

Propósito profesional en la universidad: un modelo conceptual integrador.

Comunidad, gestión, práctica profesional, docencia e investigación: un ecosistema relacional.

Professional Purpose in the University: An Integrative Conceptual Model.

Community, management, professional practice, teaching and research: a relational ecosystem.

Sergio Eduardo Santos del Riego^{1*}.

¹ Catedrático EU, Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Ciencias de la Salud, Director UDC *Saudable*, Coordinador del grupo de investigación en integración y promoción de la salud (*Integra Saúde*), Universidad de A Coruña, España, sergio.santos.delriego@udc.es, <https://orcid.org/0000-0002-2255-7788>

* Correspondencia: sergio.santos.delriego@udc.es

Recibido: 11/5/26; Aceptado: 4/6/26; Publicado: 5/6/26

Resumen.

La fragmentación de las dimensiones del trabajo académico: práctica profesional, docencia, investigación y gestión, en compartimentos sin comunicación erosiona el propósito de quienes trabajan en la universidad y limita su capacidad transformadora sobre las comunidades que les dan razón de ser. Este artículo de posicionamiento propone un modelo conceptual original, la Copa del Propósito Profesional, en el que estas dimensiones se conciben como un ecosistema relacional: la comunidad es la raíz y justificación existencial del sistema; la gestión, su arquitectura habilitante; la práctica profesional, el sustrato experiencial del que emergen la docencia y la investigación; y la política actúa como catalizador o losa del conjunto. El modelo integra el capital social, el enfoque de capacidades y los determinantes sociales de la salud. Su aplicación en las ciencias de la salud resulta especialmente pertinente, dado que el profesorado clínico opera de forma simultánea en los tres pilares que el modelo articula: la práctica asistencial, la docencia y la investigación, con el ejercicio profesional y el entorno comunitario como núcleo indisociable de su identidad académica. Bajo esta premisa, se argumenta que la integración ecológica de estas dimensiones es la condición para que el trabajo universitario trascienda su función instrumental y contribuya de forma sostenida al conocimiento, a la equidad y al desarrollo comunitario.

Palabras clave: identidad académica, propósito profesional, universidad, docencia, investigación, determinantes sociales de la salud

Abstract.

The fragmentation of the constitutive dimensions of academic work: professional practice, teaching, research and management, into non-communicating compartments erodes the sense of purpose of university professionals and limits their transformative capacity on the communities that give them meaning. This positioning article proposes an original conceptual model, the Cup of Professional Purpose, in which these dimensions are understood as a relational ecosystem: community is the root and existential justification of the system; management is its enabling architecture; professional practice is the experiential substrate from which teaching and research emerge; and policy acts as either a catalyst or a dead weight on the whole. The model draws on social capital theory, the capabilities approach, and the social determinants of health. In the health sciences, this model is particularly relevant, given that clinical faculty operate simultaneously across the three pillars it articulates: professional practice, teaching and research, with their professional role and the

community setting as the indissociable core of their academic identity. Under this premise, it is argued that the ecological integration of these dimensions is the condition for academic work to transcend its instrumental function and contribute in a sustained way to knowledge, equity and community development.

Keywords: academic identity, professional purpose, university, teaching, research, social determinants of health

1. Introducción

La carrera académica universitaria contiene una paradoja raramente nombrada: sus dimensiones constitutivas: práctica profesional, docencia, investigación y gestión, se enumeran juntas en los estatutos institucionales y los currículos vitae, pero se evalúan por separado, se financian con lógicas distintas y se desarrollan en culturas organizativas que apenas se comunican. Esta compartimentación no es un efecto colateral de la especialización; es una decisión estructural con consecuencias medibles sobre el propósito institucional y el bienestar de quienes trabajan en la universidad.

La fragmentación tiene raíces históricas documentadas. El informe Flexner de 1910 abrió una brecha estructural entre ciencia básica y práctica clínica que dejó huella en el conjunto de las disciplinas universitarias (1). Un siglo después, la Comisión Lancet sobre Educación en Profesiones de la Salud denunciaba la persistencia de ese diseño y reclamaba sistemas educativos orientados a transformar los determinantes de la realidad social (2). El Informe SESPAS 2024 ha señalado la necesidad de reforzar las competencias genéricas de los profesionales universitarios de la salud (3).

Como respuesta a esta perspectiva, las transiciones lógicas entre los cimientos teóricos referidos y la necesidad de una visión holística se hacen patentes: la segmentación del rol del profesorado no responde a las demandas complejas de los sistemas de educación ni de salud contemporáneos. Este artículo propone un modelo conceptual original, la Copa del Propósito Profesional, que integra estas relaciones de forma sistémica: no como esquema prescriptivo o normativo cerrado, sino como propuesta exclusivamente orientadora para que los profesionales universitarios puedan pensar su trabajo de forma concertada y para que las instituciones puedan diseñar entornos que favorezcan esa confluencia.

2. El modelo: estructura y fundamento conceptual

La metáfora de la copa no es un recurso ornamental: es una apuesta epistemológica. Una copa posee estructura, propósito y contenido; puede estar llena o vacía, compartida o usurpada. Su geometría: base que sostiene, fuste que eleva, cáliz que recibe y contiene, evoca con precisión las relaciones de dependencia y proyección entre las dimensiones del trabajo universitario.

El modelo se articula en torno a cinco dimensiones y un elemento envolvente. Su arquitectura relacional se estructura en la figura 1 como un *framework* conceptual explicativo, y no como un diagrama analítico de datos empíricos. La comunidad y la ciudadanía constituyen la raíz: la justificación sin la cual el resto carece de significado. La gestión forma la base visible e imprescindible, la arquitectura que hace posible que cualquier proyecto universitario se sostenga en el tiempo. La práctica profesional y la actividad asistencial y ocupacional cotidiana ocupan el cuerpo central: el espacio donde se genera la experiencia viva que alimenta al resto. La docencia y la investigación son las proyecciones del cáliz hacia el futuro del conocimiento, interdependientes entre sí y enraizadas en la práctica y los entornos comunitarios. Por encima, cubriendo o abriendo la copa, está la política.

Conceptualmente, el modelo dialoga con diversos referentes sin reducirse a ninguno. Boyer reformuló el *scholarship* universitario reconociendo el valor equivalente de la enseñanza, la integración y la aplicación del conocimiento frente a la investigación (4). Sen y Nussbaum aportan el horizonte ético del conjunto: no la acumulación de outputs medibles, sino el desarrollo de las capacidades de las personas (5, 6). La aportación específica del modelo es la arquitectura relacional que sitúa a la comunidad como origen y fin del sistema, e identifica en la práctica profesional el sustrato experiencial del que emergen las demás dimensiones.

La anatomía de la copa traduce visualmente una arquitectura relacional que se desarrolla a continuación en sus cinco dimensiones interdependientes.

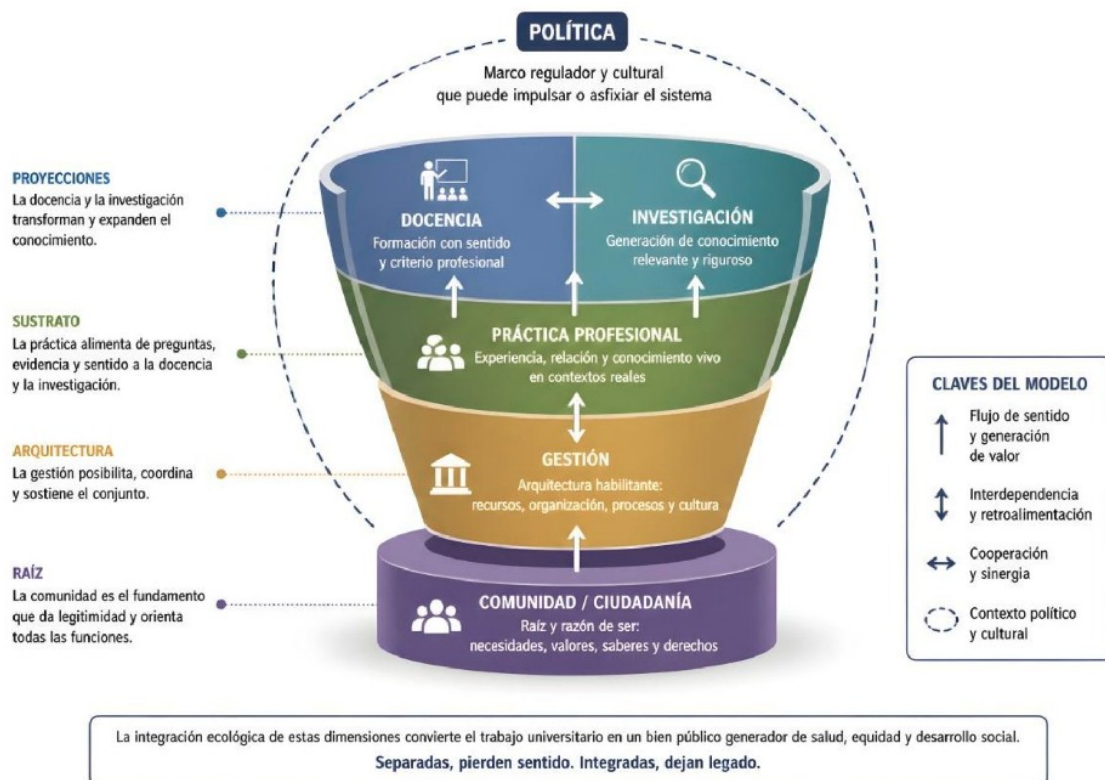


Figura 1. Modelo conceptual de la Copa del Propósito Profesional.

3. Las cinco dimensiones: un ecosistema relacional

3.1 La comunidad: ecosistema radical y criterio de validez

La comunidad no es el destinatario del trabajo universitario: es su razón de ser y su criterio de validez. Cuando se concibe como receptora, el profesional ocupa el centro; cuando se concibe como raíz, las necesidades y capacidades de la comunidad definen la agenda universitaria, sea cual sea la disciplina. Dahlgren y Whitehead establecieron que los determinantes de salud se organizan desde los factores individuales hasta las condiciones estructurales de la sociedad (7). Marmot et al. demostraron que las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen determinan su salud más que las intervenciones técnicas aisladas y que actuar únicamente sobre las consecuencias de los problemas, sin abordar sus causas estructurales, perpetúa las inequidades (8). Starfield aportó evidencia de que los sistemas orientados a la comunidad producen mejores resultados de salud con mayor equidad que los centrados en la especialización (9).

En el ámbito de las Ciencias de la Salud, la noción de comunidad adquiere un carácter imperativo al integrar la salud comunitaria y los determinantes sociales, expandiendo el enfoque clínico hacia sus orígenes poblacionales y estructurales. Así, la interacción con el entorno social no constituye una actividad altruista periférica, sino el núcleo de validez formativa y científica desde donde nace y hacia donde se dirige el sentido de la educación y la práctica médica contemporáneas.

3.2 La gestión: la arquitectura invisible que lo hace posible

Sin gestión competente, ninguna de las demás dimensiones del trabajo universitario puede desplegarse de modo sostenido. La copa sin base no se sostiene. Mintzberg describió las organizaciones profesionales como sistemas donde el poder reside en los operadores y no en la jerarquía directiva (10). En estos entornos, gestionar va más allá de dirigir en clave jerárquica: es generar las condiciones para que los profesionales ejerzan su autonomía con responsabilidad institucional. El rasgo más paradójico de la buena gestión es su invisibilidad: cuando una unidad funciona bien, nadie lo atribuye a la gestión; solo se hace visible cuando falla. Concebir la gestión como dimensión propia implica reconocerle su doble naturaleza: práctica técnica que requiere saberes específicos, y práctica ética cuyos efectos sobre la equidad y el bienestar son tan reales como cualquier intervención directa.

3.3 La práctica profesional y la actividad ocupacional cotidiana: el sustrato del conocimiento

Schön describió el *knowing-in-action* como el saber que reside en el hacer (11); Kolb formalizó el ciclo de aprendizaje experiencial a través del que ese conocimiento se construye: vivencia concreta, observación reflexiva, conceptualización abstracta y experimentación activa (12). Separar la práctica del resto de funciones no aumenta la especialización; empobrece el conocimiento. Investigar sin práctica genera conocimiento sin raíz; enseñar sin conexión con el entorno produce aprendizaje descontextualizado. La práctica reflexiva es el nexo entre todas las dimensiones del modelo.

Esta vinculación alcanza su máxima expresión en las ciencias de la salud, donde la práctica profesional se materializa a través de la actividad asistencial, ya sea en el ámbito clínico o en el comunitario. Ejercer las labores asistenciales de forma activa no es una faceta opcional sino una exigencia cotidiana a la que el profesorado de estas titulaciones dedica una porción sustancial de su jornada laboral, constituyendo el sustrato vivo del que se nutren indisociablemente la docencia y la investigación (13, 14). Enseña mientras asiste; investiga desde las preguntas que le plantea la práctica; gestiona la incertidumbre profesional con los mismos instrumentos con que orienta el aprendizaje. Esta simultaneidad no es una dificultad a gestionar sino la condición epistemológica específica de la academia sanitaria: la que hace posible una docencia auténtica, una investigación con pregunta real y la construcción progresiva de la identidad académica del estudiantado (15). Un ejemplo cotidiano ilustra esta unidad funcional: cuando un profesional de ciencias de la salud detecta en su práctica asistencial un patrón recurrente en las personas que atiende, rediseña a partir de él una actividad de aprendizaje para sus estudiantes y formula una pregunta de investigación desde ese mismo hallazgo, las tres dimensiones no se suceden, sino que ocurren en paralelo y se nutren mutuamente. El modelo de la Copa reconoce esta particularidad en la posición del cuerpo central (práctica profesional) del que emergen, pero al que también retroalimentan, la docencia y la investigación (13, 14).

3.4 Docencia e investigación: proyecciones con anclaje

La docencia no es transmisión de contenidos: es formación de criterio. Los referentes contemporáneos de competencia, entre ellos CanMEDS, identifican roles que implican no solo conocimientos y habilidades, sino disposiciones, valores y compromisos con la comunidad y la equidad (16, 17). Epstein y Hundert definen la competencia como el uso juicioso de las capacidades del profesional, cognitivas, técnicas y éticas, en beneficio de las comunidades (18). La investigación, anclada en la práctica y los entornos comunitarios, es la formalización rigurosa de las preguntas que

genera el encuentro sostenido con la realidad. Sin ese anclaje, tiende a responder a las lógicas de la publicación académica antes que a las necesidades de las comunidades.

En la educación superior en salud, la adquisición de habilidades técnicas y destrezas asistenciales en entornos reales es consustancial al currículo. Así, el ecosistema de la copa encuentra su máxima coherencia cuando la docencia y la investigación, sean de corte clínico, epidemiológico o social, se alimentan de manera directa de su interdependencia mutua: las necesidades y dilemas de la persona en el entorno asistencial o en la consulta comunitaria guían las líneas de investigación prioritarias, cuyos hallazgos vuelven de inmediato a los laboratorios de simulación o a las prácticas tuteladas, articulando un flujo continuo de retroalimentación e interdependencia sistémica (15).

3.5 La política: catalizador o losa

La política universitaria y sanitaria no es un telón de fondo neutral: es un actor con efectos causales sobre todas las demás dimensiones. Actúa como catalizador cuando alinea incentivos con calidad e impacto real, reconoce el valor de la gestión y el compromiso comunitario, y facilita la convergencia de funciones. Se convierte en losa cuando prima la productividad cuantitativa sobre el significado, fragmenta aún más las funciones profesionales y desincentiva la innovación pedagógica y organizativa. La diferencia entre ambos tipos de política no es primariamente ideológica: es epistemológica y ética.

4. Discusión

Algunos marcos previos han avanzado en dirección similar sin alcanzar la integración propuesta. Frenk et al. reclamaron un profesional transformador orientado a los sistemas de salud, pero no articularon la gestión como dimensión propia ni situaron a la comunidad como origen del sistema (2). CanMEDS definió roles múltiples para el médico competente, incluyendo el de gestor y el de agente de salud comunitaria, pero los presenta como roles paralelos, no como dimensiones relacionadas en un ecosistema (16, 17). Boyer reivindicó la paridad del *scholarship* aplicado frente a la investigación, pero su planteamiento no incorpora los determinantes sociales de la salud ni la actividad ocupacional cotidiana como fundamentos (4). Lo que la Copa del Propósito Profesional añade es la arquitectura relacional que los integra, situando la comunidad como origen y la práctica diaria como sustrato epistemológico del que emergen las demás dimensiones. Para el profesorado clínico de ciencias de la salud, cuya actividad asistencial, docente e investigadora se ejerce de forma simultánea, esta arquitectura no solo es un modelo orientador sino el reconocimiento de una realidad funcional cotidiana (13, 14).

El modelo no es meramente descriptivo, sino orientador: no cataloga las dimensiones del trabajo universitario, sino que argumenta cómo deben relacionarse para que el conjunto adquiera coherencia e impacto real sobre las comunidades. No exige que cada profesional desarrolle todas las dimensiones con igual intensidad, eso sería poco realista en contextos de alta especialización, sino que sea consciente de cómo su actividad se alimenta de las demás y las alimenta, y que las instituciones construyan condiciones que faciliten esa interacción: tiempo para la reflexión, culturas que valoren la duda, y sistemas de evaluación que reconozcan la articulación de funciones.

Limitaciones y alcance.

El modelo tiene carácter de contribución conceptual fundamentada en la reflexión teórica y la práctica profesional acumulada, no en validación empírica sistemática. Al tratarse de una abstracción de la complejidad académica, esta propuesta puede ser percibida como distante de la práctica institucional concreta por aquellos investigadores adscritos a paradigmas metodológicos de corte exclusivamente cuantitativo; una frontera teórica que este trabajo asume y que una línea de investigación empírica buscaría subsanar.

Asimismo, aunque el modelo posee un arraigo evidente en la educación médica y las ciencias de la salud, su vocación es transversal. Su extrapolación a otros contextos disciplinares e internacionales requerirá adaptaciones específicas. En disciplinas sin una vertiente asistencial directa o regulada, las relaciones entre las dimensiones adoptarán configuraciones distintas que convendrá documentar: en las ciencias sociales, la práctica profesional se articulará a través de la consultoría, el compromiso cívico y la abogacía social; en la ingeniería, a través de la investigación aplicada y la transferencia tecnológica. En estos casos, el modelo no pierde validez, sino que actúa como un catalizador para visibilizar y otorgar estatus académico a formas de práctica profesional que los sistemas de evaluación tradicionales suelen compartimentar o ignorar. Por último, su aplicación en otros idiomas y sistemas de educación superior requerirá un proceso de adaptación transcultural que preserve la equivalencia funcional del modelo sin quedar condicionado por las especificidades administrativas locales.

Como línea de continuación inmediata, se tiene previsto desarrollar un estudio empírico mediante grupos focales con profesores e investigadores de distintas áreas para explorar la aplicabilidad práctica del modelo y obtener evidencia que permita su refinamiento y validación.

5. Conclusiones

- La Copa del Propósito Profesional propone que el trabajo universitario adquiere su pleno sentido cuando sus cinco dimensiones operan de forma integrada y consciente, dentro de un marco político favorable y orientadas por la evidencia sobre los determinantes sociales de la salud.
- La comunidad es la raíz y la razón de ser: sin personas, sin entornos, sin los determinantes sociales que configuran la vida diaria, la copa no tiene por qué existir. La gestión es su base imprescindible: sin andamiaje institucional competente, el propósito se queda sin sustento. La práctica profesional es el sustrato experiencial vivo: sin ella, la docencia pierde autenticidad y la investigación su pregunta más honesta. La docencia y la investigación son proyecciones, no fines en sí mismas: solo adquieren coherencia plena cuando están ancladas en la práctica y orientadas por la comunidad. Y la política, cuando está fundamentada en la evidencia y orientada al interés común, es el néctar que llena la copa; cuando no lo es, es la losa que la sella.
- En el contexto de las ciencias de la salud, esta arquitectura adquiere un perfil específico: la gestión organizativa integrada en la interacción práctica profesional-docencia-investigación no describe funciones separadas sino una unidad funcional que define la identidad académica del profesorado. Reconocer esta simultaneidad como fortaleza, y no como sobrecarga, es una de las consecuencias prácticas más directas del modelo, y un horizonte hacia el que orientar los itinerarios académicos en estas titulaciones.
- Cuando estas dimensiones están en equilibrio y orientadas por el propósito comunitario, el trabajo universitario amplía su función instrumental y contribuye de forma más duradera al conocimiento compartido, a la equidad y al desarrollo comunitario. Este modelo aspira, sobre todo, a estimular la reflexión y el debate entre quienes trabajan en la universidad y entre quienes diseñan las condiciones en que ese trabajo se desarrolla. Su carácter es estrictamente orientador: no prescribe trayectorias ni establece jerarquías entre personas o instituciones, sino que ofrece una arquitectura conceptual desde la que pensar, debatir y actuar.

Financiación. Esta investigación no ha recibido financiación específica de ninguna agencia pública, comercial o sin ánimo de lucro.

Declaración de conflicto de interés. El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Uso de inteligencia artificial. En la preparación de este manuscrito se utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa (Claude, Anthropic) para asistir en la estructuración y redacción del texto. El modelo conceptual, su arquitectura teórica, su fundamentación, la figura y la redacción son de autoría original del autor,

quien asume plena responsabilidad sobre el contenido, la precisión de las referencias y las afirmaciones del manuscrito.

Contribuciones de los autores. Al tratarse de un artículo de autoría individual, el autor único (S.S.R.) es responsable de la concepción y diseño del modelo, la revisión de la literatura, la redacción del manuscrito y la aprobación de la versión final.

6. Referencias.

1. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: Carnegie Foundation; **1910**. https://archive.carnegiefoundation.org/publications/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf
2. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. **2010**, 376, 1923-1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
3. Rodríguez de Castro F, Carrillo Díaz T, Gual i Sala A, Palés Argullós J. Recursos humanos del Sistema Nacional de Salud. Formación. Informe SESPAS 2024. *Gac Sanit*. **2024**, 38(Supl 1), 102380. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102380>
4. Boyer EL. Scholarship reconsidered: priorities of the professoriate. Lawrenceville, NJ: Princeton University Press; **1990**. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED326149.pdf>
5. Sen A. Development as freedom. Oxford; New York: Oxford University Press; **1999**. <https://global.oup.com/academic/product/development-as-freedom-9780198297581>
6. Nussbaum MC. Creating capabilities: the human development approach. Cambridge, MA: Harvard University Press; **2011**. <https://www.hup.harvard.edu/books/9780674072350>
7. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies; **2007**. This working paper was originally published in print form in September 1991. <https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>
8. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. **2008**, 372, 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
9. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; **1998**. <https://academic.oup.com/book/54224>
10. Mintzberg H. Managing. San Francisco: Berrett-Koehler; **2009**. <https://mintzberg.org/books/managing>
11. Schön DA. The reflective practitioner: how professionals think in action. London: Basic Books; **1983**. <https://archive.org/details/reflectivepracti0000scho>
12. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; **1984**. <https://www.researchgate.net/publication/235701029>
13. Irby DM, Cooke M, O'Brien BC. Calls for reform of medical education by the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010. *Acad Med*. **2010**, 85, 220-227. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c88449>
14. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner report. *N Engl J Med*. **2006**, 355, 1339-1344. <https://doi.org/10.1056/NEJMra055445>
15. Hofmeyer A, Newton M, Scott C. Valuing the scholarship of integration and the scholarship of application in the academy for health sciences scholars: recommended methods. *Health Res Policy Syst*. **2007**, 5, 5. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-5-5>
16. Cruess RL, Cruess SR. Professionalism, communities of practice and the social contract of medicine. *J Am Board Fam Med*, **2020**, 33(Suppl), S50-S56. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.S1.190417>
17. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa, Canada: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; **2015**.

https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf

18. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002, 287, 226-235. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>

Copyright



© 2026 University of Murcia. Submitted for open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 Spain License (CC BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).