

## **Dinámica de la formación sanitarista interactiva del análisis de la situación de salud en la intervención comunitaria**

Dynamics of interactive health training for the analysis of the health situation in community intervention

Reinaldo Pablo García Pérez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7451-8713>

Adelaida Ballbé Valdés<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6027-5696>

Homero Calixto Fuentes González<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0002-0705-8622>

Hipólito Peralta Benítez<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8479-2804>

Natacha Rivera Michelena<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5826-7304>

Letissia Giance Paz<sup>5</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5724-9718>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Facultad “Dr. José Assef Yara”. Ciego de Ávila, Cuba.

<sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Cuba.

<sup>3</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Hospital General Docente “Juan Bruno Zayas”. Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>4</sup>Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad “Julio Trigo López”. La Habana, Cuba.

<sup>5</sup>Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas. Ciego de Ávila, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [rey.say@infomed.sld.cu](mailto:rey.say@infomed.sld.cu)

### **RESUMEN**

**Introducción:** En la asignatura Salud Pública de la carrera medicina el análisis de la situación de salud alcanza su máxima concreción curricular.

**Objetivo:** Evaluar la pertinencia científico-metodológica del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del análisis de la situación de salud en la intervención comunitaria.

**Métodos:** Se realizó una investigación pedagógica en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila entre septiembre de 2012 y junio de 2016. Se aplicaron métodos

teóricos: histórico-lógico, analítico-sintético, inductivo-deductivo, holístico-dialéctico y hermenéutico-dialéctico; y empíricos: criterio de expertos y talleres de socialización.

**Resultados:** Se propuso el modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva, a partir del cual se reveló un sistema de relaciones dialécticas que transitó desde las configuraciones hasta la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud como eje sistematizador de la dinámica. La consistencia interna fue adecuada ( $\alpha_2 = 0,693$  y  $\alpha_3 = 0,728$ ) y la concordancia de los expertos, altamente significativa ( $W_2$  de Kendall = 0,472 y  $W_3 = 0,509$ ,  $p = 0$ ). Los especialistas en los talleres de socialización lo consideraron pertinente.

**Conclusiones:** Se constató la pertinencia científico-metodológica del modelo elaborado. Desde el eje sistematizador de la dinámica se reconstruyó el análisis de la situación de salud en un ciclo co-transformador sanitarista en espiral ascendente con la investigación y de resolución sanitarista como sus eslabones constituyentes.

**Palabras clave:** diagnóstico de la situación de salud; modelos teóricos; integración de sistemas; salud pública.

## ABSTRACT

**Introduction:** In the Public Health subject of the medical major, analysis of the health situation reaches its maximum curricular concretion.

**Objective:** To evaluate the scientific-methodological relevance of the model for the dynamics of interactive health training for the analysis of the health situation in community intervention.

**Methods:** A pedagogical research was carried out at Ciego de Ávila School of Medical Sciences between September 2012 and June 2016. Theoretical methods were applied: historical-logical, analytical-synthetic, inductive-deductive, holistic-dialectical and hermeneutical-dialectical; together with empirical ones: expert criteria and socialization workshops.

**Results:** The model for the dynamics of interactive health training was proposed, from which a system of dialectical relations was revealed that ranged from configurations to the investigative-solving systematization of health problems as the systematizing axis of the dynamics. The internal consistency was adequate ( $\alpha_2=0.693$  and  $\alpha_3=0.728$ ) and expert concordance was highly significant (Kendall's  $W_2=0.472$  and  $W_3=0.509$ ,  $p=0$ ). The specialists at the socialization workshops considered it pertinent.

**Conclusions:** The scientific-methodological relevance of the developed model was

verified. From the systematizing axis of the dynamics, the analysis of the health situation was reconstructed in a co-transforming health cycle in an upward spiral together with research and for health resolution as its constituent steps.

**Keywords:** health situation diagnostic; theoretical models; systems integration; public health.

Recibido: 19/07/2019

Aceptado: 24/04/2020

## **Introducción**

El Análisis de la Situación de Salud (ASIS), conocido también como Diagnóstico de la Situación de Salud, adquiere un carácter científico-transformador consustancial al incidir de forma directa sobre los determinantes del estado de salud de la población (ESP) e integrar en un único proceso investigativo-resolutivo los problemas de salud desde el contexto social y natural donde se originan. Cuando el ASIS se realiza con participación de los actores sociales (AS) se convierte en eje generador de espacios de horizontalidad, diálogo e interdisciplinaridad en salud.<sup>(1)</sup>

El ASIS es una herramienta tecnológica salubrista desde donde se encausan estrategias y acciones con la participación de otros sectores sociales.<sup>(2)</sup> Por tal razón, se debe garantizar su realización verdadera y profunda para que sea punto de partida en la proyección estratégica territorial y nacional.<sup>(3)</sup> Por lo anterior, el médico general (MG), para realizar el ASIS, debe poseer capacidades que le permitan interpretar y transformar la situación de salud comunitaria y sus AS, y, una vez integrados, insertarse en la producción social de la salud. En la asignatura Salud Pública, el contenido del ASIS trasciende la formación del MG como una unidad integradora curricular que no solo se limita a la preparación científica del estudiante, sino que se extiende hasta su interacción con el AS, como factor dinamizador del proceso de enseñanza-aprendizaje.<sup>(4)</sup>

No obstante, a los resultados alcanzados en la formación del MG en cuanto a potenciar el desarrollo de sus capacidades cuando se aplica el ASIS en la intervención en la salud comunitaria –en lo adelante “intervención comunitaria”–, persisten insuficiencias que limitan su futura actuación profesional en el primer nivel de atención, que se sintetizan

en el problema de investigación: insuficiencias en el ASIS al ejecutar la intervención comunitaria. La valoración causal realizada apuntó hacia la necesidad de profundizar en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, objeto de la investigación. Su campo de acción se concretó en la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria.

El análisis bibliográfico evidenció que, aunque diferentes autores<sup>(5,6,7)</sup> aportaron elementos novedosos, estos resultan aún insuficientes. Razón por lo cual se realizó la presente investigación, con el objetivo de evaluar la pertinencia científico-metodológica del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria, a partir de su propuesta como constructo teórico de partida.

## **Métodos**

Se realizó una investigación pedagógica en la Facultad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara” de Ciego de Ávila, en el período septiembre de 2012-junio de 2016.<sup>(4)</sup> Los métodos teóricos favorecieron la sistematicidad y la lógica investigativa. El histórico-lógico se utilizó para la comprensión del objeto de investigación y del campo de acción; y el inductivo-deductivo y el analítico-sintético, para fundamentar los presupuestos teórico-metodológicos y la valoración de los resultados. El holístico-dialéctico<sup>(8)</sup> sustentó la elaboración del modelo; y el hermenéutico-dialéctico,<sup>(8)</sup> la interpretación de los enfoques sobre el proceso y su dinámica, la revelación de los significados y sentidos esenciales del sistema de categorías y relaciones, y la discusión de los resultados. El criterio de expertos mediante el método de consenso Delphi<sup>(9)</sup> y los dos talleres de socialización, como métodos empíricos, permitieron realizar la valoración de la pertinencia científico-metodológica del modelo construido.

Se eligieron 26 posibles expertos, 25 de ellos alcanzaron un nivel alto de competencia (96 %). Se realizaron tres rondas de consultas. La fiabilidad del instrumento se determinó mediante el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach y la concordancia de los expertos mediante el coeficiente W de Kendall. Los dos talleres de socialización permitieron un intercambio enriquecedor directo desde un enfoque didáctico interactivo para corroborar la lógica dialéctica aplicada en la modelación. En el primer taller participaron 18 especialistas y en el segundo 27. Estos, desde la diversidad profesional representada, con intervenciones críticas y desarrolladoras, generaron un fructífero intercambio en

torno al valor científico-metodológico del modelo y la posibilidad de perfeccionarlo. El estudio cumplió con la II Declaración de Helsinki<sup>(10)</sup> y con las regulaciones éticas cubanas. La información obtenida en los talleres y los criterios de los expertos se resguardaron bajo confidencialidad. Los participantes firmaron el consentimiento para colaborar y aceptaron que los resultados se publicaran con garantía de su anonimato.

## **Resultados**

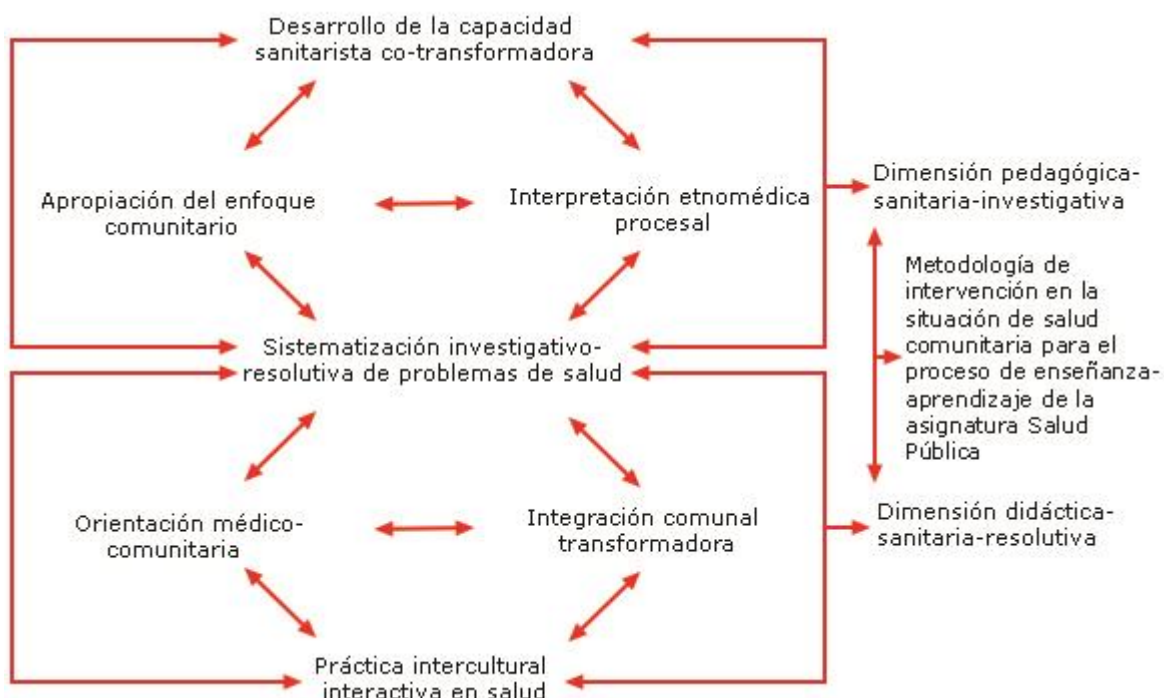
### **Modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del análisis de la situación de salud en la intervención comunitaria**

#### **Formación sanitarista interactiva**

En la modelación se definió la categoría “formación sanitarista interactiva” como el proceso consciente y totalizador de sistematización investigativo-resolutiva de los problemas comunitarios de salud para desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante de medicina, a partir del diálogo intercultural con el AS para movilizar e integrar los saberes existentes como fuerza fundamental para producir la salud desde el espacio local-comunitario. La “base intercultural etnomédica” es la plataforma científica que sustenta esta formación y se expresa mediante el proceso de interculturalización que involucra la diferencia cultural existente entre los saberes científicos del estudiante y los populares del AS, que tienen continuidad en la etnomedicina, mediante el nexo formal que los articula e integra a la medicina científica.

#### **Sistematización investigativo-resolutiva**

La esencia de esta formación se sintetiza en la configuración “sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud”, categoría que deviene en el propósito de esta construcción teórica. Ella determina su lógica dinamizadora y su eje integrador, al permitir que el proceso se vaya dando de forma continua y consecutiva por estadios, para el logro de niveles superiores de transformación en el estudiante en la medida en que asume, integrado con los AS, la investigación y resolución de dichos problemas. Esta configuración resulta síntesis de las relaciones suscitadas entre las categorías: apropiación del enfoque comunitario e interpretación etnomédica procesal (Fig. 1).



**Fig. 1** - Modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del análisis de la situación de salud en la intervención comunitaria.

### **Apropiación del enfoque comunitario**

La apropiación del enfoque comunitario constituye el proceso consciente de transformación en los conocimientos del estudiante, a través de la comprensión, explicación, observación e interpretación del contenido necesario para investigar y solucionar la situación de salud comunitaria. El conocimiento apropiado por el estudiante es ineludible para involucrarse con los AS en la transformación de su situación de salud y de los saberes relativos a ella, en tanto expresión de la significación social que, como principio, prevalece a partir del carácter profiláctico y participativo del sistema de salud. En consecuencia, emerge la configuración “interpretación etnomédica procesal”, que constituye su par dialéctico. Aunque resultan expresiones de procesos diferentes, revelan una unidad indisoluble, donde la apropiación del enfoque comunitario se logra en la misma medida en que se propicia la interpretación etnomédica procesal y viceversa.

### **Interpretación etnomédica procesal**

La interpretación etnomédica procesal es la configuración donde el tratamiento del ASIS como objeto de la cultura médica se manifiesta como proceso de desarrollo y

(re)construcción etnomédica dialéctica, y se revela como expresión del modo en que se sustenta, en el ejercicio de la profesión, la explicación del sentido de relación de su análisis en una serie de ocho pasos y su síntesis como totalidad en un proceso cíclico investigativo-resolutivo en espiral ascendente. Ello implica revelar su carácter cíclico y su complejidad didáctica en la educación en el trabajo, donde se recurre a dos categorías del ESP: componentes y determinantes.

Del carácter social y complejo del ESP emerge la construcción de indicadores de salud como expresión de constatación empírica del proceso salud-enfermedad comunitario investigado y su ordenación sistemática en los componentes, que a su vez expresan los eventos vitales ocurridos en la población, condicionados por influencia de los determinantes. En esta configuración se realiza la dinámica hermenéutica del ASIS como el todo con sus ocho pasos, que se determinan unos a otros. De forma tal que el nivel de ejecución del primero repercute y es condicionante del siguiente; así, de forma sucesiva, se desarrolla este condicionamiento, expresado en la dinamicidad de los ocho pasos siguientes:

1. Recogida de la información: incluye la recolección de información y su análisis, y se convierte en punto de inflexión al construir la situación de salud actual en unidad contradictoria con la deseada, que visionan el estudiante y los AS, generada por la necesidad de ejecutar el ASIS para alcanzar una transformación que niegue y supere la actual. La intencionalidad formativa se sistematiza a partir del indicador de salud como instrumento de medición construido teóricamente que, al cuantificar y cualificar la situación de la comunidad, permite expresar su perfil de salud-enfermedad en un momento histórico concreto determinado.
2. Identificación de los problemas de salud: surge a partir del paso inicial. La situación de salud construida como un todo engloba una gama de indicadores desde donde se requiere distinguir y revelar brechas o discrepancias detectadas por la percepción y confrontación que tienen el estudiante y los AS entre esa situación de salud actual construida y la deseada en una abstracción anticipatoria y propositiva visionada desde esa realidad. Para concretar este paso el estudiante aplica el método de comparación entre los datos cuantitativos obtenidos con los del año anterior y los proyectados en el sector, y el método de complementación con técnicas cualitativas donde los AS expresan las

necesidades sentidas. Los problemas que se identifiquen se ordenan según determinantes del ESP; sin embargo, estos rebasan la posibilidad de recursos para solucionarse en un año.

3. Priorización de los problemas: el procedimiento de ordenamiento de los problemas identificados que conduce el estudiante con la aplicación de la jerarquización, teniendo en cuenta los recursos y criterios de los AS, conlleva a este paso. Con el establecimiento de prioridades, estudiantes y AS se involucran en una dialogicidad problematizadora interdisciplinar e intercultural que dinamizan los criterios de la matriz de ranqueo, donde la puntuación individual forma parte de la perspectiva colectiva.
4. Análisis y determinación de los factores causales y de riesgos: presenta dos elementos constitutivos: 1. el análisis causal y de los factores de riesgo como razonamiento hermenéutico de la causalidad en unidad dialéctica explicativa contradictoria en la génesis de los tres primeros problemas priorizados. Ello se condiciona cuando los implicados construyen el diagrama de causa-efecto; 2. la búsqueda de las alternativas de solución para la cual recurren al trabajo matricial explicativo en el campo de fuerzas (DAFO).

El planteamiento de modificación al problema priorizado delinea la planificación en tres pasos consecutivos e interdependientes que concretan la esencia dialéctica resolutoria en una unidad transformadora, articulada en determinación recíproca entre: metas a largo plazo-plan de acción-plan de ejecución. La planificación de metas en cinco años o más se da en unidad dialéctica entre el resultado actual y el esperado a largo plazo. Ello condiciona una contradicción entre el criterio de medida trazado en la realidad y el posible, según los recursos y compromisos adquiridos.

5. Establecimiento de metas a largo plazo: las relaciones emanadas de lo anterior consolidan este paso. De la determinación dialéctica recíproca entre las metas a largo plazo y las parciales anticipadas, emerge la delimitación del objetivo a mediano plazo que define el tránsito al próximo proceder.
6. Plan de acción: expresión de describir la realidad como un efecto esperado en un término entre tres y cinco años.
7. Plan de ejecución: las actividades educativas y administrativas devenidas de las alternativas de solución construidas en la matriz DAFO forman parte de la construcción conjunta que realizan los implicados al problema priorizado para



transformarlo. Ello lo logran al construir la matriz en el flujo de Gantt. Además de concebir la planificación operativa, implica su ejecución como expresión objetivada de la transformación de la situación de salud y vía de formación de la subjetividad.

8. Evaluación: al comparar los resultados con los objetivos trazados se realiza la evaluación, que cierra el ciclo y, a la vez, constituye el punto de partida del nuevo ciclo dialéctico co-transformador en espiral ascendente del ASIS. Expresión del control establecido en la ejecución para evaluar las actividades realizadas. Se desarrolla a través del monitoreo cuando los implicados hacen cortes evaluativos durante su ejecución para constatar los efectos parciales y de la evaluación anual al comprobar lo logrado al final de cada ciclo. Para evaluar el impacto final recurren a los indicadores construidos en el primer paso y lo comparan con los nuevos que elaboran al iniciar el nuevo ciclo en el primer paso y en valoración reflexiva ascendente establecen una interdependencia histórica interobjetivos: primero contrasta el impacto alcanzado con el trazado a corto plazo en el plan de ejecución; luego comprueba cómo este incide en el cumplimiento a mediano plazo en el plan de acción; y, por último, cómo repercute en la meta a largo plazo. Ello adquiere significado al establecer un vínculo valorativo regresivo que permite interpretar el impacto transformador en el problema y adquirir experiencia para continuar un nuevo ciclo como estadio superior.

Mediante la explicación del sentido etnomédico procesal del ASIS, se contribuye a la apropiación de formas integradas superiores de enfocar la situación de salud. Como pares dialécticos, estas son categorías yuxtapuestas que se sintetizan en la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud para desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante.

### **Desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora**

El desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora representa la cualidad de orden superior, mediante la cual se expresan las potencialidades del estudiante de (re)construir, de manera creativa e intencionada, la situación de salud comunitaria. Cuando el estudiante se orienta en la intervención hacia la situación deseada, multiplica en co-transformación interdisciplinar e intercultural sus conocimientos en los partícipes

y, con ello, crea, genera y desarrolla capacidades humanas transformadoras, a fin de que como sujetos integrados logren adquirir poder y transfigurarse al autogestionar la intervención comunitaria.

En la medida en que el estudiante en la interacción desarrolla la capacidad transformadora en los AS, los implica como mediadores con la comunidad para modificar la situación de salud, en cuya interacción se transforma a sí mismo y a los AS implicados, expresión de la relación dialéctica entre la transformación y la autotransformación en su crecimiento personal y profesional. El impulso emprendedor motivador que determina su disponibilidad para apropiarse del contenido epistemológico y metodológico del ASIS, se convierte en una función reguladora de su aprendizaje.

### **Dimensión pedagógica sanitaria investigativa**

La dimensión pedagógica sanitaria investigativa es portadora de una nueva cualidad que como primer estadio de la dinámica propicia una mirada integral desde lo pedagógico al desarrollo de la capacidad sanitarista investigativa. Ello propicia un primer acercamiento al objeto de estudio del MG con una lógica etnomédica integradora, al expresar el presupuesto pedagógico que garantiza la cultura sociomédica investigativa de la situación de salud. Sin embargo, no basta con identificar un movimiento y transformación a nivel pedagógico. Se requiere establecer un camino didáctico que propicie su materialización, razón por la que emergen las relaciones entre: orientación médico-comunitaria e integración comunal transformadora, que se sintetizan en la práctica intercultural interactiva en salud.

### **Orientación médico-comunitaria**

La orientación médico-comunitaria se define como el proceso de ordenación, estructuración y disposición gradual y premeditada de lo sanitarista interactivo que, en lo didáctico, propicia el desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora del estudiante en el contexto. Al mismo tiempo proyecta la consecutividad y continuidad en el logro del autodesarrollo del sujeto para apropiarse del saber en un proceso de articulación situacional real en la comunidad, de aquellas relaciones dialécticas entre el contenido interdisciplinar e intercultural.

### **Integración comunal transformadora**

La integración comunal transformadora es el proceso de construcción y aplicación interdisciplinar e intercultural del aprendizaje, a través del cual las potencialidades cognitivas aportadas por los saberes disciplinares adquiridos por el estudiante en su formación cultural se sintetizan en interdiscipliniedad y adquieren un nuevo significado en la mediación intercultural que ejerce para que los AS y la comunidad desarrollen la intervención transformadora que en la situación de salud logra sentido.

Estas dos configuraciones como pares dialécticos se presuponen y contraponen, pues no se puede intervenir la situación de salud sin una orientación previa de los recursos didácticos interdisciplinares e interculturales que se van a aplicar desde el contexto local-comunitario. Por otra parte, no es posible su integración con los AS de la comunidad, si no se sitúa al estudiante en posición proactiva hacia la transformación. Sin embargo, el espacio más adecuado para integrar la dinámica es la ejecución del ASIS en la intervención, no desde su planificación didáctico-metodológica, sino en su ejercicio real contextualizado desde una situación de salud coherente con el futuro desempeño profesional del MG.

### **Práctica intercultural interactiva en salud**

La práctica intercultural interactiva en salud se configura en la interacción dialógica contextual que desarrolla el estudiante con los AS al intervenir la situación de salud comunitaria. En esta interacción resulta esencial la comunicación que establecen, mediada por el profesor tutor, para articular saberes interdisciplinares y saberes populares locales, en un vínculo relacional humano horizontal, activo, participativo, reflexivo y no hegemónico, que trascienda en la co-transformación sanitarista que requieren alcanzar como sujetos implicados para responder al encargo social.

Esta práctica se da en unidad dialéctica con la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud, dinamizada por el par dialéctico compuesto por la orientación médico-comunitaria y la integración comunal transformadora.

### **Dimensión didáctica sanitarista resolutiva**

De las relaciones antes enunciadas emerge la dimensión didáctica sanitaria resolutiva como portadora de un movimiento y transformación en las relaciones que se producen cuando el estudiante integra lo contextual para movilizar al AS y lo interdisciplinar

científico para mediar con lo intercultural. Ello tipifica una didáctica específica de la educación en el trabajo entre la orientación y la generalización del contenido, en la que el sujeto desarrolla la capacidad sanitarista resolutive.

### **Relaciones esenciales**

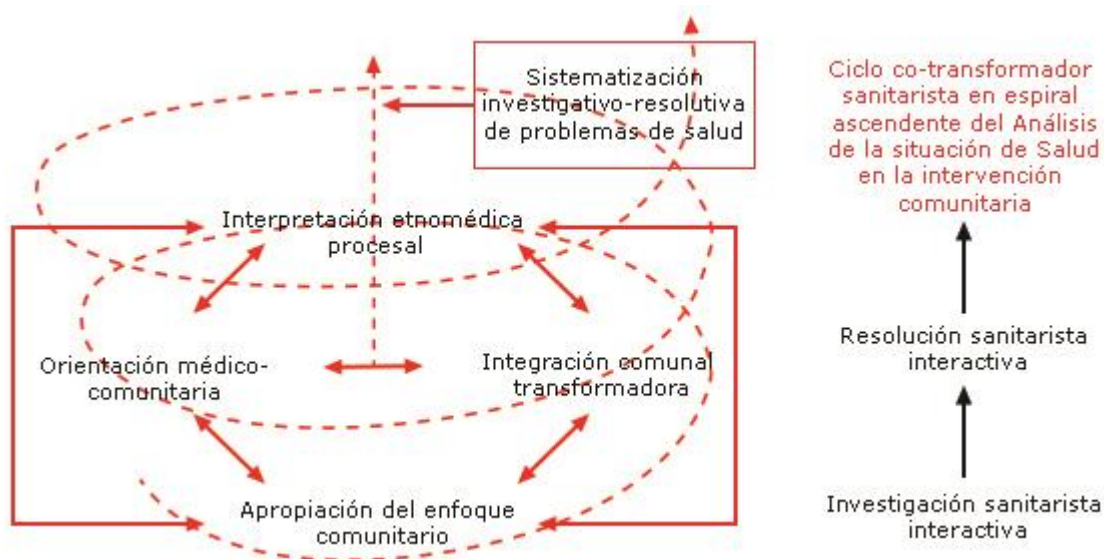
El modelo expresa dos relaciones esenciales en una lógica integradora: la relación de interpretación sanitaria investigativa se origina en los vínculos que se suscitan en la dimensión pedagógica, de la cual emana una lógica sanitarista investigativa como expresión de la intencionalidad pedagógica de desarrollar la capacidad sanitarista investigativa, y la relación de integración sanitaria resolutive se origina en las relaciones que promueve la dimensión didáctica, expresión de un movimiento y transformación con una lógica sanitarista resolutive, en la que el estudiante, al aplicar el contenido en la práctica intercultural interactiva en salud, desarrolla la capacidad sanitarista resolutive. Entre estas relaciones se establece una unidad dialéctica pedagógico-didáctica que posibilita un acercamiento entre las lógicas sanitaristas investigativa y resolutive sobre una base intercultural etnomédica para desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora.

### **Regularidad esencial**

Se revela como regularidad esencial: la integración de la lógica pedagógico sanitario investigativa y didáctico sanitario resolutive sobre una base intercultural etnomédica, en una lógica integradora sanitarista interactiva. Desde esta integración se propone una metodología para la asignatura Salud Pública.

### **Eje sistematizador de la dinámica**

El eje sistematizador de la dinámica lo constituye la sistematización investigativo-resolutive de problemas de salud. Este se da en la relación dialéctica entre la orientación médico-comunitaria y la integración comunal transformadora, mediado y sintetizado por la apropiación del enfoque comunitario y la interpretación etnomédica procesal. La hermenéutica del ciclo sanitarista co-transformador en espiral ascendente del ASIS como el todo, y la investigación y resolución sanitarista como sus eslabones cíclicos constituyentes, se autoimplican recíprocamente, y su contradicción dialéctica es expresión de la totalidad: el ciclo co-transformador sanitarista (Fig. 2).



**Fig. 2** - Eje sistematizador de la formación sanitarista interactiva del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria.

### Valoración de la pertinencia científico-metodológica

Los expertos valoraron el modelo como muy adecuado. Los resultados de la tercera ronda, similares a la segunda, evidenciaron que la mayoría mantuvo sus criterios, aún después de conocer la frecuencia de puntuaciones del total de participantes. La fiabilidad fue adecuada: coeficiente  $\alpha$  de Cronbach ( $\alpha_2 = 0,693$  y  $\alpha_3 = 0,728$ ), y concordancia ( $W_2$  de Kendall =  $0,472$  y  $W_3 = 0,509$ ). En ambos casos fue altamente significativa ( $p_2 = 0$ ,  $p_3 = 0$ ). En el primer taller de socialización los especialistas enfatizaron en profundizar en las configuraciones y en la singularidad del ASIS como rasgo específico de la modelación. Ello posibilitó al autor principal realizar mejoras terminológicas específicas. En el segundo, se integraron conceptos emergidos desde la divergencia y convergencia de los criterios emitidos. Ello contribuyó a confirmar la novedad científica del modelo y su pertinencia ante la problemática investigada y las categorías reveladas en la fundamentación teórica.

### Discusión

Como fundamentos teóricos para elaborar las configuraciones, el autor principal consideró las categorías por él reveladas en la fundamentación teórica. La primera fue la

producción social de la salud,<sup>(11,12)</sup> definida como la activación de procesos y acciones sociales que conducen al desarrollo de la salud poblacional, en la cual están inmersos el profesor tutor y el estudiante, y desde donde el ASIS muestra su carácter cíclico participativo e interactivo<sup>(6)</sup> con el AS implicado. Ello sustentó el desarrollo de la capacidad transformadora profesionalizante,<sup>(13)</sup> en respuesta a la orientación médica educativa<sup>(14,15)</sup> que prevalece en el contexto local-comunitario. Para lo anterior se requiere de la integración cuali-cuantitativa de metodologías<sup>(16)</sup> como forma de enriquecer las bases de la interculturalidad en salud<sup>(17,18)</sup> para construir un conocimiento mediado por el diálogo de saberes<sup>(19,20)</sup> que, de forma ineludible, realiza el estudiante con el AS.

Este diálogo se sostiene en la etnomedicina,<sup>(21)</sup> ciencia que estudia la integración de los saberes, que en el campo de acción se concretan en las experiencias, necesidades sentidas e intereses actorales, al intervenir los problemas de salud de su comunidad. Para ello se requiere que el estudiante integre los saberes científicos que le aportan las disciplinas académicas a partir de la sistematización formativa,<sup>(22)</sup> para alcanzar niveles superiores de desarrollo de su capacidad transformadora, cuando integra los saberes populares que le aporta el AS y, de esta forma, construye un saber intercultural.

La opción pedagógica de *Martínez*<sup>(5)</sup> fue el primero de los aportes teóricos introducidos en la formación médica. El ASIS se convirtió en un eje integrador interinstancias sociomédicas de quinto año, a partir de la identificación y solución de problemas de salud. La asignatura Teoría y Administración de Salud contribuía con los fundamentos teóricos; Higiene y Epidemiología, con el enfoque epidemiológico; y MGI, con el plan de acción. Sin embargo, las relaciones emergidas del modelo formativo-capacitante que le dio origen fueron aún insuficientes para establecer la interacción del estudiante con los AS participantes en condición de sujetos. En la modelación actual ello se superó al propiciar un vínculo dialógico intercultural intersujetos desde interacciones horizontales no hegemónicas.

En 2002, *Ramos*<sup>(6)</sup> aportó el enfoque conceptual y procedimental para el ASIS en un espacio-población en un proceso de ocho pasos. Sin embargo, la interacción estudiante-AS era aún colaborativa. En el modelo actual, el ASIS se concibe como ciclo sanitarista co-transformador en espiral ascendente, por lo que la interacción se elevó.

*Reyes*<sup>(7)</sup> introdujo una metodología a partir del enfoque de *Ramos*,<sup>(6)</sup> modalidad vigente en la asignatura Salud Pública. En esta metodología se establecen las técnicas a aplicar en cada paso, y se incorporan la comparación y la complementación como métodos para

identificar problemas. No obstante a que el nivel de interacción de los implicados se incrementó, es aún insuficiente para propiciar el intercambio de saberes. Las relaciones dialécticas emergidas del modelo actual la superan y sustentaron la elaboración de una metodología para el ASIS en la asignatura Salud Pública, publicada con anterioridad, que en su condición de proceso incluyó una secuencia biotápica con tres métodos y una sucesión de 52 procedimientos. De ellos: 26 para el profesor tutor, 23 para el estudiante y tres para el AS.<sup>(4,23)</sup>

En la actual modelación se concretó el concepto de “sujeto intérprete-mediador” de *Granda*,<sup>(14)</sup> al referirse a la formación de un MG como intérprete de las maneras en que los AS en su diario vivir construyen sus saberes, desarrollan acciones de promoción de su salud y cuidan su enfermedad, y como mediador estratégico con los poderes científico, político y económico para elevar los niveles de salud y vida.

En las actuales relaciones emergidas, los roles y espacios formativos tradicionales y especializados fueron desbordados por las experiencias de los AS en movimiento, y de esta forma, todo escenario, tiempo, acción y persona se convirtieron en sujetos pedagógicos. La práctica del “hecho por nosotros mismos” involucró no solamente el aspecto educacional, sino también la generación del conocimiento.<sup>(24)</sup> Ello demostró el carácter bidireccional y dialógico del vínculo universidad-territorio en la incentivación y preparación de los AS para el desarrollo local.<sup>(25)</sup>

En la modelación realizada se sintetiza lo postulado por *Martínez*<sup>(26)</sup> sobre la utilidad del ASIS en la cuarta línea estratégica para la cobertura universal de salud: fortalecer la actuación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud (DSS). De este modo, se concreta el vínculo estratégico ASIS-intersectorialidad-DSS.

Aunque la investigación se sustentó en el plan C perfeccionado donde el ASIS adquiere la condición de eje curricular integrador vertical,<sup>(4,27)</sup> lo cual podría considerarse en la actualidad como una limitante por la rápida generación curricular. La modelación realizada se proyecta en la trascendencia que mantiene como contenido en las funciones declaradas en el modelo del profesional a formar en los planes D<sup>(28)</sup> y E<sup>(29)</sup> de la carrera de medicina, al propiciar la apertura de nuevos campos vinculantes entre el saber pedagógico y el científico en espacios de discusión con una didáctica propia de los contenidos disciplinares,<sup>(30)</sup> que en el modelo construido se sobrepasan al integrarse globalmente con lo intercultural.

En conclusión, se constató la pertinencia científico-metodológica del modelo a partir de su propuesta como constructo teórico. Emergió como regularidad esencial la integración

de las lógicas: pedagógico sanitario investigativa y didáctico sanitario resolutoria sobre una base intercultural etnomédica, y desde ellas, se sustentó el desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante de Medicina. A partir del tramado de relaciones emergidas del eje sistematizador, el ASIS se reconstruyó en un ciclo co-transformador sanitarista en espiral ascendente. El aporte de la investigación radica en el sistema de relaciones promovidas a partir de una concepción holística, interdisciplinaria e intercultural de la salud como producto social, que sustentó la elaboración de una metodología para el ASIS en la asignatura Salud Pública.

### **Referencias bibliográficas**

1. García-Pérez RP. El análisis de la situación de salud como componente científico consustancial del sistema de salud cubano. *MediCiego*. 2018 Mar [acceso 07/06/2018];24(1):1-3. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/download/1098/1206>
2. Castell Florit-Serrate P. Saber qué hacer en la dirección de la Salud Pública: conferencia apertura al curso nacional de entrenamiento para directivos de la Atención Primaria de Salud [CD-ROM]. 1 Ed. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2018.
3. Segredo-Pérez AM, León Cabrera P, García Milian AJ, Perdomo Victoria I. Estudio bibliométrico sobre análisis de la situación de salud en revistas cubanas de ciencias de la salud indexadas en SciELO. *Horiz Sanit Villahermosa*. 2017 Abr [acceso 14/02/2018];16(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v16n1/2007-7459-hs-16-01-00056.pdf>
4. García-Pérez RP. Dinámica de la formación sanitarista interactiva del Análisis de la Situación de Salud en la carrera de Medicina. [Internet]. Ciego de Ávila: Universidad “Máximo Gómez Báez”; 2016 [citado 23 Mar 2020]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=808>
5. Martínez-Calvo S. Opción pedagógica para el análisis de la situación de salud en pregrado. *Educ Med Super*. 1997 [acceso 19/02/2015];11(2):69-85. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21411997000200001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411997000200001&lng=es)
6. Ramos-Domínguez BN. Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o



análisis de la situación de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2006 Jun [acceso 19/02/2015];32(2):164-70. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n2/spu11206.pdf>

7. Reyes M. Análisis de la situación de salud. En: Toledo Curbelo GJ. Fundamentos de Salud Pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 377-91.

8. Fuentes HC, Matos EC, Cruz SS. El proceso de investigación científica desde un pensamiento dialéctico hermenéutico. Universidad de Oriente: Santiago de Cuba; 2004.

9. Hurtado de Mendoza-Fernández S. Criterios de expertos. Su procesamiento a través del método Delphi. Barcelona: Universidad de Barcelona [acceso 20/12/2015].

Disponible en: <http://www.ub.edu/histodidactica/index.php?opcion=contenido/&view=article&id=21:criterio-d-expertos-su-procedimiento-a-traves-del-metodo-delphi&catid=11:metodología-y-epistemología&lcemid=103>

10. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ratificada en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre; 2013. 2013. [citado 30 ene 2016];[p. 4]. Disponible en: <https://declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos.pdf>

11. Organización Panamericana de Salud. Planificación local participativa. Washington DC: Editorial Oficina Sanitaria Panamericana;1999.

12. Castell Florit P, López P. Procesos formativos integrados al abordaje intersectorial como componente esencial de la respuesta social cubana de salud. En: Bernaza Rodríguez GJ. Por una universidad socialmente responsable: 9no Congreso Internacional de Educación Superior. La Habana: Ministerio de Educación Superior; 2014. p. 24-48.

13. Fuentes-González HC, Montoya J, Fuentes L. La condición humana desde la visión socio-antropológico-cultural del ser humano. Universidad de Oriente: Santiago de Cuba; 2010.

14. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva hoy? Rev Cubana Salud Pública. 2004 [acceso 21/12/2015];30(2):23-43. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009)

15. Ferro B. Concepción pedagógica del proceso de formación ciudadana para los estudiantes de la carrera de Medicina [tesis]. Pinar del Río: Universidad de Ciencias Médicas Pinar del Río; 2013.

16. García-González R. Utilidad de la integración y convergencia de los métodos

- cuantitativos y cualitativos en las investigaciones en salud. Rev Cubana Salud Pública. 2010 [acceso 21/12/2015];36(1):19-29. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n1/spu04110.pdf>
17. Beltrán-Romero CH, Vega Casanova J. Aprendizajes sobre la evaluación del diálogo y el debate en estrategias de comunicación y cambio social. Investigación y Desarrollo. 2012 [acceso 21/12/2015];20(2):390-415. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/268/26824854007.pdf>
18. Stivanello MB. Aportes al debate de la interculturalidad en salud. Margen. 2015 [acceso 21/12/2015];76(1). Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen76/stivanello76.pdf>
19. D'Angelo OS. Desafíos para una ciudadanía liberadora. Revista Temas. 2014;78(2):40-7.
20. Piñeiro E. Educación médica para la inclusión intercultural desde un estudio de caso entre los Mbyá-guaraní. Educ Med Super. 2015 [acceso 21/12/2015];29(4). Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/752>
21. Follér ML. Del conocimiento local y científico al conocimiento situado e híbrido- ejemplos de los shipibo-conibo del este peruano. 2002 [acceso 02/10/2015]. Disponible en: [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/3239/1/anales\\_5\\_foller.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/3239/1/anales_5_foller.pdf)
22. Fuentes-González HC. Pedagogía y didáctica de la educación superior. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente; 2009.
23. García-Pérez RP, Ballbé-Valdés AM, Fuentes-González HC, Peralta-Benítez H, Rivera-Michelena N, Giance-Paz L. Metodología para el Análisis de la Situación de Salud en la carrera de Medicina. Educ Med Super [Internet]. Jun 2019 [citado 20 Dic 2019];33(2):e1754. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/download/1754/840>
24. Regalado-Santillán J, Gravante T. Acción colectiva y prácticas políticas emergentes en México. Rev Ciencias Sociales. 2016 [acceso 21/12/2015];154(IV):113-27. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/download/29197/29174>
25. Medina-Peña R, Franco Gómez M, Torres Barreiro L, Velázquez Rodríguez K, Valencia-Vera M, Valencia-Vera A. La responsabilidad social universitaria en la actual sociedad del conocimiento. Un acercamiento necesario. Rev Medisur. 2017 [acceso 26/12/2017];15(6):786-91. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3781>

26. Martínez-Calvo S. La cobertura universal y la conducción epidemiológica del sistema de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2015 [acceso 12/11/2018];41(Supl):57-68. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/download/635/502>
27. García-Pérez RP, Ballbé-Valdés AM, Pina-Pérez R. El análisis de la situación de salud y la investigación-acción participativa en la formación médica. Gac Méd Espirituana. 2015 [acceso 19/02/2015];17(3). Disponible en: [http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/download/1048/pdf\\_76](http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/download/1048/pdf_76)
28. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Plan de estudio D: modelo del profesional para la formación de médicos. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas; 2015.
29. Ministerio de Educación Superior. Plan de estudio E de la carrera Medicina. Informe ejecutivo. La Habana: Ministerio de Educación Superior; 2019.
30. Ortega-Bastidas J, Matus-Betancourt O, Márquez-Urrizola C, Parra-Ponce P, Alvarado-Figueroa D, Pérez-Villalobos C, *et al.* Desde la concepción de disciplina científica a la noción de didáctica en carreras de la salud. Rev Fund Educación Médica. 2019 [acceso 07/03/2019];22(1):35-41. Disponible en: [https://www.educacionmedica.net/pdf/revista/2201/FEM\\_2201\\_035\\_O\\_2518052\\_Ortega.pdf](https://www.educacionmedica.net/pdf/revista/2201/FEM_2201_035_O_2518052_Ortega.pdf)

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### **Contribución de los autores**

*Reinaldo Pablo García Pérez:* Concepción de la idea, búsqueda y revisión de la literatura, elaboración del diseño y del modelo, redacción del artículo y aprobación de su versión final.

*Adelaida María Ballbé Valdés, Homero Calixto Fuentes González, Hipólito Peralta Benítez, Natacha Rivera Michelena y Letissia Giance Paz:* Asesoramiento, análisis estadístico, revisión del artículo y aprobación de su versión final.