

Sandra Jimena Jácome Velasco\*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6605-8377>

Luis Guillermo Jaramillo Echeverri \*\*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8433-4002>

Francisco Fernando Bohórquez Góngora\*\*\*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4747-6156>

## UNIVERSIDAD DEL CAUCA COLOMBIA

\*Fisioterapeuta, epidemióloga, magister en Educación, candidato a doctor en Ciencias de la educación. Docente Asociado, Universidad del Cauca; investigador junior MINCIENCIAS. Correo electrónico: [sjacome@unicauca.edu.co](mailto:sjacome@unicauca.edu.co)

\*\*Licenciado en Educación Física y Recreación, magíster en Educación y Desarrollo Humano, Doctor en Ciencias Humanas y Sociales-Educación. Docente Titular, Universidad del Cauca; investigador Sénior MINCIENCIAS. Correo electrónico: [ljaramillo@unicauca.edu.co](mailto:ljaramillo@unicauca.edu.co).

\*\*\* Médico, especialista en Medicina Física y Rehabilitación, magister y doctor en Ciencias de la Educación. Docente titular, Universidad del Cauca. Correo electrónico: [fbohorquez@unicauca.edu.co](mailto:fbohorquez@unicauca.edu.co)

Recibido:

26-09-2020

Aceptado:

01-11-2020

## SENTIDOS EN EDUCACIÓN Y SALUD: PRÁCTICAS QUE ENRIQUECEN LOS CURRÍCULOS UNIVERSITARIOS

*SENSES IN EDUCATION AND HEALTH:  
PRACTICES THAT ENRICH COLLEGE  
CURRICULUMS*



**SENTIDOS EN EDUCACIÓN  
Y SALUD: PRÁCTICAS QUE  
ENRIQUECEN LOS  
CURRÍCULOS  
UNIVERSITARIOS**

*SENSES IN EDUCATION AND  
HEALTH: PRACTICES THAT  
ENRICH COLLEGE CURRICULUMS*

**Resumen**

Las prácticas de formación profesional enriquecen la comunicación universidad-sociedad-empresa-estado, pues aporta a la pertinencia social universitaria. Este artículo es producto de una investigación la cual tuvo como objetivo: Comprender los sentidos de estudiantes y docentes frente a las prácticas de formación profesional en dos universidades colombianas. El estudio es cualitativo bajo los principios de la Teoría Fundamentada. Se realizaron entrevistas personales y grupos focales a docentes, empleadores, estudiantes y egresados. Los revela lo siguiente: Se otorgan sentidos frente al sí mismo y al otro en un proceso formativo soportado a través de acciones comunicativas de contacto y escucha. Para concluir se deriva que la pertinencia social de las prácticas se fundamenta en trascender la teoría y las técnicas e impulsar procesos de comunicación a través de una escucha sentida que re-crea los currículos para la humanización de la educación y la salud.

**Palabras clave:** Educación superior; educación para la salud; práctica profesional en salud; procesos de contacto.

**Abstract**

Vocational training practices enrich university-society-company-state communication, as it contributes to university social relevance. This article is the product of research which aimed to: Understand the senses of students and teachers in the face of vocational training practices at two Colombian universities. The study is qualitative under the principles of Informed Theory. Personal interviews and focus groups were conducted with teachers, employers, students and graduates. It reveals them as follows: Senses are given to themselves and the other in a supported formative process through communicative contact and listening actions. In conclusion, it follows that the social relevance of practices is based on transcending theory and techniques and promoting communication processes through a heartfelt listening that re-creates curriculums for the humanization of education and health.

**Keywords:** Higher education; health education; health professional practice; contact processes.

## INTRODUCCIÓN

La Universidad Colombiana y sus programas en salud le apuestan a procesos de calidad donde se abordan aspectos del proceso formativo y a su vez obligan a las instituciones educativas a que inviertan parte de sus recursos en replantear y fortalecer aspectos de calidad que evalúa el Ministerio de Educación Nacional (MEN). Esto ha generado en los programas de educación superior en salud una reflexión constante en torno a su quehacer y posibles horizontes de trabajo; además, un redireccionamiento a desarrollos curriculares que orientan el sentido de la formación en tanto organizan y reflejan la intención formativa de sus profesionales, así como su influencia en el contexto social y cultural (Zabalza, 1987).

Específicamente, el currículo de los programas en ciencias de la salud integra componentes que están en permanente construcción y deconstrucción por parte de la comunidad educativa; del mismo modo, se convierte en un nexo fundamental entre la universidad y la sociedad. Al tiempo es un puente entre los sujetos sociales (estudiantes, docentes, egresados, directivos y administrativos) frente a lo instituido por la universidad y lo instituyente de la formación humana (Gutiérrez, 2020).

Ahora bien, las tendencias instrumentales del currículo han afectado el ámbito de la salud, convirtiéndola en una oferta lucrativa (Veloza y Cruz, 2015; Triana y Álvarez, 2017), lo que puede ser observado en prácticas clínicas y hospitales donde la integración del paciente con su familia y red de apoyo es lejano a su contexto de realidad e historia personal (Jaramillo, Pinilla, Duque y González, 2004); esto, sumado a un método causal y asistencial de práctica curativa, lo que refuerza una relación vertical terapeuta-paciente de subordinación técnica y social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016); a esto se añade la concepción de un paciente portador de un saber equivocado y receptor pasivo con la consecuente escisión entre el saber experto del médico y los saberes sobre el cuerpo propio del paciente.

Esto acrecienta en los profesionales de la salud una mirada biologicista, la cual va acompañada de un modelo médico-hegemónico (Menéndez y Di Pardo, 1996; Menéndez, 1998) que predomina en el sistema de salud, no solo de Colombia, sino en varios países latinoamericanos (Espinosa Brito, 2013), lo que determina políticas y modelos en educación en salud y llevando a la formación profesional a una instrumentalización educativa.

Por tanto, los programas de formación en salud, en respuesta a las demandas del mercado y de la mano con los lineamientos del Ministerio de Educación Nacional (MEN) y del Ministerio

de Salud, han realizado ajustes y reformas curriculares que buscan dar pertinencia social a sus programas formativos.

En tal sentido, la presente investigación tuvo como objetivo comprender los sentidos que otorgan docentes y estudiantes de Fisioterapia a sus prácticas de formación profesional en dos universidades colombianas. Para tal fin, se compararon sus diseños curriculares, se analizaron los significados de currículo y la pertinencia social del mismo, lo que devela un horizonte de significación y justificación subyacente en docentes y estudiantes respecto a sus prácticas de formación y la pertinencia del currículo en ambos programas.

### ARGUMENTACIÓN TEÓRICA

La pertinencia social universitaria “comprende el papel que la educación superior desempeña en la sociedad y lo que esta espera de ella” (Tünnermann, 2000, p. 182); en tal sentido, las instituciones de educación superior ligan su deber hacia una doble relación: al exterior, enfocando sus “objetivos, necesidades y carencias en que están insertas y las particularidades del nuevo contexto mundial” (Ibid, p. 182);y hacia el interior de sí misma como sociedad del conocimiento que está conformada por personas de diversas afinidades en la que se vive en, por y para un conocimiento que busca la verdad, lo que Lerner (2012) denomina como *pasión teórica* y López (2011) como *pertinencia interna*. Esto es posible a partir del diálogo entre los sujetos que componen la relación universidad-sociedad-empresa-estado (Polaino, 2017; Chan-Pavon, Mena-Romero, Escalante-Euán y Rodríguez-Martí, 2018).

Este diálogo es realizable a partir de las prácticas de formación profesional, lugar donde los estudiantes, con el acompañamiento y asesoría de los docentes, comprenden la aplicación de la teoría aprehendida a lo largo de su recorrido formativo; por tanto, las prácticas son “una manera de transformar una realidad, de acercarnos a ella y plantear alternativas de solución hacia determinadas dificultades, aun desconociendo cuál será la solución verdadera y real para cada situación” (Chaverra, 2003, p. 3).

Estas constituyen un conocimiento en acción a partir de experiencias y circunstancias que emergen de diferentes situaciones de la vida (Gadamer, 1996) y de interacciones que se generan entre estudiantes, docentes, pacientes y comunidades entre otros, lo que permite poner en contexto el proceso de formación-aprendizaje “bajo principios de respeto y comprensión que

posibilitan el crecimiento no solo desde el ámbito profesional, sino en lo personal, lo que facilita la adquisición de competencias para la vida (Díaz, Hernández, Rigo, Saad y Delgado, 2006).

Desde esta perspectiva, las instituciones de educación superior en salud son pertinentes en dos vías: aportan soluciones a las necesidades de la sociedad donde están insertas, y crecen como sociedad del conocimiento en sí mismas; para lo cual cobran sentido las voces de los estudiantes, docentes, administrativos, egresados y empleadores, sobre sus procesos formativos y la forma cómo el currículo los integra, de tal manera que, además de considerar las demandas de la sociedad, incluya la comprensión de sentidos, significados, horizontes y contextos de justificación relacional (Holzapfel, 2005).

Esto implica partir del empoderamiento de los actores universitarios, entender sus experiencias, sus lógicas vitales y cotidianidades que manifiestan en relación con su mundo cercano, lo que genera una reflexión sensible desde la cual le atribuyen sentidos a sus prácticas, a sus relaciones interpersonales y a sí mismos, desde un sentir en contexto a partir de un pensamiento crítico-situado (Jaramillo y Aguirre, 2011).

Cuando se da la palabra a un otro es posible la comprensión de sus sentidos en educación y salud; un “educar la acogida, la escucha, el cuidado, la denuncia, la protesta o la resistencia al mal. Experiencia ética de la presencia ineludible del otro en mí” (Ortega, 2014, p. 19); para lo cual, los procesos comunicativos se convierten en un eje que posibilita la comprensión práctica y la humanización en salud.

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

El estudio acudió a un enfoque histórico-hermenéutico de tipo cualitativo expuesto por la Teoría Crítica; enfoque que busca comprender un fenómeno social a partir de la relación que se establece entre las personas a partir de sus procesos comunicativos, lo cuales están mediados por la apropiación de la tradición y la historia. Su interés práctico, pone por principio la construcción y reconstrucción de identidades socioculturales para, desde esta comprensión, sugerir acciones de transformación (Vasco, 1990).

Con base en esta comprensión se utilizó como diseño metodológico los principios de la Teoría Fundamentada (Thornberg y Charmaz, 2014); por tanto, el estudio inició con los procesos familiarización a partir de un muestreo intencional alrededor de categorías teóricas como: currículo, práctica profesional, formación y sentidos, realizando un proceso de codificación con

el fin de orientar la revisión documental y la formulación de preguntas abiertas a través de entrevistas a profundidad y posterior realización de grupos focales tanto a docentes como a estudiantes.

Los estudiantes que participaron del estudio cursaban sus prácticas de formación en el programa de Fisioterapia en las dos instituciones educativas que nos dieron sus respectivos permisos para realizar la investigación. La información se amplió con egresados y empleadores de ambos programas, a fin de triangular la información y lograr una comprensión más densa de los datos.

En las entrevistas participaron diecinueve (19) profesores, siete (7) estudiantes, seis (6) egresados y cuatro (4) empleadores. En los grupos focales participaron seis (6) docentes por grupo, treinta (30) estudiantes distribuidos en cinco grupos y siete (7) egresados en otro grupo.

Las consideraciones éticas partieron de los principios establecidos en los derechos humanos y los lineamientos internacionales y nacionales para la investigación (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS); asimismo, desde la normatividad Nacional se consideró la resolución número 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, considerando la reserva de identidad, el respeto por los derechos de los participantes, la libre participación y el consentimiento informado. Además, se consideró lo reglamentado por el Gobierno de Colombia en la Ley N° 1581 de 2012 y su Decreto N° 1377 de 2013, en los que se establecen criterios para la protección de datos. Para asegurar la confidencialidad y reserva de identidad de los participantes se asignó un código y la información se aseguró bajo estricta confidencialidad quedando bajo custodia del investigador principal.

## **PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Toda comunicación vital inicia desde nuestros sentidos biológicos mediante los cuales el cuerpo se mantiene en contacto con lo que le rodea; sin embargo, cuando la información captada por estos es puesta en un contexto experiencial, comienza un proceso de integración en el que se otorgan significados a los fenómenos o sucesos del diario vivir a fin de comprender de manera compleja la realidad y estar atento al sentido de la vida misma; en palabras de Holzapfel (2005), se establece una relación entre el hombre que busca sentido y el mundo que se dona.

Los sentidos nos abren al sentido mismo de la vida: impulsa la existencia, da cuenta de horizontes en cada una de nuestras acciones, pensamientos, sentimientos y configura nuestro ser en contexto. Así pues, el proceso educativo, como apropiación de una cultura, pasa a ser formativo en el momento en que esta apropiación toma sentido para un sujeto educable. A continuación veremos dos categorías emergentes producto de la interacción vital y relacional que los docentes y estudiantes de Fisioterapia tuvieron acerca de la práctica profesional y los sentidos emergentes compartidos entre ellos. Estas categorías son la *proximidad* y la *escucha*: la proximidad vista de manera relacional respecto a cómo existe un encuentro de los estudiantes con los pacientes, sus familias, comunidades, profesionales, colegas, docentes y personal administrativo; pero también, consigo mismo, lo que lleva a una autopercepción como humano en contexto con un otro que está en contacto. La escucha implica ir más allá de la rehabilitación de los cuerpos, dando la posibilidad de una formación humana que, además de ayudarlos a ser mejores profesionales, contribuye a una relación ética trascendente, lo que Ramírez, Ocampo, Pérez, Velázquez y Yarza (2011) denominan como *potenciadores de una práctica en salud* tal y como lo manifiesta uno de los participantes del estudio:

No solo se aprende o se refuerzan todos los conocimientos que se han adquirido en la práctica teórica, sino que empiezas a crecer como persona, a no mirar solo la parte física de la persona a la cual estás evaluando sino a incluirte más en lo personal, en las emociones, en las inquietudes que tiene; no solo ser el profesional que le va ayudar sino la persona en la que él puede confiar su salud (Egresado). Se empiezan entonces a generar procesos de empatía donde los estudiantes no solo se forman académicamente sino que “aprenden a gestionar sus emociones (...) con el fin de interactuar en sociedad dentro del marco del respeto y convivencia pacífica”. (Esteban, Callupe, Rojas y Cámara, 2020, p. 41)

A continuación cada una de estas categorías emergentes.

### **Una proximidad para el otro**

Desde que se autoperciban como seres humanos con todas las capacidades que tengan, que sea un abordaje siempre integral (...) que ese ser humano está conectado a un contexto, a un mundo, que puede ser su papá, su mamá, para que la atención sea más humanizada (Docente).

En la voz de un docente de práctica se evidencia cómo se trasciende la mirada ‘biologicista’ en la que la patología como elemento diferenciador entre el personal de salud y el paciente o comunidad es solo una realidad del otro, lo que en el contexto de la salud se entiende como atención; aquí el principio de la alteridad toma sentido. Este principio expuesto se convierte en la base de todo proceso de humanización en salud y educación que lleva al encuentro de una irrupción del sí mismo a partir de la existencia del otro.

De esta manera, las prácticas se convierten en un espacio de reflexión y apuesta por el lugar del otro como posibilidad de rehabilitación en contextos saludables (Carey y Vargas, 2016; Oliver, Santana, Ferrer y Ríos, 2015). Esta puesta se fortalece gracias a la proximidad entre el estudiante y el paciente o sus próximos cercanos: familia y profesionales que propician lazos que trascienden la relación terapeuta-paciente; más bien pasan a ser un espacio de asimetría acompañada de un principio ético en tanto el otro se escapa a los poderes omnicomprendidos del sí mismo.

Del encuentro asimétrico brota una significación, pero no como entendimiento frente al paciente, sino como significación que emerge de la *proximidad* del otro; es decir, como responsabilidad que exige a la mismidad de quien interviene en el proceso rehabilitador. Por tanto, no hacemos referencia de un acercamiento del uno *hacia* el otro sino del uno-*para* el-otro (Levinas, 1978); significancia que brota del acontecimiento ético del *decir*, revelación de un encuentro donde la imposibilidad del terapeuta entra en relación con la epifanía de un otro llamado “paciente”.

Esta proximidad en la investigación emergió por parte de los participantes como aprendizaje y comprensión del significado del otro (Torres y Jaramillo, 2016), así como de la interacción en un contexto cuya base es el lenguaje, la expresión, el acompañamiento y el apoyo emocional en personas que no solo están afectadas físicamente (su enfermedad) sino que también están afectadas en su ser existencial y buen vivir.

Desde esta perspectiva, la comprensión relacional se fundamenta en la comunicación vital como un acto esencialmente afectivo (Bohórquez, 2018), donde la proximidad cobra importancia en toda interacción como la que se establece entre terapeuta-paciente o docente-estudiante. En la relación se revelan empatías y deseos en torno al acto educativo. Relación en la que se manifiestan dolencias que afectan no solo el componente físico del paciente sino también emocional y social, aspectos existenciales que pueden ser afrontados desde el contacto a través

de una relación formativa, asuntos mencionados en los trabajos de Rogers (1973) y Gendlin (2009) donde apoyan su quehacer psicoterapéutico y educativo en la proximidad y escucha desde el enfoque de sí mismo (*focusing*).

### **Una escucha sentida**

La escucha la asumimos como actitud que excede el sentido fisiológico para acercarse a procesos de sanación (Remen, 1996; Weiser, 2009; Subiela, Abellón, Celdrán, Manzanares y Satorres, 2014); pero también, como posibilidad que fecunda procesos de aprendizaje, preparación y responsabilidad en el manejo de la atención e información que se recibe. Esto requiere ser fortalecido en los currículos de los programas de formación en salud como un requisito de primer orden para un cuidado del otro (Ramírez, Ocampo, Pérez, Velázquez y Yarza, 2011; Miguens, 2015).

Los que nos desarrollamos en la parte educativa nos hemos caracterizado por ser esa posibilidad que tiene el paciente de la tensión [que] descargan a nivel emocional, etc. Y el solo escuchar me parece que ya es un gran apoyo para el paciente; [...] Digamos que lo de la escucha es para nosotros una ayuda [y] para ellos se convierte en algo: una actitud y una posibilidad desde el ser de uno [de] darle apoyo también a la persona (Empleador/docente).

Toda escucha implica un contacto. Un conocer-se en su contexto dando un sentido a las vivencias experimentadas. Escuchar-se a través de las manos respecto a lo que el cuerpo expresa frente a lo que puede presentarse como tensión, dolencia, alteración o ausencia de movimiento. La escucha desde las manos se convierte en sensibilidad terapéutica que se extiende a la palabra y al silencio. Apertura a un relacionamiento ético, que en combinación con el contacto, comprende las experiencias vitales del otro, lo que se convierte en escucha activa.

Lamentablemente, en la mayoría de los programas en salud los procesos de atención y formación son influenciados por una visión hegemónica de la rehabilitación, que coloca al paciente en posición de minusvalía y necesidad (Maglio, 2011), donde el profesional de salud es quien sabe y decide el procedimiento a seguir a partir de un proceso de evaluación y diagnóstico tal y como lo exige el modelo biomédico de atención vigente (García, 2006).

Esta cosificación es una forma de violencia que se ejerce a partir del “control de los cuerpos; estos están en su mira para ser invadidos a través de violencia objetiva o simbólica y,

una vez invadidos, disponer de ellos, controlar sus prácticas y lograr la perpetuación y expansión del poder de dominación” (Chapela, 2015, p. 56).

Frente a esto, el Ministerio de Salud en Colombia expone que “se evidencia una obsolescencia tecnológica en el primer nivel en salud, reducción de la capacidad instalada en el segundo nivel y crecimiento en la capacidad instalada de alta complejidad (...) Es evidente que la prestación del servicio no está centrada en el paciente, y cada prestador actúa de manera aislada con muchas limitaciones para el funcionamiento en red, lo cual deriva en mayor fraccionamiento y mayores costos en la atención” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Urge entonces un horizonte de formación humanista del personal de la salud a partir de la escucha activa del otro desde su corporeidad en tanto se potencie el “ser sí-mismo, ser-tú, ser-con y ser-en-el-mundo de manera activa” (Mèlich, 1994, p. 79); corporeidad que encarna experiencias vividas y se manifiesta en un territorio que recorre y da paso a saberes y experiencias que hacen del cuerpo la manifestación viva de una cultura: un cuerpo que se escucha desde el territorio.

Mientras se siga considerando que el otro es un cuerpo-biológico al que se interviene de manera fragmentada y no constituyente de toda experiencia e interacción, se acrecentará el modelo biomédico que ha demostrado baja efectividad y altos costos en el sistema de salud; además, de una precaria atención que afecta a los pacientes y al personal de la salud. Muchos de los problemas que enfrentan las sociedades frente a la salud se fundamentan en procesos de comunicación insuficientes, lo cual puede cambiarse desde las mismas prácticas profesionales de los estudiantes en sus programas de salud:

Para mí la práctica dentro de la formación profesional es un ejercicio que parte de la palabra *praxis* que es como el hacer, pero que no debe quedarse en un hacer por hacer simplemente con las manos, sino que debe ser un hacer integral, donde se integre el conocimiento, la motivación y donde el resultado de esas dos conexiones se evidencie en la calidad y el amor que se puede hacer a través de las manos (Docente).

Apertura a una práctica con-sentido que no solo se enseña; se aprende en permanente interacción, lo que enriquece procesos de comunicación a través de un contacto-escucha, un dar en responsabilidad para el otro: una *escucha vivida-en-cuanto-sentida*. Esta escucha favorece la construcción de currículos abiertos y flexibles como desafío estratégico en el Plan Nacional de

Educación en Colombia (MEN, 2017), lo que implica un salir del aula, dejar el espacio formal para recorrer lugares que faciliten una escucha con las comunidades y territorios.

Es el currículo como orientador de sentido a través de prácticas de formación profesional, lo que articula una pertinencia interna y externa; posibilita que los sistemas de educación en salud no se reduzcan a un cúmulo de conocimientos técnicos aplicables a un contexto productivo, sino que pasen a ser verdaderos procesos educativos al servicio de la sociedad como un aporte a los pilares expuestos por la UNESCO: “aprender a ser, aprender a conocer, aprender a hacer y aprender a vivir juntos” (Delors, 1996, p. 103).

El contacto y la escucha como elementos claves de la comunicación vital en las prácticas de formación en salud, no solo fortalecen el saber profesional, sino que brindan posibilidades de construir y re-crear el currículo, lo que convierte a los profesionales en dadores de sentidos que humanizan la salud; “las prácticas nos ayudan a nuestra formación en el sentido que nos permiten adquirir experiencia, aplicar el conocimiento a nivel personal, porque nos ayudan a fortalecer el sentido humano y respeto hacia las personas” (Estudiante).

Fortalecer las prácticas de formación profesional en salud posibilita, por una parte, la proximidad del estudiante en responsabilidad para un otro, hacía sí mismo y al contexto como punto de partida de formación continua; por otra parte, el reconocimiento de su capacidad de ser y estar en el mundo a través de un cuerpo-territorio que se manifiesta desde un movimiento y una sensibilidad que se sustentan mediante una escucha sentida como comunicación que favorece la salud; por tanto, se plantea un aprendizaje abierto y flexible “que debe extenderse tanto a lo largo como ancho de la vida: que brinde a todos la oportunidad de realizar su potencial con miras a un futuro sostenible y una existencia digna” (UNESCO, 2015, p. 10).

## REFLEXIONES FINALES

Las prácticas de formación profesional fundamentan su riqueza en dos grandes aspectos: el primero relacionado con su capacidad de establecer un nexo entre la sociedad y la academia en el conocimiento de un contexto que permita la creación de programas con pertinencia social; esto, en una solidaridad que considera al otro a partir de una alteridad trascendente. El segundo, que brinde pertinencia interna a través de crear currículos desde las voces de sus actores universitarios (estudiantes, profesores, egresados y empleadores, entre otros); un currículo incluyente que articule la formación disciplinar con las historias vividas de sus participantes.

En los contextos formativos de salud las prácticas aportan elementos enriquecedores para la formación humana y la construcción de sociedad; estos se viven a través de una escucha activa y un contacto relacional en contextos que guían la comprensión de sentidos que otorgan las personas a las diferentes situaciones de la vida; además, abren la posibilidad de favorecer procesos de sanación no solo en el área de la salud sino también en un aprendizaje con sentido en la educación en salud.

Finalmente, se recomienda a programas de educación en salud, que enriquezcan sus procesos formativos con unidades temáticas que permitan que los estudiantes desarrollen su capacidad de escucha y proximidad para un mejor conocimiento de sí mismos y del otro.

### REFERENCIAS

- Bohórquez, F. (2018). *Comunicación vital en medicina. De la relación clínica al diálogo formativo*. Popayán: Universidad del Cauca.
- Carey, C., y Vargas, M. (2016). La residencia profesional en Ingeniería Logística: Una aproximación al entorno laboral. *Revista Electrónica ANFEI Digital*, 2(4), 1-10. <https://goo.gl/HXqKR1>, ISSN: 2395-9878
- Chan-Pavon, M., Mena-Romero, D., Escalante-Euán, J., y Rodríguez-Martí, M. (2018). Contribución de las Prácticas Profesionales en la formación de los Estudiantes de la Facultad de Ingeniería Química de la Universidad Autónoma de Yucatán (México). *Formación Universitaria*, 11(1), 53-62. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062018000100053>
- Chapela, M. (2015). *Entre poética y didáctica. Narrativas en el campo de la salud*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Chaverra, B. (2003). Una aproximación al concepto de práctica en la formación de profesionales en Educación física. *Revista Universidad de Antioquia*, Instituto Universitario de Educación Física, Medellín, Colombia, 1-7.
- Congreso de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (16 de febrero de 2015). Ley estatutaria No. 1751. *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, D.C, Colombia. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

- Congreso de la República de Colombia. Poder Pública Rama Legislativa. (20 de septiembre de 1999). Ley 528 de 1999. Diario Oficial N° 711. Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- Delors, J. (1996). *La Educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI*. Madrid: Santillana/UNESCO.
- Díaz, F., Hernández, G., Rigo, M., Saad, E. y Delgado, G. (2006). Retos actuales en la formación y práctica profesional del psicólogo educativo. *Revista de Educación Superior*, XXXV (1). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=60413702>
- Espinosa Brito, A. (2013). La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 1-3. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000100001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100001&lng=es&tlng=es).
- Esteban, E., Callupe, S., Rojas, A. y Cámara, A. (2020). Empatía y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Educare - UPEL-IPB - Segunda Nueva Etapa*, 4(2). <https://doi.org/10.46498/reduipb.v24i2.1319>
- Gadamer, H-G. (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona, España: Gedisa.
- García, L. (2006). La relación terapeuta-paciente en la práctica fisioterapéutica. *Rev. Cienc. Salud*, 4(1), 39-51. <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v4n1/v4n1a5.pdf>
- Gendlin, E. (2009). *Focusing: Proceso y técnica del enfoque corporal*. Bilbao: Mensajero.
- Gobierno de Colombia, Ministerio de Educación. (2017). *Plan Nacional Decenal de Educación 2016 2026*. El camino hacia la calidad y la equidad. Bogotá: Gobierno de Colombia, Ministerio de Educación.
- Gutiérrez, E. (2020). *Currículo, Formación y Universidad. Retos y asimetrías en inclusión social y pedagógica*. Popayán: Universidad del Cauca
- Holzapfel, C. (2005). *A la búsqueda del sentido*. Santiago de Chile: Random House.
- Jaramillo, L., y Aguirre, J. (2011). El no-lugar de los sentidos: por un pensamiento crítico-situado en educación. *Estudios Pedagógicos*, XXXVII (1), 303-316. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=173519395018>
- Jaramillo, L., Pinilla, C., Duque M, y González, L. (2004). Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). *Index de Enfermería*, 13(46), 29-33.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200006&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200006&lng=es&tlng=es)

- Lerner Febres, S. (Noviembre, 2012). El retorno al ethos universitario: la transformación de la universidad en tiempos de transformación humana. *conferencia pronunciada el IV Congreso Iberoamericano de Filosofía: Filosofía en Diálogo*. Santiago de Chile.
- Levinas, E. (1978) *Autrementqu'êtré ou au-delà de l'essence*. Paris: MartinusNijhoff.
- López, M. (2011). Criterios de coherencia y pertinencia para la evaluación inicial de planes y programas de pregrado. REXE. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 10(19), 49-71. <http://www.redalyc.org/pdf/2431/243120126003.pdf>
- Maglio, F. (2011). *La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía*. Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.
- Mèlich, J. (1994). *Del extraño al cómplice. La educación en la vida cotidiana*. Barcelona: Anthropos.
- Menéndez, E. I. (1988). Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Buenos Aires. (p.p 451-464) [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/8\\_16\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/8_16_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)
- Menéndez, E., y Di pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes*. Centro de Estudios Superiores de Antropología Social. México: Ciesas
- Menéndez, E. (1998). Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Revista Natura Medicatrix*, 51, 17-22.
- Meza. (2002). La Educación como Pedagogía o como Ciencia de la Educación. *Revista virtual Matemática, Educación e Internet.*, 1-7. <http://www.cidse.itcr.ac.cr/revistamate/Contribucionesv3n2002/educacion/pag1.html>
- Miguens, E. M. (2015). Saber escuchar, habilidad de primer orden en el proceso de enseñanza y aprendizaje. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 6(1), 31-41.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

- Oliver J., Santana, V., Ferrer, B., y Ríos J. (2015). Las prácticas profesionales y la formación laboral en la carrera sistema de información en salud. *Actualidades Investigativas en Educación*, 15(3), 1-18. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v15n3/1409-4703-aie-15-03-00487.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO. (2015). *Replantear la educación. ¿Hacia un bien común mundial?* Francia: UNESCO.
- Ortega, P. (2014). Educar en la Alteridad. En: *Educar en la Alteridad*, 1, 9-35
- Poder Legislativo, Oficina del Alto Comisionado para la Paz Colombia. (junio de 2016). El Acuerdo Final de paz. La oportunidad para construir paz. *Cartilla completa del Acuerdo*. Bogotá, Colombia. <https://www.refworld.org/es/docid/5a874f254.html>
- Polaino, C. (2017). Vinculación con la Sociedad en la Universidad de Otavalo, Ecuador. *Formación universitaria*, 10(3), 21-30. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062017000300004>
- Ramírez, J., Ocampo L., Pérez, I., Velázquez T., y Yarza, M. (2011). La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta médica grupo Angeles*, 9(3), 167-174.
- Remen, R. (1996). *Kitchen table wisdom: stories that heal*. Nueva York, Estados Unidos: Penguin Books.
- Rogers, C. (1973). *Some new challenges*. *The American Psychologist*, 379-387.
- Subiela, J., Abellón, J., Celdrán, A., Manzanares, J., y Satorres, B. (2014). La importancia de la escucha activa en la intervención enfermera. *Enfermería Global*, 13(2), 276-292.
- Thornberg, R., Charmaz, K. (2014). Grounded theory and theoretical coding. En U. Flick (Ed.). *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (pp. 153-169). Londres, Inglaterra: Sage.
- Torres, M., & Jaramillo, L. (abril de 2016). Por los intersticios del contacto: procesos relacionales en estudiantes universitarios. *Nómadas* (44), 185-199.
- Triana, A., y Álvarez S. (2017). Educación Médica, Modelo Hegemónico y Atención Primaria de Salud. Entrevista Al Doctor Eduardo L. Menéndez. *Praxis & Saber*, 8(18), 267 - 294
- Tünnermann, C. (2000). Pertinencia social y principios básicos para orientar el diseño de políticas de educación superior. *Educación superior y sociedad*, 181-196. <http://www.iesalc.unesco.org/ess/index.php/ess3/article/view/138/124>

- Vasco, C. (1990). Tres estilos de trabajo en las Ciencias Sociales. Comentarios a propósito del artículo “Conocimiento e interés” de Jürgen Habermas. *Documentos Ocasionales del CINEP*, s.v. (54), 2-17.
- Veloza M., y Cruz, Jhonny. (2015). Competencias administrativas del recurso humano en salud pública. *Hojas y Hablas*. (12) 190-199
- Weiser, A. (2009). El poder de escuchar. *Ponencia presentada en Conferencia Internacional de Focusing*, Shannon, Irlanda.
- Zabalza, M. (1987). *Diseño y desarrollo curricular*. Madrid: Narcea Ediciones.