"De lo Mágico a lo Cuántico": Repensando la Responsabilidad Social en Salud en la Iberofonía.

Autores: Miembros de la RIRSS:

M. Teresa Alfonso Roca (U. Friburgo Suiza)
Leonardo Ríos Osorio (U. Antioquia)
Vicente Xavier Silva Castillo (U. Central Ecuador)
Nahum García (ACANEMED, México)

Palabras Clave: Salud, Responsabilidad social en salud, Paradigmas históricos, Consciencia colectiva, Iberofonía, Redes de cooperación.

Keywords: Health, Social accountability in health, Historical paradigms, Collective consciousness, Iberophony, Cooperative networks

Resumen:

La Red Iberófona para la Responsabilidad Social en Salud (RIRSS) surge como una iniciativa de integración entre profesionales sanitarios, docentes, estudiantes, universidades, gestores, responsables políticos e integrantes de la sociedad civil de los países de la Iberofonía. Su propósito es promover una formación y una práctica sanitaria donde la responsabilidad social actúe como eje vertebrador de un sistema de salud más equitativo, consciente y sostenible.

Este artículo propone un recorrido histórico por tres grandes paradigmas del pensamiento —mágico-religioso, racional/empírico y cuántico/consciencia cósmica— para analizar cómo las creencias, la información y las prácticas de cada época han configurado distintas formas de entender y ejercer la responsabilidad social en salud. A partir de este análisis, se plantea una reinterpretación del concepto como un proceso dinámico ligado al nivel de evolución de la consciencia individual y colectiva, apoyándose en modelos de desarrollo de la consciencia y dinámica social, como marco referencial.

Finalmente, se presentan las líneas estratégicas de la RIRSS como propuesta concreta para encarnar una nueva responsabilidad social en salud, centrada en los valores, la interdependencia y la co-creación, frente a los retos sanitarios, sociales y éticos de la región iberófona.

Abstract:

The Iberophone Network for Social Responsibility in Health (RIRSS) emerges as an initiative to foster integration among healthcare professionals, teachers, students, universities, managers, policymakers, and civil society across the countries of the Iberophone community. Its aim is to promote education and healthcare practice where social responsibility serves as a guiding principle for building a more equitable, conscious, and sustainable health system.

This article offers a historical journey through three major paradigms of thought—magico-religious, rational/empirical, and quantum/cosmic consciousness—to examine how beliefs, information, and practices in each era have shaped different approaches to social responsibility in health. Based on this analysis, the concept is reinterpreted as a dynamic process linked to the level of individual and collective consciousness, drawing on models of consciousness development and social dynamics as a conceptual framework.

Finally, the strategic lines of the RIRSS are presented as a concrete proposal to embody a new vision of social responsibility in health, one rooted in values, interdependence, and co-creation, in response to the ethical, social, and health challenges faced by the Iberophone region.

INTRODUCCIÓN

En el primer tercio del siglo XXI, los sistemas de salud enfrentan una crisis profunda, derivada de un paradigma fragmentado que ya no responde eficazmente a los desafíos actuales. Esta visión, centrada en enfoques biomédicos y reduccionistas, fue útil en contextos anteriores, pero hoy revela sus límites ante la creciente complejidad de los fenómenos sanitarios, sociales y ecológicos. Ante esta situación, se vuelve urgente avanzar hacia una mirada más integral y sistémica de la salud.

En este contexto, la Responsabilidad Social en Salud (RSS) se perfila como una estrategia clave para evaluar y transformar el impacto de nuestras decisiones, no solo en el ámbito individual, sino también en el desarrollo de la consciencia colectiva y en la eficiencia de los sistemas sanitarios. La RSS, entendida como un proceso evolutivo y no como una definición estática, exige una relectura que considere la historia, la cultura y los niveles de consciencia de las sociedades.

La Red Iberofona para la Responsabilidad Social en Salud (RIRSS) se ha establecido como una plataforma de integración entre profesionales de la salud, docentes, estudiantes, universidades, gestores, responsables políticos y la sociedad civil de los países iberófonos. Su objetivo no solo es formar profesionales socialmente comprometidos, sino también contribuir al diseño de sistemas de salud más equitativos, sostenibles y colaborativos.

La Iberofonía constituye un espacio geopolítico y cultural compuesto por más de 30 países y alrededor de 860 millones de personas, que comparten vínculos históricos y lingüísticos basados en la intercomprensión entre el español y el portugués, estimada en un 89%[1] [2].Este territorio alberga más de 6.000 universidades, incluyendo unas 1.800 facultades de

[1] F.A. Durántez prados (2019) La Iberofonía, un nuevo espacio-concepto para la cooperación internacional. https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2019/11/AC-25.pdf Consultado el 21.03.2023

[2] Alfonso-Roca, M. T., & Filgueira, L. (2023). La Red Iberófona para la Responsabilidad Social en Salud. Una estrategia vital para confrontar los retos de la salud en contextos de incertidumbre y cambios constantes. Educación Médica, 24(5), 100822. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2023.100822

enfermería, 1.000 de medicina y 3.700 en otras áreas de las ciencias de la salud, así como más de 200.000 instituciones asistenciales y más de 1.100 centros de investigación en salud[3].

En este contexto, la RIRSS se plantea como una estrategia para facilitar procesos colaborativos que permitan avanzar de forma conjunta en la implementación de la RSS en los sistemas sanitarios de la región. Se basa en una visión compartida del mundo, distinta a la perspectiva anglosajona dominante, y responde a la necesidad de generar soluciones colectivas ante un entorno global dinámico, donde las demandas sociales superan frecuentemente la capacidad de respuesta institucional, recursos asignados y disponibles.

La propuesta de la RIRSS se enmarca en un nuevo paradigma centrado en la creación de ecosistemas de salud, donde la información pertinente, la acción consciente y la gestión energética se articulan como elementos clave del cambio. Este artículo ofrece un análisis histórico del concepto de Responsabilidad Social a través de tres grandes paradigmas del pensamiento humano —el mágico-religioso, el racional/empírico y el cuántico/consciencia cósmica— y propone un marco práctico para su aplicación en los sistemas sanitarios iberófonos, destacando el papel articulador de la RIRSS.

Marco conceptual: responsabilidad social como proceso

La Responsabilidad Social en Salud (RSS) no debe ser entendida como un concepto estático ni como una simple estrategia administrativa. A lo largo de la historia, ha constituido un **proceso dinámico y evolutivo**, profundamente entrelazado con los sistemas de creencias, el acceso a la información y los valores predominantes en cada periodo histórico. Desde las primeras prácticas comunitarias de cuidado en civilizaciones antiguas, hasta las actuales políticas públicas e iniciativas institucionales, la RSS ha transitado por múltiples formas, adaptándose a las necesidades, capacidades y niveles de consciencia de cada época (Kickbusch, 2001[4]; Frenk, 2010[5]).

Este carácter evolutivo sugiere que la RSS no es el resultado exclusivo de decisiones técnicas, sino una expresión colectiva del nivel de desarrollo moral, ético y cognitivo de una sociedad. En otras palabras, es un reflejo del grado de consciencia individual y colectiva, el cual se manifiesta en la forma en que las comunidades reconocen la interdependencia entre sus miembros y asumen las consecuencias de sus acciones (Habermas, 1984[6]; Goleman, 2006[7]).

---

[3] Aunque no existe una fuente única que compile el número total de universidades e instituciones relacionadas con la salud en todos los países iberófonos, las cifras presentadas corresponden a una estimación elaborada en marzo de 2025. Esta se basa en información disponible públicamente en diversas fuentes institucionales y académicas en línea, considerando tanto instituciones públicas como privadas en Hispanoamérica, España, Portugal, y regiones lusófonas de África y Asia.
[4] Kickbusch, I. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide. Health Promotion International, 16(3), 289–297.
[5] Frenk, J. (2010). The global health system: Strengthening national health systems as the next step for global progress. PLoS Medicine, 7(1), e1000089.
[6] Habermas, J. (1984). The theory of communicative action (Vol. 1). Beacon Press.
[7] Goleman, D. (2006). Social intelligence: The new science of human relationships. Bantam.

Diversas corrientes contemporáneas en filosofía, psicología, sociología y neurociencia respaldan la idea de que el nivel de consciencia —entendido como la capacidad de un sujeto o colectivo para percibir, comprender y actuar en función de su entorno y del otro— produciendo un impacto, es un factor determinante en la configuración de comportamientos responsables y comprometidos. Así, las prácticas de responsabilidad social en salud pueden ser leídas como indicadores históricos del nivel de consciencia predominante, observables en la organización de los sistemas sanitarios, en las prioridades políticas, en los modos de formación de los profesionales, y en la participación de la sociedad civil (Damasio, 2010[8]; Singer, 2015[9]).

En este sentido, analizar la RSS implica necesariamente abordar los paradigmas históricos que han orientado la comprensión del ser humano, de la salud, la enfermedad y la sociedad. En la literatura científica, los paradigmas se entienden como marcos de referencia compuestos por creencias, teorías, métodos y valores compartidos por una comunidad científica o intelectual en un momento determinado (Kuhn, 1962[10]). Cada paradigma surge como respuesta a las limitaciones del anterior, en un proceso que implica ruptura, reconstrucción y reelaboración del conocimiento. Estos marcos no solo estructuran la producción científica, sino también la forma en que las sociedades interpretan la realidad y organizan sus instituciones.

Cada nuevo paradigma integra aspectos del anterior, reformulándolos a la luz de nuevos conocimientos, tecnologías y sensibilidades culturales. De este modo, la evolución paradigmática es también una transformación en la forma en que concebimos al ser humano y su relación con el entorno, abarcando no solo el cuerpo y la salud, sino también el cuidado, la muerte, el bienestar colectivo, su cosmovisión y la dimensión espiritual de la existencia. Cada nuevo paradigma reformula nuestra comprensión de lo que significa ser humano, estar sano, cuidar, convivir y trascender, integrando progresivamente una visión más amplia, compleja y conectada de la vida (Capra & Luisi, 2014[11]; Wilber, 2000[12]).

Desde esta perspectiva, la Responsabilidad Social en Salud debe ser abordada como un proceso, no solo desde criterios técnicos o ético-profesionales, sino también como una manifestación histórica del modo en que una sociedad se comprende a sí misma y se vincula con los demás. Reconocer esta dimensión evolutiva nos permite repensar la RSS no como un ideal normativo inmutable, sino como un proceso vivo, que refleja y al mismo tiempo impulsa el crecimiento de la consciencia de una sociedad.

---

[8] Damasio, A. (2010). Self comes to mind: Constructing the conscious brain. Pantheon Books.
[9] Singer, T. (2015). The neuroscience of social responsibility. In L. Zsolnai (Ed.), The Spiritual Dimension of Business Ethics and Sustainability Management (pp. 123–138). Springer. http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/43469/1/173.pdf
[10] Kuhn, T. S. (1962). The structure of scientific revolutions. University of Chicago Press. https://www.lri.fr/~mbl/Stanford/CS477/papers/Kuhn-SSR-2ndEd.pdf
[11] Capra, F., & Luisi, P. L. (2014). The systems view of life: A unifying vision. Cambridge University Press. https://docdrop.org/download_annotation_doc/Fritjof-Capra_-Pier-Luigi-Luisi---The-Systems-View-of-Life_--9y66j.pdf
[12] Wilber, K. (2000). Una teoría de todo: Una visión integral de la ciencia, la política, la empresa y la espiritualidad. Kairós. https://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Una-teor%C3%ADa-de-todo.pdf

1) Responsabilidad Social en Salud en el Paradigma Mágico-Religioso (Inicios de la Humanidad/Siglo XVII)

Desde los inicios de la humanidad hasta aproximadamente el siglo XVII, la comprensión de la salud y la enfermedad estuvo profundamente arraigada en un paradigma mágico-religioso. En este marco, los fenómenos de salud eran interpretados como manifestaciones de fuerzas sobrenaturales, intervenciones divinas o castigos espirituales (Porter, 1997[13]). Las enfermedades se atribuían a posesiones, transgresiones morales o desequilibrios en la relación con lo sagrado y con la naturaleza. La curación, por tanto, no era un proceso técnico, sino un acto espiritual y ritualizado, en manos de figuras como chamanes, sacerdotes y curanderos (Sigerist, 1941[14]).

Con la aparición de las primeras civilizaciones agrícolas y la organización estatal, comenzaron a desarrollarse explicaciones más empíricas para dolencias físicas evidentes, como heridas traumáticas, aunque estas coexistían con las interpretaciones religiosas (López Piñero, 1970[15]). La salud se concebía como el resultado de un equilibrio entre el ser humano, las fuerzas divinas y el entorno natural, y cualquier ruptura en este equilibrio era vista como causa de enfermedad. Las prácticas de sanación integraban conocimientos herbolarios, rituales, sacrificios y gestos simbólicos, muchos de los cuales perviven en medicinas tradicionales como la ayurvédica, la medicina china o la ancestral en las comunidades indígenas.

Durante la Edad Media, especialmente en Europa, el paradigma mágico-religioso se consolidó bajo la influencia del cristianismo. La salud era entendida como un equilibrio entre el cuerpo mortal y el alma inmortal, subordinando el bienestar físico a la salvación espiritual (García-Ballester, 1996[16]; Foucault, 1963[17]). Sin embargo, fue precisamente en esta época cuando comenzó a estructurarse formalmente la formación médica. La Escuela de Medicina de Salerno, activa desde el siglo XI, es considerada la primera institución médica europea. En 1140, el rey Roger II de Sicilia decretó que solo podrían ejercer la medicina quienes hubieran sido evaluados por los maestros de Salerno, estableciendo así un sistema temprano de acreditación profesional (Alfonso Roca, 2010[18]).

A partir del siglo XIII, con el surgimiento de las universidades, se formalizó aún más la educación médica, combinando conocimientos grecolatinos y árabes. El control académico se articulaba con el control político: el título validaba el conocimiento, y la licencia real

---

[13] Porter, R. (1997). The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity. Harper Collins. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1112708/

[14] Sigerist, H. E. (1941). Medicine and Human Welfare. Yale University Press. https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/250783

[15] López Piñero, J. M. (1970). La medicina en la historia. Salvat.

[16] García-Ballester, L. (1996). La búsqueda de la salud: Sanadores y enfermos en la España medieval. Ediciones Península.

[17] Foucault, M. (1963). El nacimiento de la clínica. Siglo XXI Editores. https://www.academia.edu/8176418/Foucault_Michel_El_nacimiento_de_la_clinica

[18] Alfonso Roca, M. T. (2010, noviembre). Enjeux pédagogiques de l'apprentissage des compétences cliniques et de la formation des enseignants. Conferencia presentada en el Symposium MedAlumni, Universidad de Friburgo, Suiza. Manuscrito inédito.

autorizaba su ejercicio. Esta doble regulación dio origen a una forma de responsabilidad social estructurada, orientada a garantizar la competencia de quienes ejercían el cuidado de la salud pública.

Este paradigma también dio lugar a prácticas sociales que pueden ser comprendidas como expresiones de responsabilidad social en salud, ancladas en creencias religiosas. Ante epidemias como la peste, las comunidades respondían con procesiones, oraciones, autoflagelaciones o el uso de reliquias, intentando restablecer el orden espiritual percibido como dañado. Paralelamente, se establecieron medidas preventivas como cuarentenas, aislamiento de enfermos, restricciones de movimiento y mejora de la higiene urbana mediante la quema de inciensos o perfumes para "purificar" el aire, bajo la teoría de los miasmas (López Piñero, 1970).

Los hospitales —mayoritariamente gestionados por órdenes religiosas— operaban bajo un modelo asistencial basado en la caridad y el consuelo espiritual, más que en el tratamiento médico eficaz. Eran espacios donde el cuidado se entendía como un acto de compasión y acompañamiento, reflejando una forma de responsabilidad social ligada a valores cristianos y comunitarios.

Este paradigma se sustentaba en un sistema de valores profundamente integrados en la cosmovisión religiosa de la época. Entre los más destacados se encontraban:

- Solidaridad comunitaria: la enfermedad era vista como un asunto colectivo que requería cooperación y apoyo mutuo.
- Espiritualidad: la salud se interpretaba como el resultado de un equilibrio entre cuerpo, alma y universo.
- Obediencia a la autoridad espiritual: los sanadores eran intermediarios legitimados entre el mundo divino y la comunidad.
- Sacrificio: el sufrimiento y las ofrendas se aceptaban como parte del proceso de curación y redención.
- Resignación: las enfermedades eran asumidas como parte de la voluntad divina.
- Equilibrio con la naturaleza: el entorno natural era percibido como un sistema sagrado que debía respetarse.
- Caridad: la atención a los enfermos y pobres era una obligación moral y religiosa.

En conjunto, estas prácticas y valores conformaron una visión del mundo en la que la salud y la enfermedad estaban íntimamente ligadas al orden cósmico, moral y social. La responsabilidad social en salud, en este contexto, se expresaba a través de mecanismos comunitarios, espirituales y simbólicos, cuya finalidad era mantener el equilibrio y la cohesión del grupo humano en su relación con lo divino y lo natural.

2) La Responsabilidad Social en Salud en el Paradigma Racional / Empírico (siglos XVII – XX)

Durante siglos, la humanidad vivió envuelta en una cosmovisión sagrada, donde la enfermedad era entendida como castigo divino, prueba espiritual o desajuste en el orden

cósmico. El cuerpo y el alma se cuidaban desde la fe, en manos de sacerdotes, chamanes y sabios populares, y el acto de curar se tejía entre lo ritual, lo simbólico y lo comunitario.

Pero a partir del siglo XVII, algo empezó a cambiar. El asombro ante el misterio no desapareció, pero fue desplazado por una nueva inquietud: comprender, explicar, demostrar. La mirada humana giró hacia lo tangible, hacia lo que podía ser observado, medido y replicado. Así emergió el paradigma racional/empírico, fundado sobre la lógica de la evidencia y la fe en la razón, que marcaría el inicio de la modernidad y dejaría una profunda huella en la forma de entender al ser humano, la sociedad, la salud, la enfermedad y el cuidado.

René Descartes abrió este nuevo horizonte con su defensa de la razón como fuente de todo conocimiento y su separación entre mente y cuerpo. En su universo, el cuerpo humano era comparable a una máquina precisa, descomponible en piezas que podían conocerse y repararse (Capra & Luisi, 2014). Esta lógica mecanicista fue profundizada por Isaac Newton, cuyo universo regido por leyes matemáticas brindó al pensamiento científico una arquitectura ordenada y aparentemente definitiva.

El siglo XVIII, impulsado por la Ilustración, expandió esta lógica hacia lo político y lo ético. Filósofos como Rousseau, Locke, Voltaire o Diderot defendieron la razón como vía para alcanzar la igualdad, los derechos humanos y la emancipación social. La salud comenzó entonces a percibirse como un derecho colectivo, no como privilegio ni castigo. Fue también la época de grandes descubrimientos científicos: Linnaeus clasificó la vida, Lavoisier revolucionó la química, y Jenner, con su vacuna contra la viruela, inauguró una medicina preventiva basada en el conocimiento (Porter, 1997).

En paralelo, pensadores como Adam Smith empezaron a articular la idea de que toda acción debía tener un impacto positivo en el bien común. Poco después, Robert Owen (1816)[19], desde el mundo empresarial, promovió la mejora de las condiciones laborales como una forma de responsabilidad social en acción. Así, la responsabilidad ya no se situaba solo en el individuo, sino en las estructuras económicas y sociales.

El gran punto de quiebre llegó con la Revolución Industrial. Las fábricas, el vapor y el crecimiento urbano acelerado transformaron las ciudades, la economía y también los cuerpos. El progreso técnico trajo consigo hacinamiento, explotación y enfermedades que ya no podían interpretarse como fenómenos sobrenaturales, sino como consecuencia directa de desigualdades estructurales. La salud pública comenzó a mirar hacia lo social.

Fue en este contexto que nació la Medicina Social. En palabras de Rudolf Virchow, su mayor referente: “la medicina es una ciencia social, y la política no es otra cosa que medicina en gran escala” (Virchow, 1848[20]). Para Virchow y otros pioneros como Salomon Neumann, la

[19] Owen, R. (1816). A New View of Society: Essays on the Formation of Human Character, and the Application of the Principle to Practice. London: Cadell and Davies. https://la.utexas.edu/users/hcleaver/368/368OwenNewViewtable.pdf

[20] Virchow, R. (1848). Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia. Reimpreso en Ackerknecht, E. H. (1981). Rudolf Virchow: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1698167/pdf/0962102.pdf.

enfermedad no era sólo biológica: era también política, económica y cultural. Denunciaron el hacinamiento, la falta de higiene, la pobreza y la injusticia laboral como causas directas de las epidemias. La respuesta no era solo curar, sino transformar el entorno. Alemania, bajo el liderazgo de Otto von Bismarck, fue el primer país en traducir estas ideas en políticas concretas, al instaurar en 1883 la Ley del Seguro de Enfermedad, una de las primeras formas institucionales de responsabilidad social del Estado en salud (Rosen, 1994)[21].

El siglo XX trajo avances científicos extraordinarios: la biología molecular, la penicilina, la física cuántica, las vacunas masivas. Pero también emergieron dilemas éticos profundos. El Proyecto Manhattan, que culminó en la bomba atómica, abrió una grieta moral en la comunidad científica. Figuras como Einstein alertaron sobre los riesgos de una ciencia sin conciencia (Unesco, 2004)[22]

En este mismo siglo, la educación médica vivió una transformación profunda con el Informe Flexner de 1910. Este documento, financiado por la Fundación Carnegie e impulsado por los intereses de la incipiente industria farmacéutica, redefinió la formación médica en Estados Unidos y Canadá, privilegiando la especialización, la ciencia básica y la investigación farmacológica (Flexner, 1910[23]). Aunque elevó los estándares académicos, también marginó la medicina general, debilitó la Atención Primaria y acentuó la fragmentación del cuidado.

Durante la segunda mitad del siglo XX, en respuesta a estas limitaciones, emergieron corrientes críticas como la Medicina Comunitaria. Inspirada en experiencias del Sur Global —como los médicos descalzos en China—, esta propuesta apostaba por una medicina arraigada en los territorios, centrada en la prevención, el vínculo humano y la participación comunitaria (Breilh, 2010[24]). La pedagogía de Paulo Freire, con su propuesta de una educación dialógica y emancipadora, fue clave para dar base ética y metodológica a estas experiencias (Freire, 1970)[25].

Este enfoque se consolidó en 1978 con la Declaración de Alma-Ata, impulsada por la OMS y UNICEF, que proclamó el acceso universal a la Atención Primaria como base para lograr "Salud para todos en el año 2000" (WHO, 1978)[26]. Sin embargo, a pesar de su potencia teórica, muchas de estas propuestas quedaron atrapadas en una lógica de bajo costo, sin respaldo político ni recursos suficientes. La Medicina Comunitaria fue presentada en muchos

---

[21] Rosen, G. (1994). A History of Public Health. Johns Hopkins University Press. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7170188/pdf/main.pdf

[22] UNESCO. (2004). Ética de la ciencia y la tecnología. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000138091_spa

[23] Flexner, A. (1910). Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching (Bulletin No. 4). Carnegie Foundation. http://archive.carnegiefoundation.org/publications/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf

[24] Breilh, J. (2010). Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva, 6(1), 83–101. https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3407/1/Breilh%2C%20J-CON-112-La%20epidemiologia%20cr.pdf

[25] Freire, P. (1970). Pedagogía del oprimido. Siglo XXI Editores. https://www.redalyc.org/pdf/869/86901005.pdf

[26] WHO (World Health Organization). (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata#:~:text=International%20conference%20on%20primary%20health,goal%20of%20Health%20for%20All.

contextos como un “apostolado” bienintencionado, más cercano a la caridad que a la política pública estructural.

Las prácticas de responsabilidad social durante este período incluyeron:
1. Reformas laborales: Reducción de la jornada laboral, mejora de las condiciones laborales para las mujeres gestantes y prohibición del trabajo infantil.
2. Inversión estatal en saneamiento básico: Mejora de las condiciones sanitarias en las ciudades y combate a la insalubridad.
3. Atención médica para los indigentes: Reconocimiento del acceso a la salud como un derecho fundamental.
4. Creación de la Seguridad Social: Alemania fue pionera con la Ley del Seguro de Enfermedad en 1883, que garantizaba protección médica a los trabajadores.
5. Educación sanitaria: Promoción de la higiene y prevención de enfermedades.

A nivel académico, la Atención Primaria fue durante décadas el pariente pobre del currículo médico. Hasta bien entrado el siglo XXI, su presencia en los planes de estudio fue limitada, y en muchas universidades, su implementación respondió más a requerimientos burocráticos que a una visión ética o transformadora. Fue recién en 1995 cuando la OMS introdujo formalmente el concepto de responsabilidad social en las facultades de medicina, definiéndola como la obligación de orientar la formación, la investigación y el servicio hacia las necesidades prioritarias de la población (WHO, 1995[27]).

Desde los años 60, sin embargo, algunas facultades comenzaron a cuestionar el modelo Flexneriano. Surgieron experiencias como el programa WWAMI (EE.UU., 1971), la Escuela de Medicina de Trömso (Noruega, 1973) o Flinders (Australia, 1975), que propusieron una medicina descentralizada, orientada a la comunidad y al desarrollo de capacidades en zonas rurales. Estos movimientos anticiparon lo que décadas después se consolidaría en iniciativas como la red THEnet, creada en 2008, para promover la formación de profesionales comprometidos con la equidad (Alfonso Roca, García Barbero 2021[28]).

Los modelos más exitosos de formación médica con orientación a la responsabilidad social comparten cinco características fundamentales: un currículo basado en los problemas reales de salud de la comunidad; exposición prolongada y tutelada al trabajo en entornos rurales; inclusión de estudiantes provenientes de medios desfavorecidos; acompañamiento pedagógico continuo desde el inicio de la formación, hasta la vida profesional; y financiamiento específico para sostener esta estructura.

Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, el paradigma racional/empírico no logró consolidar un modelo verdaderamente equilibrado entre equidad, consciencia y sostenibilidad. Muchas iniciativas nacieron más de lógicas funcionales y economicistas que de compromisos éticos. En nombre del derecho a la salud, se promovió una cultura de expectativa sin

[27] WHO (World Health Organization). (1995). Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools. Geneva: WHO. https://iris.who.int/handle/10665/59441
[28] Alfonso Roca, M. T., & Barbero García, M. (2021). La responsabilidad social de las facultades de Medicina: Una exigencia inaplazable para adaptarse a las necesidades de la población. Educación Médica, 22, 99–105. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.10.003

corresponsabilidad. La salud pasó a concebirse como un bien de consumo, y el paciente como usuario o cliente, en lugar de persona responsable de su proceso vital.

Tal vez ahí reside uno de los límites más profundos de este paradigma: el haber separado el derecho de la responsabilidad. El haber asumido que el Estado o el sistema sanitario debían garantizarlo todo, sin activar el sentido de deber, de cuidado, de comunidad. Como si la salud pudiera ser delegada, gestionada, externalizada… sin ser vivida como una construcción personal y colectiva.

Entre sus luces y sus sombras, el legado del paradigma racional/empírico es profundo. Nos dio ciencia, nos dio derechos, nos dio herramientas para pensar, prevenir y tratar. Pero también dejó pendiente la tarea de integrar la razón con la consciencia, el conocimiento con la sabiduría, los derechos con las responsabilidades.

Quizás, más que afirmar que la salud es un derecho, debamos empezar a verla como un resultado: una consecuencia del nivel de responsabilidad que asumimos con nosotros mismos, con los otros y con el entorno que habitamos. En esa grieta, en ese desencuentro entre técnica y sentido, el paradigma empieza a fracturarse. Y la historia nos empuja a mirar más allá de lo medible, lo cuantificable, lo técnico. A preguntarnos de nuevo: ¿qué es el ser humano? ¿qué es "salud"? ¿Qué es "cuidar"? ¿Qué significa, realmente, vivir con responsabilidad social?

2.3) La Responsabilidad Social en Salud en el Paradigma Cuántico / Consciencia Cósmica

Tras siglos de hegemonía del paradigma racional, fundado sobre la certeza, la medición y la especialización, comenzaron a aparecer fisuras difíciles de ignorar. El avance científico ofreció respuestas, sí, pero también generó fragmentación: el cuerpo separado del alma, el paciente separado del profesional, el profesional separado del sistema, el sistema separado de la comunidad. La razón llevó a la humanidad a conquistar una parte de conocimiento del mundo físico[29], pero no necesariamente a comprenderse a sí misma.

En las últimas décadas, la propia ciencia ha comenzado a cuestionar sus bases más sólidas. La física cuántica mostró que la materia no es algo fijo y separado, sino un campo de probabilidades interconectadas. La biología descubrió que los organismos no son máquinas lineales, sino sistemas abiertos, adaptativos y autorregulados. Y la neurociencia y la informática nos han revelado que todo lo que existe, desde las células hasta las galaxias, es información que se organiza, se transforma y se comunica (Capra & Luisi, 2014; Bohm, 1987[30]).

Este giro epistemológico ha sido silencioso pero profundo: pasamos de concebir la realidad como un conjunto de objetos separados, a verla como una red de relaciones dinámicas. En

[29] *"Las ciencias físicas reconocen su ignorancia casi total del 96%de la realidad física y un desconocimiento parcial del otro 4%."* Lozano Domenech A. (2022) La sabiduría del no saber. Kairos.
[30] Bohm, D. (1987). La totalidad y el orden implicado. Kairós. https://www.revistasinrecreo.com/wp-content/uploads/2015/11/Bohm-David-La-Totalidad-y-El-Orden-Implicado.pdf

palabras de Wilber (2000) estamos entrando en un momento histórico en el que la consciencia deja de ser un fenómeno colateral del cerebro, para ser reconocida como dimensión estructurante de la realidad.

En este umbral de contradicciones emerge un nuevo paradigma, aún en proceso de consolidación, pero cada vez más presente en el pensamiento contemporáneo: el paradigma cuántico / consciencia cósmica. Un marco que no se limita a observar el mundo desde lo empírico, sino que lo reconoce como un tejido interdependiente donde materia, energía, mente y espíritu forman un todo continuo.

Este nuevo modo de pensar no niega los logros anteriores, pero los trasciende. Recupera dimensiones excluidas del conocimiento moderno —la intuición, la espiritualidad, la interconexión— y nos invita a habitar un mundo en el que la salud ya no es solo el equilibrio de sistemas biológicos, sino el reflejo del nivel de consciencia desde el cual vivimos como individuos y como sociedad.

En este nuevo paradigma, la responsabilidad social ya no se entiende como una obligación moral impuesta desde fuera, ni como un cumplimiento institucional. Se transforma en algo mucho más profundo: el impacto de nuestras acciones en nosotros mismos y en los demás, entendido como reflejo de nuestro nivel de consciencia.

En tiempos de revolución tecnológica, es fácil caer en la ilusión de que los sistemas de salud pueden "optimizarse" como si fueran máquinas. Con suficiente inteligencia artificial, big data y automatización, podríamos resolver todos los problemas… al menos aquellos que se reducen a procesos. Pero la transformación que verdaderamente importa no es técnica: es ética y humana. Como advirtió Rabelais ya en el siglo XVI[31]: "la ciencia sin consciencia no es más que la ruina del alma."

Nos hemos obsesionado con la eficiencia, los indicadores y los algoritmos. Y, sin embargo, cada vez más voces coinciden en que el verdadero desafío no es tecnológico, sino de valores. Y no hablamos aquí de normas de urbanidad ni de conductas aprendidas por imitación. Hablamos de valores profundos: aquellos que, cuando se expresan, generan armonía interna y resonancia externa, que inspiran confianza y cuidado sin necesidad de ser declarados.

Desde esta visión, la excelencia en salud no es solo calidad técnica o gestión eficiente, sino la vibración ética que emana cuando los valores están verdaderamente encarnados. La excelencia se siente, aunque no siempre se nombre: está en la delicadeza de una mirada, en la coherencia entre el decir y el hacer, en esa atmósfera que, sin explicaciones, genera bienestar y dignidad.

En este marco, adquiere especial relevancia la escala de niveles de evolución de la consciencia propuesta por G. Schmeilling[32], que describe un proceso gradual de maduración

[31] Rabelais, F. (1532). Pantagruel. Cita referencial adaptada. https://www.lettresvolees.fr/rabelais/documents/Pantagruel.pdf

[32] Schmeilling, G. (s.f.). Escala de niveles de evolución de consciencia. Documento inédito compartido en seminarios de formación

desde niveles egocéntricos, centrados en el miedo y el control, hacia niveles cada vez más integradores, compasivos y responsables.

Desde esta perspectiva, la responsabilidad social no es una política ni una estrategia, sino una forma de ser y de estar en el mundo. Una consciencia que no necesita normas externas para hacer lo correcto, porque actúa en sintonía con la vida. En palabras de Wilber (2000), este nivel evolutivo no reprime el ego, lo trasciende e incluye, generando una ética relacional donde el otro no es objeto de atención, sino extensión de uno mismo.

Así, la responsabilidad social, cuando nace de la consciencia, se convierte en excelencia, supera las normas estándar impuestas desde una visión excluyente e integra la percepción de una realidad de los escasos recursos y amplias necesidades logrando, no en el sentido de una meta corporativa, sino como una expresión natural de una vibración de energía elevada, perceptible en los gestos, en el clima humano que se crea, en la coherencia sutil que da sentido a cada encuentro. Esa excelencia —casi invisible pero profundamente tangible— no se impone, se irradia.

Si aceptamos que la responsabilidad social es un reflejo del nivel de consciencia, entonces todo el sistema de salud —desde sus políticas hasta sus micro-gestos cotidianos— debe ser repensado desde esta nueva mirada. La transformación no se limita a las tecnologías ni a los recursos, sino que comienza en la calidad de ser de los profesionales, en la intención de los gestores, en la apertura de los docentes y en la participación de la comunidad.

En el ámbito educativo, formar profesionales en este paradigma implica mucho más que transmitir conocimientos técnicos. Supone cultivar seres humanos conscientes, empáticos, con sentido de propósito. La educación ya no puede limitarse a competencias clínicas: debe integrar la autorreflexión, el trabajo interior, la ética vivida, el pensamiento sistémico y el cuidado de uno mismo como parte del proceso formativo. Como afirman Capra y Luisi (2014), no hay transformación social sostenible sin transformación personal.

En el nivel asistencial, el cuidado deja de ser una transacción técnica para convertirse en un encuentro humano donde la relación es terapéutica en sí misma. Escuchar al otro con presencia, reconocer su singularidad, cuidar sin fragmentar... son expresiones concretas de una responsabilidad social que nace de la consciencia, no del deber.

En el nivel del liderazgo, este paradigma invita a superar el viejo modelo jerárquico que identifica al líder con quien manda, impacta o transforma en poco tiempo. Ese ideal de liderazgo vertical, inmediato y cuantificable —que mide a los líderes por la rapidez y la cantidad de gente que movilizan— ha producido más frustración que resultados. ¿Quién definió ese metro? ¿A cuántas personas debemos influir para merecer ese título?

La verdad es más simple y profunda: todos somos líderes, porque todos ejercemos influencia. Buena o mala, grande o pequeña, consciente o inconsciente… todos impactamos nuestro entorno. Pero el verdadero liderazgo no se mide por la magnitud de la oportunidad, sino por la calidad de la respuesta. Uno no siempre elige las circunstancias, pero sí puede elegir cómo responder a ellas.

En este paradigma, liderar no es una función asignada, es un proceso interno. Nadie puede liderar a otros si no ha aprendido a liderarse a sí mismo. El liderazgo nace desde adentro. Es brújula, no mapa. Requiere autoconocimiento, visión, claridad de propósito. Una persona que sabe lo que valora, que ha integrado sus aprendizajes y actúa con coherencia, lidera sin necesidad de imponerse, porque su sola presencia comunica verdad.

Por eso, la base de un liderazgo con responsabilidad social no es la estrategia, es la consciencia personal. La misión de un líder no es una frase inspiradora en la página web de una institución: es un compromiso vivido, una pregunta constante que guía sus decisiones: ¿qué sentido tiene lo que hago?, ¿cómo impacta esto en los demás?, ¿a qué nivel de consciencia estoy sirviendo con esta decisión?

El liderazgo con responsabilidad social implica comprender que estamos inmersos en un proceso evolutivo colectivo. Somos seres humanos en un planeta que actúa como escuela de consciencia, donde venimos a integrar aprendizajes esenciales como el respeto, la aceptación, el servicio, el amor. Liderar, entonces, no es otra cosa que vivir desde esa consciencia, con humildad, integridad y visión amplia. Y desde ahí, invitar a otros a hacer lo mismo.

Y en el vínculo con la sociedad civil, esta responsabilidad social se expresa como co-resonancia: escuchar las voces silenciadas, incorporar la sabiduría comunitaria, honrar los saberes ancestrales y construir soluciones desde lo colectivo. No se trata de “llevar salud” a los territorios, sino de reconocer que la salud ya vive allí, esperando ser acompañada, visibilizada y fortalecida.

Así, este paradigma no propone una reforma técnica, sino una nueva visión del sistema de salud. Un sistema vivo, consciente, donde cada parte actúa sabiendo que forma parte de un todo mayor, interdependiente, sensible y profundamente humano.

Este paradigma no llega como una moda ni como un eslogan. Llega como consecuencia de una saturación: la saturación de sistemas que han olvidado su sentido, de instituciones que operan sin alma, de profesiones que repiten sin sentir. Llega como respuesta a un clamor profundo que atraviesa no sólo a los profesionales, sino también a los pacientes, a las comunidades, al planeta.

En este nuevo marco, la responsabilidad social no es algo que se “aplica” al sistema, sino algo que emerge desde dentro de él, cuando los actores que lo componen despiertan a una comprensión más amplia de su propósito. No se trata de añadir una capa ética a lo técnico, sino de cambiar el centro de gravedad desde donde pensamos, cuidamos, enseñamos, decidimos.

El reto no está en diseñar nuevas normas, sino en activar un nuevo nivel de consciencia colectiva, donde cada ser humano, cada institución, cada estructura, asuma que sus decisiones impactan no sólo en el presente inmediato, sino en el campo sistémico que sostiene la vida.

La evolución de la responsabilidad social en salud, entonces, no se mide solo por coberturas, indicadores o protocolos, sino por la vibración energética desde la cual actuamos. Esa vibración no se impone ni se enseña: se cultiva, se contagia, se encarna.

Y tal vez ese sea el mayor desafío de este paradigma: que no basta con entenderlo. Hay que vivirlo. Vivirlo en los espacios de trabajo, en las políticas, en las aulas, en las relaciones. Vivirlo como una práctica cotidiana que nos recuerde que la salud —la verdadera vida— es una frecuencia que nace cuando el cuidado y la consciencia se encuentran.

3) Principios del nuevo marco de responsabilidad social en salud

El recorrido histórico a través de los paradigmas mágico/religioso, racional/empírico y cuántico/consciencia cósmica nos muestra que la responsabilidad social en salud no es un concepto fijo, sino un reflejo cambiante del nivel de consciencia con el que las sociedades se han comprendido a sí mismas. Lo que en un tiempo fue asistencia caritativa, luego se convirtió en derecho institucional, y hoy comienza a vislumbrarse como una práctica consciente de interdependencia ética.

Este nuevo marco que proponemos no parte de una ruptura con el pasado, sino de una integración evolutiva. Reconoce los aprendizajes de cada etapa, pero los reformula desde una mirada sistémica, ética y humanizante. A continuación, se presentan los principios clave que orientan este nuevo enfoque de responsabilidad social en salud:

1. La responsabilidad social como proceso de evolución de la consciencia

Más que un deber administrativo o una estrategia institucional, la responsabilidad social es vista como un estado emergente del nivel de consciencia individual y colectiva. Cuanto mayor es la capacidad de un sistema o de una persona para reconocer su impacto en el entorno, mayor es su nivel de responsabilidad. La responsabilidad no se impone, se despierta. Y su calidad depende del grado de integración entre pensamiento, emoción y acción.

2. La responsabilidad social como principio transversal

Este marco no reduce la responsabilidad social a un departamento, una política o una etiqueta. La propone como una dimensión transversal que atraviesa todo el sistema de salud: la formación, la gestión, la atención, la investigación, la vinculación con la comunidad. Se expresa en cómo se diseñan las políticas, pero también en cómo se saludan las personas en un pasillo. Es visible en los grandes planes estratégicos, pero también en los pequeños gestos cotidianos.

3. Del “hacer para” al “ser con”

La responsabilidad social en este marco no se trata solo de acciones dirigidas “a los otros”, sino de formas de estar con los otros, desde la escucha, la presencia y el respeto. Es una práctica de vínculo, no una intervención. Esto implica una transformación del paradigma asistencial: de la lógica del control y la eficiencia, a una lógica relacional, participativa y co-creadora.

4. Integración de valores y resultados

La calidad de la responsabilidad social no se mide solo por indicadores de desempeño, sino por la coherencia entre los valores que se enuncian y las realidades que se producen. Un valor encarnado genera resultados perceptibles tanto en el plano interno (satisfacción, armonía, confianza) como en el externo (mejor experiencia del paciente, relaciones laborales sanas, servicios más humanizados). Este marco propone que **la excelencia, en última instancia, es ética hecha acción.**

5. Interdependencia como principio estructurante

Este nuevo enfoque se basa en la comprensión de que todo está conectado: el bienestar de los profesionales influye en el de los pacientes; las decisiones institucionales impactan en la comunidad; la salud humana está entrelazada con la salud planetaria. Por ello, cada acción, por pequeña que parezca, forma parte de una ecología relacional más amplia. La responsabilidad social es, entonces, una práctica consciente de esa interdependencia.

Estos cinco principios configuran un nuevo marco para comprender la responsabilidad social en salud como una práctica viva, ética y relacional, enraizada en la evolución de la consciencia individual y colectiva.

A partir de esta mirada, podemos definir la responsabilidad social en salud como:

*"**El compromiso con una excelencia consciente**, que cada persona asume para estar al servicio del bienestar colectivo, en todos los contextos donde actúa. Nace de una comprensión profunda de que todo está interconectado, y de que cada acción puede mejorar o empeorar la vida de las personas, incluida la nuestra".*

3.1) Ámbitos de aplicación del nuevo marco de responsabilidad social en salud

La responsabilidad social, entendida como expresión del nivel de consciencia y ética relacional, solo se hace real cuando se traduce en prácticas concretas. No basta con formular principios: es necesario encarnarlos en los espacios donde se forma, gestiona, investiga, cuida y convive.

En este nuevo marco, no se trata de añadir más normas, sino de revisar desde dónde hacemos lo que hacemos. El objetivo no es estandarizar acciones, sino elevar el estado de consciencia que las origina, para que el impacto sea coherente con los valores que se proclaman. A continuación, se describen los principales ámbitos de aplicación.

Educación y formación de profesionales

Una facultad o institución de salud con responsabilidad social no forma solo técnicos, forma seres humanos conscientes. Esto implica una educación además de técnica, centrada en:

- El desarrollo del autoconocimiento y la autorregulación emocional.

- La integración de valores como el compromiso, la coherencia y la humildad intelectual.
- El aprendizaje basado en situaciones reales del entorno, con fuerte impacto comunitario.
- La inclusión de contenidos transversales como ética, salud planetaria, espiritualidad, liderazgo consciente y pensamiento sistémico.
- Una pedagogía que facilite la escucha, la duda, el reconocimiento del error, el sentido, y no solo la repetición de contenidos o protocolos.
- Una educación con responsabilidad social no forma para competir, sino para colaborar y cuidar desde el ser.

Práctica asistencial

El cuidado en salud no puede reducirse a un acto técnico. En este marco, se asume que toda intervención es un encuentro humano que transforma. Por tanto, la responsabilidad social en la atención clínica se manifiesta en:

- La calidad de la presencia del profesional, más allá de su conocimiento técnico.
- El respeto por la singularidad del paciente y su biografía.
- La inclusión de saberes populares y cosmovisiones diversas.
- La relación terapéutica como eje, no como accesorio.
- La práctica del cuidado como acto ético, y no solo operativo.
- Se trata de pasar de la “atención centrada en el paciente” a una atención centrada en el vínculo, donde ambos se ven como partes activas de un proceso compartido.

Gestión institucional y liderazgo

Las instituciones también tienen alma. Una organización con responsabilidad social no es aquella que declara valores, sino la que los encarna en sus decisiones, estructuras y relaciones. Esto se traduce en:

- Estilos de liderazgo que inspiren desde el ejemplo y no desde el poder jerárquico.
- Estructuras organizacionales que favorezcan la colaboración, la confianza y la horizontalidad.
- Indicadores que midan también el bienestar del personal, el clima organizacional y la coherencia ética.
- Políticas institucionales que integren el impacto ecológico, emocional y relacional de sus decisiones.
- Liderar, en este paradigma, es vivir en coherencia con el propósito personal e institucional y facilitar la evolución del conjunto.

Investigación y generación de conocimiento

La producción de conocimiento con responsabilidad social exige revisar no solo qué se investiga, sino para quién y desde dónde se investiga. Esto implica:

- Elegir líneas de investigación con impacto social y territorial, no sólo con impacto bibliométrico.

- Incluir a la comunidad como sujeto activo en los procesos de investigación.
- Incorporar metodologías dialógicas, participativas, interculturales y éticamente sensibles.
- Asumir que toda investigación es también una intervención en la realidad, y por tanto, conlleva responsabilidad ética.
- La ciencia con responsabilidad social no se contenta con publicar: busca transformar sin dañar.

Participación comunitaria y redes

Una salud con responsabilidad social reconoce que la comunidad no es receptora, sino protagonista. Aquí, la clave es el paso de la intervención a la co-creación, y se expresa en:

- Procesos de escucha activa, valoración de saberes locales y respeto por los tiempos culturales.
- Creación de alianzas basadas en la confianza, no en la dependencia.
- Fomento de la autonomía comunitaria y del liderazgo distribuido.
- Inversión en redes afectivas y territoriales sostenibles.
- Reconocimiento de que el disfrutar de la vida, no se impone desde fuera, sino que se construye desde adentro.

La comunidad no es un “objeto de atención”, sino una fuente de sabiduría, innovación y consciencia colectiva.

4) La RIRSS como estrategia integradora para la transformación

La Red Iberófona para la Responsabilidad Social en Salud (RIRSS) nace de un anhelo profundo y compartido: articular un tejido de colaboración entre los países de la Iberofonía que permita reimaginar la salud desde lo que nos une, más que desde lo que nos separa. No se trata solo de crear una plataforma institucional, sino de activar una consciencia común, un movimiento ético, profesional y cultural en favor de sistemas de salud más humanos, equitativos y sostenibles.

En una región que abarca más de 30 países, con más de 860 millones de personas que comparten lenguas con un alto grado de intercomprensión (español y portugués), la RIRSS ofrece una oportunidad única: la de impulsar un paradigma común que integre formación, acción, investigación y participación social, desde una visión compartida de la responsabilidad social.

La Red se propone como:

- Un espacio de encuentro, donde las universidades, centros asistenciales, profesionales de salud, docentes, gestores, investigadores, estudiantes y comunidades puedan dialogar, compartir experiencias y construir soluciones desde el reconocimiento mutuo.
- Un ecosistema colaborativo que promueva iniciativas alineadas con los principios del nuevo paradigma: consciencia, interdependencia, ética viva y liderazgo distribuido.

- Un laboratorio transnacional de innovación social, que permita adaptar los principios de la responsabilidad social a la diversidad territorial, cultural, institucional y espiritual de nuestros contextos.

Desde la RIRSS, se impulsan acciones en varios niveles:

- En la formación: fomentar redes de instituciones de formación comprometidas con la responsabilidad social, desarrollar materiales pedagógicos comunes y promover intercambios formativos.
- En la gestión institucional: generar espacios de co-aprendizaje entre líderes sanitarios que buscan administrar con valores.
- En la investigación: apoyar estudios sobre impacto social y consciencia en salud, integrando metodologías críticas, participativas e interculturales.
- En la comunidad: crear alianzas con movimientos sociales, redes territoriales y saberes ancestrales para diseñar políticas desde la escucha.

Pero quizás el mayor valor de la RIRSS no sea lo que hace, sino desde dónde lo hace. No pretende ser una estructura jerárquica ni una marca institucional. Su potencia radica en ser catalizadora de un proceso colectivo, tejido con cuidado, escucha, humildad y visión compartida. Es una red que no une por imposición, sino que reconoce lo que ya está conectado a un nivel más profundo.

La salud no es una frontera entre países, ni entre disciplinas, ni entre saberes. Es un lenguaje común, un campo de resonancia donde lo humano, lo ecológico y lo espiritual se entrelazan. Y en ese campo, la responsabilidad social se convierte en una forma de relación viva, que nos recuerda que ningún sistema de salud puede transformarse sin transformar el nivel de consciencia que lo sostiene.

Conclusión

La responsabilidad social en salud como espejo de nuestra evolución.

Este artículo ha propuesto un viaje: no solo a través de la historia del pensamiento, sino a través de los niveles de consciencia que han dado forma a nuestras prácticas en salud. Desde el paradigma mágico-religioso, donde el cuidado era expresión de lo sagrado; pasando por el paradigma racional/empírico, que nos legó ciencia, derechos y estructuras públicas; hasta llegar al paradigma cuántico/consciencia cósmica, que nos invita a reimaginar la salud desde la ética, la presencia y la conexión profunda.

Lo que hemos aprendido en este recorrido es que la responsabilidad social en salud no es un concepto estático, sino un proceso, una expresión dinámica del nivel de consciencia de una sociedad. No se trata solo de políticas públicas ni de protocolos éticos, sino de cómo vivimos, cómo nos relacionamos, cómo decidimos. En cada época, en cada paradigma, la responsabilidad social ha reflejado la manera en que las personas comprendían su lugar en el mundo y su relación con los otros.

Hoy, ante una crisis global de sentido, de salud y de sostenibilidad, el mayor desafío no es técnico, sino espiritual y evolutivo. No se trata de perfeccionar sistemas fragmentados, sino de transformar la mirada desde la cual los construimos. Es tiempo de reconocer que la salud no es solo ausencia de enfermedad, sino coherencia entre lo que somos, nuestra capacidad de disfrutar lo que hacemos y lo que dejamos como huella.

Desde esta perspectiva, la responsabilidad social no es un "deber" que recae en las instituciones, sino una cualidad que emerge cuando los sistemas, los profesionales y las comunidades actúan desde un nivel más elevado de consciencia. Cuando el cuidado deja de ser una obligación y se convierte en un acto natural. Cuando la excelencia no es una meta, sino el resultado inevitable de la coherencia interna.

Este artículo propone una visión: la de un sistema de salud vivo, sensible, consciente. Un sistema que no solo cura, sino que cuida, transforma y despierta. Un sistema que se pregunta no solo "¿qué hacemos?", sino también "¿desde dónde lo hacemos?".

Y es ahí donde la Red Iberófona para la Responsabilidad Social en Salud (RIRSS) puede jugar un papel clave: como espacio de resonancia, de acompañamiento y de co-creación entre los países de una comunidad diversa pero profundamente conectada. Porque la Iberofonía no es solo una geografía o una lengua, es una oportunidad ética: la de mostrar que otra manera de cuidar, de enseñar, de investigar y de administrar en salud es posible… si se hace desde un nivel de consciencia superior.

En definitiva, la responsabilidad social en salud no es un fin en sí mismo. Es un espejo. Un espejo que refleja el proceso de quiénes somos como sociedades, y quiénes estamos eligiendo ser.

Bibliografía

1. F.A. Durántez prados (2019) La Iberofonía, un nuevo espacio-concepto para la cooperación internacional.
https://www.fundacioncarolina.es/wpcontent/uploads/2019/11/AC-25.pdf Consultado el 21.03.2023
2. Alfonso-Roca, M. T., & Filgueira, L. (2023). La Red Iberófona para la Responsabilidad Social en Salud. Una estrategia vital para confrontar los retos de la salud en contextos de incertidumbre y cambios constantes.
Educación Médica, 24(5), 100822. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2023.100822
3. Aunque no existe una fuente única que compile el número total de universidades e instituciones relacionadas con la salud en todos los países iberófonos, las cifras presentadas corresponden a una estimación elaborada en marzo de 2025. Esta se basa en información disponible públicamente en diversas fuentes institucionales y académicas en línea, considerando tanto instituciones públicas como privadas en Hispanoamérica, España, Portugal, y regiones lusófonas de África y Asia.

4. Kickbusch, I. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide. Health Promotion International, 16(3), 289–297.

5. Frenk, J. (2010). The global health system: Strengthening national health systems as the next step for global progress. PLoS Medicine, 7(1), e1000089.

6. Habermas, J. (1984). The theory of communicative action (Vol. 1). Beacon Press.

7. Goleman, D. (2006). Social intelligence: The new science of human relationships. Bantam.

8. Damasio, A. (2010). Self comes to mind: Constructing the conscious brain. Pantheon Books.

9. Singer, T. (2015). The neuroscience of social responsibility. In L. Zsolnai (Ed.), The Spiritual Dimension of Business Ethics and Sustainability Management (pp. 123–138). Springer. http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/43469/1/173.pdf

10. Kuhn, T. S. (1962). The structure of scientific revolutions. University of Chicago Press. https://www.lri.fr/~mbl/Stanford/CS477/papers/Kuhn-SSR-2ndEd.pdf

11. Capra, F., & Luisi, P. L. (2014). The systems view of life: A unifying vision. Cambridge University Press. https://docdrop.org/download_annotation_doc/Fritjof-Capra_-Pier-Luigi-Luisi---The-Systems-View-of-Life_--9y66j.pdf

12. Wilber, K. (2000). Una teoría de todo: Una visión integral de la ciencia, la política, la empresa y la espiritualidad. Kairós. https://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Una-teor%C3%ADa-de-todo.pdf

13. Porter, R. (1997). The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity. Harper Collins. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1112708/

14. Sigerist, H. E. (1941). Medicine and Human Welfare. Yale University Press. https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/250783

15. López Piñero, J. M. (1970). La medicina en la historia. Salvat.

16. García-Ballester, L. (1996). La búsqueda de la salud: Sanadores y enfermos en la España medieval. Ediciones Península.

17. Foucault, M. (1963). El nacimiento de la clínica. Siglo XXI Editores. https://www.academia.edu/8176418/Foucault_Michel_El_nacimiento_de_la_clinica

18. Alfonso Roca, M. T. (2010, noviembre). Enjeux pédagogiques de l'apprentissage des compétences cliniques et de la formation des enseignants. Conferencia presentada en el Symposium MedAlumni, Universidad de Friburgo, Suiza. Manuscrito inédito.

19. Owen, R. (1816). A New View of Society: Essays on the Formation of Human Character, and the Application of the Principle to Practice. London: Cadell and Davies. https://la.utexas.edu/users/hcleaver/368/368OwenNewViewtable.pdf

20. Virchow, R. (1848). Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia. Reimpreso en Ackerknecht, E. H. (1981). Rudolf Virchow: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1698167/pdf/0962102.pdf.

21. Rosen, G. (1994). A History of Public Health. Johns Hopkins University Press. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7170188/pdf/main.pdf

22. UNESCO. (2004). Ética de la ciencia y la tecnología. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000138091_spa

23. Flexner, A. (1910). Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching (Bulletin No. 4). Carnegie Foundation. http://archive.carnegiefoundation.org/publications/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf

24. Breilh, J. (2010). Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva, 6(1), 83–101. https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3407/1/Breilh%2C%20J-CON-112-La%20epidemiologia%20cr.pdf

25. Freire, P. (1970). Pedagogía del oprimido. Siglo XXI Editores. https://www.redalyc.org/pdf/869/86901005.pdf

26. WHO (World Health Organization). (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata#:~:text=International%20conference%20on%20primary%20health,goal%20of%20Health%20for%20All.

27. WHO (World Health Organization). (1995). Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools. Geneva: WHO. https://iris.who.int/handle/10665/59441

28. Alfonso Roca, M. T., & Barbero García, M. (2021). La responsabilidad social de las facultades de Medicina: Una exigencia inaplazable para adaptarse a las necesidades de la población. Educación Médica, 22, 99–105. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.10.003

29. “Las ciencias físicas reconocen su ignorancia casi total del 96%de la realidad física y un desconocimiento parcial del otro 4%.” Lozano Domenech A. (2022) La sabiduría del no saber. Kairos.

30. Bohm, D. (1987). La totalidad y el orden implicado. Kairós. https://www.revistasinrecreo.com/wp-content/uploads/2015/11/Bohm-David-La-Totalidad-y-El-Orden-Implicado.pdf

31. Rabelais, F. (1532). Pantagruel. Cita referencial adaptada.
https://www.lettresvolees.fr/rabelais/documents/Pantagruel.pdf

32. Schmeilling, G. (s.f.). Escala de niveles de evolución de consciencia. Documento inédito compartido en seminarios de formación
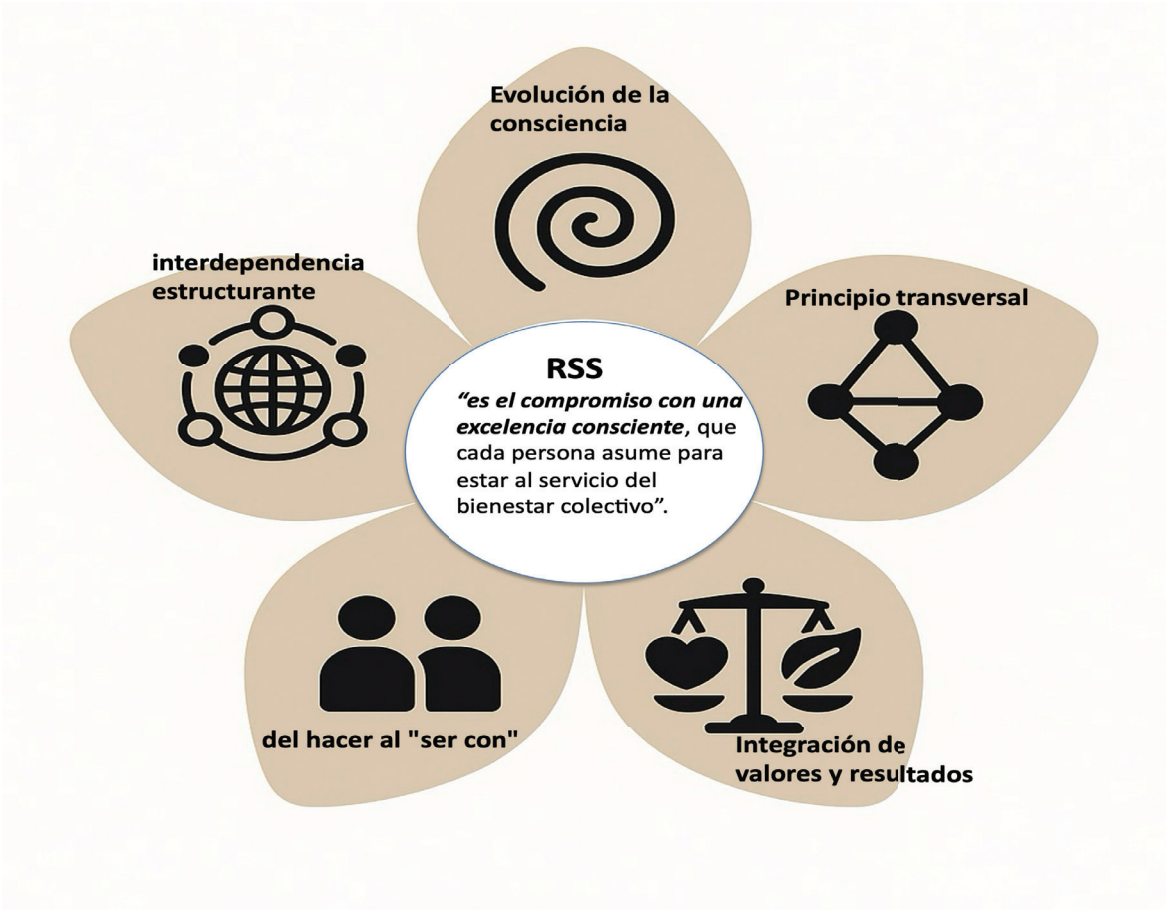
Imagen: Marco conceptual