REIRE. Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 6(1), 65-79. Recuperado de: <http://revistes.ub.edu/index.php/REIRE/article/view/reire2013.6.1615/7229>
- Bermúdez, L. (2004). Transdisciplina y pensamiento complejo en la educación básica. *Revista Ibero-Americana de Educación*, 3(33). Recuperado de: <http://rieoei.org/calidad6.htm>
- Betancourt, J. A. (2013). Modelo transdisciplinario para la investigación en salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(5), 359-363.
- Betancourt, J., Ramis R. y Mirabal, M. (2014). Investigación traslacional y transdisciplinaria en salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 239-248.
- Borrell, R. (2004). *La formación de posgrado en salud pública: nuevos desafíos, nuevos caminos*. Buenos Aires: OPS / OMS.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Bourdieu, P. (1966). Campo intelectual y proyecto creador. Problemas del estructuralismo. México: Siglo XXI.
- Cabrera, A. (2012). El método del árbol de causas aplicado a la investigación de accidentes laborales. *Ingeniare*, (13), 69-82.
- Camacho, H., Casilla, D. y Finol, M. (2008). La indagación: una estrategia innovadora para el aprendizaje de procesos de investigación. *Laurus*, 14(26), 284-306.

- Campanario, J. (2000). El desarrollo de la metacognición en el aprendizaje de las ciencias: estrategias para el profesor y actividades orientadas al alumno. *Investigación Didáctica*, 18(3), 369-380.
- Cantor, F., Rivera, M. y Ramírez, J. (2013). La comuna San José en la mira: transformaciones urbanas y redes sociales vistas a través de la fotografía. *Luna Azul*, (37), 162-195.
- Carrizo, L., Espina, M. y Klein, J. (2004). *Transdisciplinariedad y complejidad en el análisis social*. Recuperado de: <http://parquedelavida.co/index.php/el-parque/banco-de-conocimiento/item/135-transdisciplinariedad-y-complejidad-en-el-analisis-social-luis-carrizo-mayra-espina-prieto-julie-t-klein-2004>
- Ceballos, P. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería*, 16(1), 31-35.
- Chamorro, M. (2010). *Seminario, ciencia, el método científico, la investigación y sus fases*. Recuperado de: <https://cocatiz.files.wordpress.com/2010/07/libro-de-texto-para-seminario.pdf>
- Cid, A. (2007). *La dependencia emocional, una visión integradora*. Recuperado de: <https://docplayer.es/13007661-La-dependencia-emocional-una-vision-integradora-adriana-karen-cid-mireles.html>
- Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61-71.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021: la salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia*. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co>
- Colombia. Resolución 0429 (2016). Por medio de la cual se adopta la política de atención integral en salud. Ministerio de Salud y Protección Social. *Diario Oficial No. 49.794* del 22 de febrero de 2016.
- Czeresnia, D. y Machado, C. (2006). Promoción de la salud: conceptos, reflexiones y tendencias. *Revista de Salud Pública*, 2(1), 82-84.
- De la Cuesta, C. (2001). Investigación cualitativa y enfermería. *Index de Enfermería Digital* (28),7-8. Recuperado de: <https://rua.ua.es/>

dspace/bitstream/10045/18354/1/Investigacion_Cualitativa_Enfermeria.pdf

- De Zubiría, J. (2006). *Hacia una pedagogía dialogante*. Recuperado de: <http://www.institutomerani.edu.co/noticias/hacia-una-pedagogia-dialogante.pdf>
- Del Arenal, C. (2008). *Mundialización, creciente interdependencia y globalización en las relaciones internacionales*. Recuperado de: http://www.ehu.es/cursosderechointernacionalvitoria/ponencias/pdf/2008/2008_4.pdf
- Derrida, J. (1998). *El fin del libro y el comienzo de la escritura. De la gramatología*. México: Siglo XXI.
- Descartes, R. (2004). *Discurso del método*. Buenos Aires: Colihue.
- Devés, E. (2000). *El pensamiento latinoamericano en el siglo XX: entre la modernización y la identidad*. Buenos Aires: Biblos.
- Díaz, H. (2000). El uso de Internet en un programa de cambio comunitario. Una experiencia integradora de articulación de saberes para una práctica transdisciplinar. *Revista Latina de Comunicación Social*, 3(3), 1-11.
- Díaz, J. (2005). La transdisciplinariedad compleja como referente teórico para el abordaje del proceso-salud- enfermedad. *Investigación en Salud*, 7(1), 24-27.
- Donaire, I. (2010). Inteligencia colectiva desde la gestión de la coexistencia universidad-redes sociales. Congreso Iberoamericano de Educación METAS 2012. Buenos Aires, Argentina, 13-15 de septiembre. Recuperado de: http://www.adeepa.org.ar/congresos/Congreso%20IBEROAMERICANO/EIC/R3011_Nedder.pdf
- Eslava, D. (2002). Interdisciplinariedad, enfermería, comunidad y transdisciplinariedad: algunas notas para la reflexión. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 4(1), 33- 43.
- Espinosa, A. (2011). Estrategias metodológicas para operacionalizar la práctica educativa transdisciplinaria, en conjunto con los actores universitarios, en las licenciaturas del Centro de Estudios Universitarios Arkos (CEUArkos) de Puerto Vallarta, Jalisco, México. *Revista Electrónica Educare*, 15(1), 31-56.
- Estévez, E. (2002). *Enseñar a aprender: estrategias cognitivas*. México: Paidós.

- Fals-Borda, O. (2009). *Una sociología sentipensante para América Latina*. Bogotá: Panamericana Formas e Impresos.
- Figueroa, D. y Cavalcanti, G. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la estrategia salud de la familia. *Enfermería Global*, 13(1), 267-278.
- Flores, E. y Flores, M. (2005). *Contenido nutricional de ocho plantas de uso comestible e implementación de huertos caseros en el hogar de niños Divina Providencia* (Tesis doctoral), Universidad de El Salvador. Recuperado de: <http://ri.ues.edu.sv/5172/>
- Fox, D. (1981). *El proceso de investigación en educación*. Pamplona, España: Eunsa.
- Franco, A. (2006). Tendencias y teorías en salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 119-130.
- Galeano, E. (2000). *El libro de los abrazos*. España: Siglo XXI.
- Galeffi, D. (2014). La perspectiva transdisciplinar de los saberes plurales y de la difusión del conocimiento en educación como alternativa creadora para el mundo globalizado en que vivimos. ¿Podemos ser el elemento sorpresa de la nueva revolución cultural de la especie? *Iberoamérica Social*, (2), 31-37.
- García, D. (2015). Gestión hospitalaria: Manual de estilo para la práctica hospitalaria. *Revista ITAES*, 15(3), 10-31. Recuperado de: <http://bibliotecavirtual.insnsb.gob.pe/manual-de-estilo-para-la-practica-hospitalaria/>
- García, Miguel. (2006). Un nuevo desafío en la investigación: enfoque transdisciplinario en comunicación y desarrollo. *Razón y Palabra*, (49). Recuperado de: <http://www.razonypalabra.org.mx/antecedentes/n49/mgarcia.html>
- García, R. (2006). *Sistemas complejos. Conceptos, métodos y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- García, T. (2003). *El cuestionario como instrumento de investigación/ evaluación*. Recuperado de: http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf
- Garzón, N. (2005). Ética profesional y teorías de enfermería. *Aquichán*, 5(1), 64-71.
- Gold, L. (2004). Estudio global Esomar 2003. El crecimiento se mantuvo estancado para las empresas de investigación más

- importantes. *IPMARK: Información de Publicidad y Marketing*, (628), 66-69.
- Gómez, R. (2008). *La dignidad humana en el proceso salud-enfermedad*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- González, E. (2007). La salud pública como campo transdisciplinar. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), 71-77.
- Gros, B. (2004). La construcción del conocimiento en la red: límites y posibilidades. *Education In The Knowledge Society (EKS)*, 5(1). Recuperado de: <http://revistas.usal.es/index.php/revistatesi/article/view/14352/14738>
- Gutiérrez, M., Gogna, M. y Romero, M. (2000). *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo*. Buenos Aires: Leograf SRL.
- Hernández, O. (2010). *Diálogo de saberes para la transformación socio-comunitaria en Buenavista*. Recuperado de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20110406025029/ovidio2.pdf>
- Kérouac, S. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Minotauro.
- La Rosa, A. (2005). Una perspectiva transdisciplinaria para analizar la comunicación en la era digital. *Razón y Palabra*, (48). Recuperado de: <http://www.razonypalabra.org.mx/antiores/n48/bienal/mesa10.pdf>
- Laverde, M. (1998). Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. Avances conceptuales del grupo de cuidado. En *Cuidado y práctica de enfermería*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Leontiev, A. (1983). *El desarrollo del psiquismo*. Madrid: Akal.
- Lescaille, M. (2006). Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(1). Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v22n1/enf08106.pdf>
- López, O., Peña, F. (2006). Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Medicina Social*, 1(3), 82-102.
- Luria, A. (2006). *La actividad consciente del hombre y sus raíces socio-históricas*. Recuperado de: https://www.infoamerica.org/teoria_articulos/luria01.htm

- Madrid, D. (1998). *Guía para la investigación en el aula de idiomas*. España: Grupo Editorial Universitario.
- Mathis, P. (2005). *¿Por qué son verdes las hojas?* Madrid: Ediciones Akal.
- Mayntz, R. (2001). El estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna. *Reforma y democracia*, (21), 7-22.
- Medina, M. (2002). Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. *Revista de Enfermería*, (15), 27-32. Recuperado de: https://previa.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/pr%E1ctica_educativa_y_pr%E1ctica_de.htm
- Mella, O. (2000). *Grupos focales ("Focus Groups"): técnica de investigación cualitativa*. Santiago de Chile: CIDE.
- Mendoza, D. (2016). La investigación transdisciplinaria en los colectivos pedagógicos en la universidad virtual. *Recuperado de: [http://www.uft.edu.ve/campusvirtual/revistacampusvirtual%20Edi.%20VIII%20\(8\)/articulo%203.pdf](http://www.uft.edu.ve/campusvirtual/revistacampusvirtual%20Edi.%20VIII%20(8)/articulo%203.pdf)*
- Mendoza, J. (2015). Otra mirada: la construcción social del conocimiento. *Polis*, 11(1), 83-118. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/polis/v11n1/1870-2333-polis-11-01-00083.pdf>
- Mercer, H. (2001). Evaluación: reflexiones acerca del tema. *Debates*, 4(7), 119-121. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/10.pdf>
- Mila, J. (2005). La interdisciplina y los contenidos de la formación del psicomotricista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, (19), 7-20.
- Moiso, A. (2007). Determinantes de la salud. En *Fundamentos de salud pública*. La Plata: Universidad Nacional de la Plata.
- Molina, G. y Cabrera, G. (2008). *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Moraes, M. (2010). Transdisciplinariedad y educación. *Rizoma Freireano*, 6(6), 1-19.
- Morin, C., Bootzin, R., Buysse, D., Edinger, J., Espie, C. & Lichstein, K. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*, 29(11), 1398-1414.

- Morin, E. (1980). La antigua y la nueva transdisciplinariedad. En Morin, E. (1982). *Ciencia con consciencia*. Barcelona: Anthropos.
- Morin, E. (1981). *El método. La naturaleza de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Morin, E. (1993). *El método II. La vida de la vida*. Madrid: Cátedra.
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Morin, E. (2000). Cultura y conocimiento. En Watzlawick, P. y Kriegel, P. (2009). *El ojo del observador: contribuciones al constructivismo*. Barcelona: Gedisa.
- Morin, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós.
- Morin, E. (2002). *Manual de iniciación pedagógica al pensamiento complejo*. Colombia: ICFES- UNESCO.
- Morin, E. (2003). *El método. La humanidad de la humanidad. La identidad humana*. Madrid: Cátedra.
- Morin, E. (2004). La epistemología de la complejidad. *Gazeta de Antropología*, 20(2). Recuperado de: http://www.ugr.es/~pwlac/G20_02Edgar_Morin.pdf
- Morin, E. (2007). Complejidad restringida y complejidad generalizada. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 12(38), 107-119. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162007000300009&lng=es&tlng=es
- Morin, E. (2011). *La vía para el futuro de la humanidad*. Barcelona: Grupo Planeta.
- Morin, E. (s.f.). ¿Qué es transdisciplinariedad? Recuperado de: <http://edgarmorinmultiversidad.org/index.php/que-es-transdisciplinariedad.html>
- Morin, E., Ciurana, E. y Motta, R. (2002). Educar en la era planetaria: el pensamiento complejo como método de aprendizaje en el error y la incertidumbre humana. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Motta, R. (2002). Complejidad, educación y transdisciplinariedad. *Polis, Revista Latinoamericana*, 1(3). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30510313>

- Murillo, H. (2010). Enseñanza de la transdisciplinariedad. Recuperado de: http://www.multiversidadreal.edu.mx/wp-content/uploads/2012/10/hernando_murillo_gomez.pdf
- Najmanovich, D. (2001). Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 6(14), 106-111.
- Nava, M. (2010). Modelo conceptual de enfermería, su relación de la ética y bioética del cuidado con la persona y su dignidad. *Enfermería Neurológica*, 11(2), 91-97. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122g.pdf>
- Navarro, F., Garriga, A. y Sánchez, J. (2010). Análisis de las alternativas terapéuticas del trastorno de pánico en atención primaria mediante un árbol de decisión. *Atención Primaria*, 42(2), 86-94.
- Neira, J. (2001). Ciencias sociales y salud pre-textos para el debate. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, (5), 127-138.
- Niculescu, B. (2009). *La transdisciplinariedad: manifiesto*. México: Ediciones Du Rocher.
- Nubiola, J. (2000). El valor cognitivo de las metáforas. Cuadernos de Anuario Filosófico, (103), 73-84.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Estadísticas sanitarias mundiales 2005. Recuperado de: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2005_Full.pdf?ua=1
- Osorio, M. y Muñeton, M. (2001). *Propuesta metodológica para la enseñanza de la educación ambiental, desarrolladora de aptitudes y actitudes creativas*. (Tesis de especialización). Universidad de Antioquia. Recuperado de: http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/7348/1/Mariamuneton_2001_educacion%20ambiental.pdf
- Paiva, A. (2004). Edgar Morin y el pensamiento de la complejidad. *Revista Ciencias de la Educación*, 1(23), 239-253.
- Palacios, M. (2013). La transdisciplinariedad en la investigación de pregrado en salud. *Gastrohnutp*, 15(3), 122-124.
- París, V., Devaux, M. & Wei, L. (2010). Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. *OECD Health Working Papers*, (50). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1787/5kmxfq9qbnr-en>

- Peña, K. y Rodríguez, J. (2003). La enfermería ante el enfoque del caos y la complejidad. *Cultura de los Cuidados*, (14), 79-82. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1046/1/culturacuidados_14_10.pdf
- Pernas, M. y Uriarte, O. (2010). Intery transdisciplinarietà de las ciencias básicas en el nuevo modelo de formación de enfermeros. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2), 63-70. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n2/enf08210.pdf>
- Pico, M. y Tobón, O. (2005). Sentido del rol de profesional de enfermería en el primer nivel de atención en salud. *Index de Enfermería*, 14(51), 1132-1296. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300004
- Pozzoli, M. (2006). El sujeto de la complejidad. La construcción de un modelo teórico transdisciplinar (eco-psico-socio-histórico-educativo). *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 5(15). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/305/30517306010.pdf>
- Prigogine, I. (2004). Ciencia y azar. *Zona Erógena*, (23), 1-6. Recuperado de: [file:///D:/Usuario/Downloads/Prigogine,%20Ilya%20-%20Ciencia%20y%20azar%20\(3\).pdf](file:///D:/Usuario/Downloads/Prigogine,%20Ilya%20-%20Ciencia%20y%20azar%20(3).pdf)
- Puerto, R. (2013). Desarrollo urbano o desplazamiento urbano: macroproyecto de interés social nacional, comuna San José, Manizales. *Revista Ratio Juris*, 8(17), 115-134.
- Puhakka, K. (1963). La teoría de los constructos personales de George Kelly y la psicología cognoscitiva. Nueva York: Norton.
- Pupo, R. (2007). *El ensayo como búsqueda y creación. Hacia un discurso de aprehensión compleja*. (Monografía). Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos55/ensayo-busqueda-creacion/ensayo-busqueda-creacion.shtml>
- Real Academia Española. (2002). Sistematizar. En *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Autor.
- Rehaag, I. (2010). La perspectiva intercultural en la educación. *El Cotidiano*, (160), 75-83. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/325/32512766009.pdf>
- Rekalde, I., Martínez, B. y Marko, J. (2012). Los proyectos interdisciplinares de módulo: una experiencia innovadora en el grado de educación social de la UPV/EHU. *Redu*, 10(3), 209-237.

- Rodríguez, E. (2016). El sentido del sufrimiento. Experiencia de los enfermos de cáncer. *ARS Médica*, 29(2), 53-66. Recuperado de: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/336/267>
- Rodríguez, G. (2011). Gobierno electrónico: hacia la modernización y transferencia de la gestión pública. *Revista de Derecho*, (21), 1-23.
- Romero, C. (2003). Paradigma de la complejidad, modelos científicos y conocimiento educativo. Recuperado de: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/3518/b15761745.pdf?sequence=1>
- Ruiz, A. (2007). La interculturalidad y el derecho a la protección de la salud: una propuesta transdisciplinaria. *Medigraphic*, 10(2), 99-107. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2007/hf072h.pdf>
- Ruiz, R. y Plazas, C. (2011). La exigibilidad de los derechos sociales. El caso de Colombia. *Universitas*, (14), 3-20. Recuperado de: <http://universitas.idhbc.es/n14/14-02.pdf>
- Salinas, A., Muñoz, F., De León, B., Alma, R., Villarreal, E., Núñez, G. y Garza, M. (2001). Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención. *Salud Pública de México*, 43(4), 324-333.
- Salum, N. y Prado, M. (2007). Educación continua en el trabajo: nuevos desafíos para los profesionales de enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 100-105.
- Sánchez, A. (2006). *Aplicaciones de la inteligencia artificial en la medicina*. Cuba: Santa Cruz.
- Sánchez, N. (2007). El marco lógico. Metodología para la planificación, seguimiento y evaluación de proyectos. *Visión Gerencial*, (2), 328-343. Recuperado de: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/25141/2/articulo11.pdf>
- Sanz, J. (2000). El factor humano en la relación clínica. El binomio razón-emoción. *Medicina Clínica Enea*, 114(6), 222-226.
- Savater, F. (1997). *El valor de educar*. Barcelona: Ariel.
- Siles, J., Cibanal, J., Viscaya, M., Gabaldón, E., Domínguez, J. y Solano, M. (2001). Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, 10(1), 72-87. Recuperado de: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/4938>

- Silva, I. (2003). *Metodología para la elaboración de estrategias de desarrollo local*: Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Solórzano, G. (2008). El hombre, un ser integral. *Foro de Educación*, 6(10), 347-376.
- Sotolongo, P. y Delgado, C. (2006). *La revolución contemporánea del saber y la complejidad social: hacia unas ciencias sociales de nuevo tipo*. Buenos Aires: Clasco.
- Tobón, S. (2012). *El proyecto ético de vida y la socioformación*. México: CIFE.
- Torruella, M. y Cardona, F. (2011). *12 ideas clave. Enseñar y aprender historia*. Barcelona: Editorial Graó.
- Valdivieso, C., Valdivieso R. y Valdivieso, O. (2011). Determinación del tamaño muestral mediante el uso de árboles de decisión. *Revista Investigación y Desarrollo*, 1(11), 148-176.
- Valencia, C. (2017). Nivel de satisfacción de usuarios subsidiados y población pobre no afiliada primer trimestre 2017. Recuperado de: <http://www.assbasalud.gov.co/wp-content/uploads/2017/04/1ER-INFORME-DE-ENCUESTAS-DE-SATISFACCION-PPNA-Y-SUBSIDIADO.pdf>
- Valenzuela, M. (2015). ¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencias? (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, España. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50212/1/tesis_martina_valenzuela_anguita.pdf
- Velasco, J. M. (s.f.). Bases de la teoría educativa “transcompleja”. Un camino emergente de la educación. Recuperado de: <https://miguelangel13.files.wordpress.com/2012/08/transdisciplinariadad-impoertante-2bases-de-la-teoria-educativa-transcompleja-dr-gonzalez.pdf>
- Vergara, G. (2008). *La técnica del árbol para la toma de decisiones*. Universidad del Valle, sede Tuluá. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/decisiones/7-arbol-de-dec-g>
- Vílchez, V. (2010). Ponencia: construcción del concepto de promoción de la salud en la práctica transdisciplinaria, en el marco del IV congreso internacional de transdisciplinariadad, complejidad y eco formación 2010. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (19), 1-12. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/448/44817863005.pdf>
- Foerster, H. (1994). Visión y conocimiento: disfunciones de segundo

orden. En Fried Schnitman, D. *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Vygotsky, L. (1988). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Editorial Crítica.

Watson, J. (2009). Caring science and human caring theory: transforming personal and professional practices of nursing and health care. *J Health Hum Serv Adm*, 31(4), 466-482.

Yepes, F. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 118-123. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n18s1/v9n18s1a11.pdf>

Zaitegi, N. (2016). La educación en y para la convivencia positiva en España. *REICE*, 8(2), 93-132.

Zárate, L. (2010). La complejidad como referente teórico en la sistematización de experiencias educativas. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(29), 33- 48. Recuperado de: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/69>

Zarate, R. (2004). La gestión del cuidado de enfermería. *Index de Enfermería*, 13(44), 42-46. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Anexos

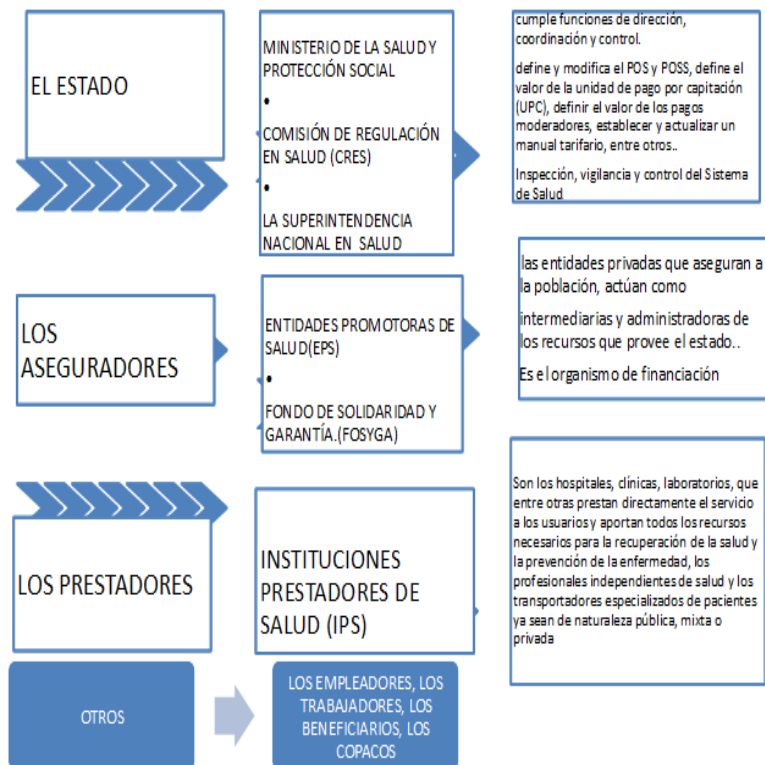


Figura 1. Organigrama integrantes del SGSSS
Fuente: Scribd

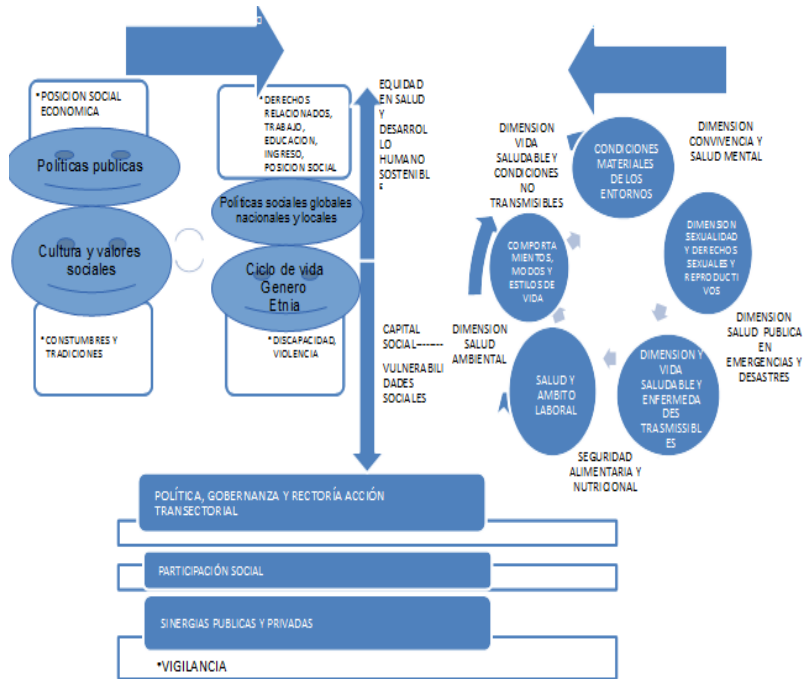


Figura 2. Determinantes sociales de salud
Fuente: Plan Decenal de Salud Pública

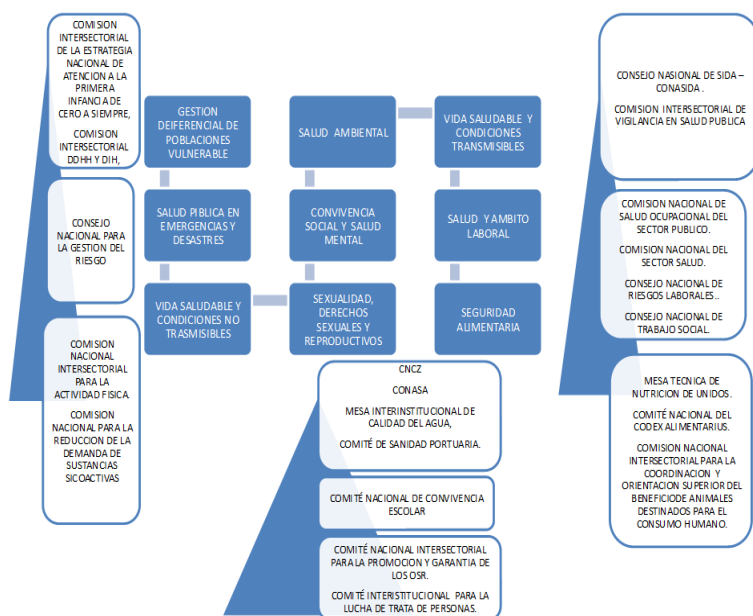


Figura 3. Diagnóstico intersectorial del modelo integral de atención en salud Fuente Plan Decenal de Salud Pública

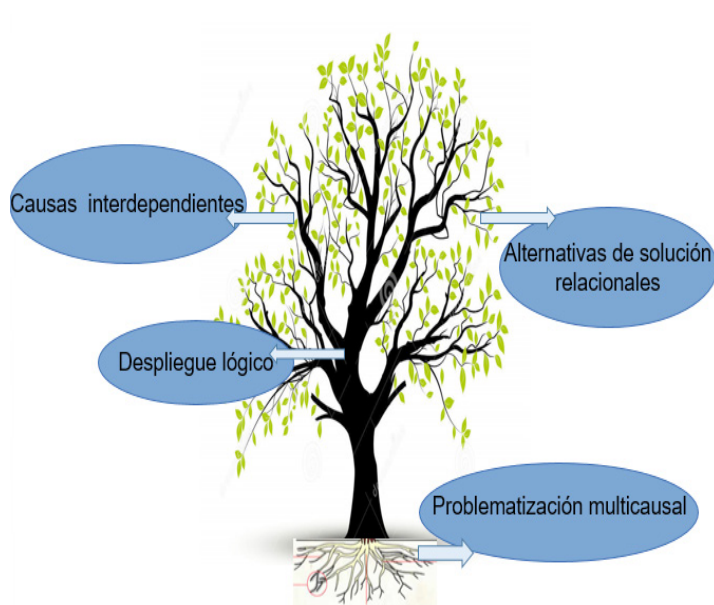


Figura 4. Diagnóstico intersectorial del modelo integral de atención en salud

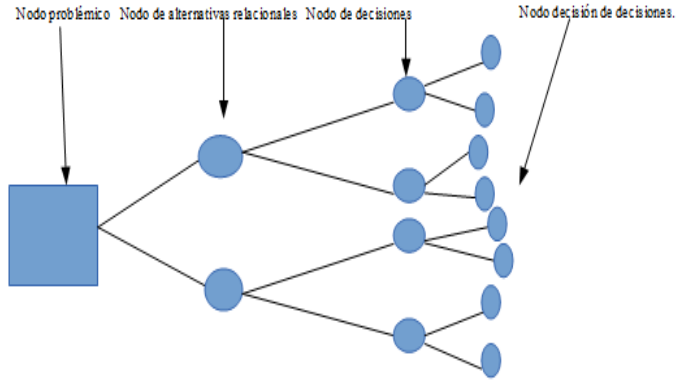


Figura 5. Nodos. Técnica del árbol para la toma de decisiones
Fuente: Univalle, sede Tuluá. Administración de Empresas. Curso de toma de decisiones y negociación.



Figura 6. Árbol de problemas transdisciplinar construido con los actores

Tabla 1.
Respuestas argumentales autorreflexión

1. Pregunta: ¿Qué piensa del video y cómo se relaciona con la atención que le presta?			
Participante	Respuesta	Análisis textual	significación
M.aux.8	Interesante para nuestro ambiente laboral, se relaciona con lo que vivimos día a día, nos deja una buena enseñanza	El participante considera que en el día a día se pueden apreciar situaciones cercanas a las visualizadas en el video	El día a día es para el profesional en salud un espacio de interacción con el paciente
M.aux.9	Me parece que en ocasiones estamos tratando a los pacientes como una camilla, un número de cama, en fin, no hay sensibilidad	Se destaca en este enunciado la expresión "no hay sensibilidad" y que "se trata al paciente como una camilla o un número"	La ausencia de sensibilidad y el tratar al paciente como un objeto, es una de las características fundamentales de una atención en salud deshumanizada
M.aux.10	Es evidente que el personal de salud pierde con el tiempo sensibilidad ante algunos casos, los pacientes y mecanización humana que sufre por su estado patológico y no mide palabras para describir su estado, sin fijarse en el daño psicológico que desencadenan	Se reitera la ausencia de sensibilidad que puede derivarse en posibles daños psicológicos o en una mecanización del servicio	Mecanizar la práctica asistencial es probablemente un acto que deshumaniza y pone en riesgo la salud mental del paciente
M.aux.11	Es una realidad del diario que se ve en algunos profesionales, se valora poco la vida del ser humano por su profesión religión o condición sexual, incluso su DX	Acento en poca valoración de la vida y en la posible atención contaminada por algún tipo de prejuicio	Una práctica asistencial que le asigna poco valor a la vida, puede en un momento dado deshumanizar la misma condición humana y viciar cualquier tipo de interacción entre profesional y paciente, esto es generar sesgos por razones de ideología, orientación sexual, género y estatus económico

M.aux.12	Que en la vida real así pasa por la imprudencia porque nos volvemos indolentes	El adjetivo indolente es para a este profesional una palabra que puede designar la falta de compromiso con el dolor ajeno	La indolencia podría asumirse como falta de sensibilidad, apatía o negligencia frente al dolor ajeno; esto puede ser muy negativo en una práctica asistencial que pretenda ser humanizada
M.sec1	Que los profesionales de la salud no deberían hablar en términos tan duros frente a los pacientes; olvidan que las personas tienen sentimientos	Se resalta la reflexión por la dureza del lenguaje que puede emplearse en las prácticas de atención, lo mismo que no considerar los sentimientos de los pacientes	Un lenguaje duro en presencia del paciente puede convertirse en una expresión de crueldad que impacta negativamente la sensibilidad de este.
M.fac1	Es muy cierto, en muchas ocasiones les dan más valor a las cosas materiales e irreales que a la vida humana, que es la encargada de ponerle sentido a estas	Un nuevo enunciado que reitera la necesidad de asignarle valor a la vida humana	La reiteración por el valor de la vida humana denota una tendencia a plantear una práctica asistencial más humanizada, donde ayudar a vivir sea el interés primordial del personal de salud
M.Aph1	Es una enseñanza para ser más humanos y referirnos a la gente como se merecen y tener ética	Ser más humanos y tener ética, son dos expresiones que fortalecen un discurso centrado en la humanización y el respeto por la dignidad humana	Este profesional asume una práctica asistencial humanizada que se enfoca desde de una ética, siendo esta una reflexión importante para comprender que el paciente es algo más que un objeto
H.con1	Pienso que se debe hacer todo lo posible para salvar la vida, sin importar las condiciones en las que se encuentra el paciente	Salvar la vida implica un compromiso con el mundo vital del paciente	Salvar vidas es un principio insaturado en lo más profundo de la deontología de todo profesional en salud
M.enf 1	En el video se observa como el personal de salud no da esperanzas de vida al paciente, sin estar seguros	Brindar esperanzas de vida, es para este funcionario una acción que debería formar parte de toda práctica asistencial.	Salvar una vida implica guardar siempre la esperanza de lograrlo, aun en la circunstancia más dramática y medicamente poco esperanzadora

Nota: Tabla de respuestas argumentales autorreflexión de pre saberes - pregunta uno.

Procedimiento: elaboración de conceptos escriturales. Tipo de actividad: responder libremente al cuestionario de preguntas. Modalidad: Expresión escrita.

Tabla 2.

Síntesis de Pregunta: Qué piensa del video y como se relaciona con su práctica diaria

Profesional	Pacientes
<p>La mala atención en algunos momentos de la práctica asistencial está relacionada con un contexto imperativo que sufre las consecuencias de un sistema de salud deficitario. Asumir al paciente en su integralidad y multidimensionalidad es un avance en humanización del trato y la búsqueda de un servicio de salud que gestione de un modo distinto los lenguajes y proponga respuestas a los problemas que surgen en la cotidianidad de la atención clínica. Los profesionales deben capacitarse, mostrar actitudes éticas y valores que fortalezcan la noción de un ser humano integral a quien se le privilegia la preservación de la vida. Los manuales, las circulares y otros instrumentos de procedimiento clínico no siempre generan actitudes favorables hacia la humanización, el buen trato y el diálogo entre profesionales y pacientes.</p>	<p>La mala atención de la que se habla en el video no es un concepto lejano de la cotidianidad de la clínica; hace falta asumir al paciente como ser integral para contribuir en el desarrollo de sus capacidades y el manejo de la enfermedad. Es posible que en algunos profesionales se evidencie ausencia de ética, humildad y tolerancia, al igual que falta de diálogo y comprensión de la situación particular de cada paciente. Educar en salud es algo que podría mejorar la atención de la clínica como un proceso integral.</p>

Tabla 3.

Registro escritural de los resultados sin sistematizar

Código	Enunciado del problema	alternativas de solución
M.aux.2	El respeto hacia el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar con amabilidad al paciente • No hacer comentarios con otras personas que lastimen al paciente • Analizar el nivel educativo del paciente para referirse a él • Darles a conocer los derechos y deberes de la salud • Mantener la ética profesional • Ponerse en la posición de cada uno de los pacientes y tener calidad humana

Mu2	Movilización del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliaria • Habilitar una ruta para los pacientes (ambulancia) • Auxilio de trasportes para estratos 0 - 1 • Servir al paciente en el centro de salud más cercano a su residencia • Hacer actividades para recoger fondos para colaborar a los pacientes de extrema pobreza • Habilitar centros en un sitio estratégico de las zonas más vulnerables
Maux. 8:	Cierre de los centros de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a los pacientes sobre el uso racional de consultas cuando realmente lo amerite una urgencia real • Disponer de la consulta médica prioritaria y de los programas de P y P • Disponer de más personal médico y de emergencia adecuadamente para la atención • Hacer uso del <i>call center</i> para solicitar las citas no urgentes • Educar a la comunidad sobre el autocuidado • Valorarse, cuidarse y alimentarse bien para no enfermar frecuentemente
Hu1	Demora para asignar las citas telefónicas	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a los pacientes que hay muchas personas para atender, de manera respetuosa • Hablar a los pacientes con comprensión y respeto • Tener más líneas telefónicas y más personales • Que se pueda hacer por otro medio para evitar más dificultades • Que el personal sea más comprensivo a la hora de poner la llamada en espera • Tener más personal de salud para poder asignar más citas
M.aux.6	El respeto a las personas tanto el cliente interno como externo	<ul style="list-style-type: none"> • Educando al paciente • Educando al personal • Explicándole al paciente los deberes y derechos • Tener en cuenta el nivel educativo del paciente • No sentirse más que nadie
Maux. 13	Respeto de los pacientes hacia el personal	<ul style="list-style-type: none"> • Tener paciencia al llegar al centro de salud • Educación a los pacientes • Servicio de urgencias, entender cuáles son las urgencias vitales • Capacitar a los pacientes sobre el respeto al personal • Educación deberes y derechos en salud • Mantener la ética profesional

Mu4	Falta de amor y respeto	<ul style="list-style-type: none"> • Ser más tolerantes con el paciente y el personal • Brindar un poco más de confianza • Si estamos en un mal momento, no descargarlo con las personas • hablando de una mejor manera para que el paciente pueda esperar que lo atiendan • Tratando de agilizar de una mejor manera el ingreso y trato dentro de la institución • Hablar con amor y respeto para así recibir lo mismo
Menf 1	Cierre de otros centros, desplazamiento tan lejos	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a los pacientes sobre el porqué del cierre • Educación sobre el significado de urgencias • Disponer de médico para prioritaria • Disponer de más personal en el <i>call center</i>, quien le explique al paciente por qué no hay citas disponibles • Disponer de personal adecuado en el servicio de urgencias
M.med1	Falta de respeto por parte del personal de la salud para con el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar cada procedimiento al paciente • La presentación y amabilidad • Tratar de administrar el tratamiento completo al paciente • Participar más en los horarios de visita para que el paciente se sienta satisfecho • Si nos relacionamos así mismos, habrá respeto por parte de nuestros pacientes • Que la atención por parte medica no sea tan demorada
Mu7	Las enfermeras no atienden con respeto	<ul style="list-style-type: none"> • Las enfermeras deben tener respeto con los pacientes • Ser más pasivas • Respetar las opiniones de los pacientes • Colaborarle al paciente con las citas • Estar más pendiente de los teléfonos • Informar cualquier problema • Informar y explicar al paciente por qué no se puede atender, pero con respeto • Velar por el cuidado del paciente
MApH	Desplazamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de educación a los pacientes • Realizar comparendos • Realizar jornadas de salud donde los eduque sobre la clasificación del triage • Colocar el personal suficiente en el servicio de urgencias
M.secr.1	Comunicación asertiva entre personal de salud médico y pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar sociabilización a los médicos y personal de salud y lo mismo a los pacientes • Organizar un grupo de pacientes y establecer cuáles son sus principales inquietudes y darles solución en lo posible • Educar al personal de salud en atención a pacientes con respeto y calidad • Mantener climas laborales adecuados • Ponerse en el lugar del paciente y tratarlo con respeto, como quisiera ser tratado en su lugar • Enfatizar a los pacientes el tema de 'deberes y derechos'

Tabla 4.
 Síntesis determinación de pre saberes. 5 ideas fuerza sobre visión
 holística y dignidad humana

Profesional	Pacientes
Considerar a la persona humana como centro de la atención holística	Fortalecer capacidades para humanizar el servicio y la atención
Apoyo psicológico para una calidad integral	Conocimiento de la persona que se atiende
Profesionales capaces de compartir diferentes lenguajes con los pacientes	Apoyo psicológico y con calidad humana
Integrar holísticamente la atención para comprender en su totalidad a la persona humana	Fortalecer la ética y los valores en los procesos de atención integral
Diálogo y comunicación asertiva	Atención hospitalaria con sentido de equidad y de justicia

© Copyright 2018
Universidad Católica de Manizales

Todos los derechos reservados por la Universidad Católica de Manizales. No se permite reproducir, almacenar en sistemas de reproducción de la información ni transmitir parcial o totalmente esta producción, incluido el diseño, cualquiera que sea el medio empleado: electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc., sin el permiso del titular de los derechos de propiedad intelectual.

PROPUESTA DE UN MARCO DE TRABAJO TRANSDISCIPLINARIO PARA LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD

La construcción transdisciplinar enmarcada en el análisis de la práctica asistencial como un problema de naturaleza compleja, es básica para acceder a la integración de saberes como una dinámica de investigación que recursiva y retroactivamente supone un ejercicio de indagación, en el que la Clínica se asume como un espacio inter, multi y transdisciplinar. Todo esto con el propósito de lograr una crítica al modelo de salud en Colombia desde una comprensión del estrecho vínculo del mundo real, donde se da la atención hospitalaria con la perspectiva compleja del conocimiento en salud, en diálogo transdisciplinar con distintas tendencias epistemológicas y saberes populares acerca de la gestión del cuidado y la preservación de la salud humana.

ce centro
editorial

Universidad Católica de Manizales

