



Albardonedo, María Valeria

La inclusión de la comunicación como contenido curricular de la formación médica en la Universidad Nacional del Comahue : un estudio bajo la perspectiva del Análisis del Discurso



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:

Albardonedo, M. V. (2019). *La inclusión de la comunicación como contenido curricular de la formación médica en la Universidad Nacional del Comahue. Un estudio bajo la perspectiva del Análisis del Discurso. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Argentina. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes*
<http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/1299>

Puede encontrar éste y otros documentos en: <https://ridaa.unq.edu.ar>

La inclusión de la comunicación como contenido curricular de la formación médica en la Universidad Nacional del Comahue. Un estudio bajo la perspectiva del Análisis del Discurso

TESIS DE MAESTRÍA

María Valeria Albardonedo

malbardonedo@uvq.edu.ar

Resumen

La presente tesis tuvo como principal objetivo analizar los discursos que fundamentan y sostienen la incorporación curricular de la comunicación en la formación médica de grado, en el marco de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue (UNCo), Patagonia Argentina.

Para ello, se llevó adelante una investigación cualitativa basada en el Análisis Crítico del Discurso (ACD). Además, se implementaron técnicas de investigación documental y entrevistas semi-estructuradas a informantes clave para conformar el corpus del análisis. El trabajo se realizó in situ durante el año 2016.

Los principales resultados encontrados por el análisis realizado revelaron la existencia de concepciones, creencias y fundamentos que dan cuenta de dos discursos dominantes en la formación de los médicos: el discurso de las competencias enlazado al discurso médico normalizador. Ambos discursos vehiculizan una comprensión instrumental de la comunicación en la práctica médica que apunta a fortalecer el profesionalismo desde atributos estandarizables y calificables. La naturalización de estos discursos obtura la posibilidad de comprender una concepción procesual de la comunicación que permita la construcción de una relación propensa a la autonomía del paciente/usuario. No obstante, se advierte también la incidencia de discursos alternativos que disputan el sentido instrumental desde una comprensión social y dialéctica de la comunicación.

En función de los órdenes discursivos que comienzan a estabilizarse y los discursos alternativos que pueden incidir en dicha estabilización, el campo de la Comunicación y Salud se visualiza como horizonte epistémico desde el cual implementar la comunicación como contenido ético político para construir el profesionalismo a partir de una perspectiva autocrítica.



Maestría en Ciencias Sociales y Humanidades

Orientación: Evaluación e Investigación Educativa

“La inclusión de la comunicación como contenido curricular de la formación médica en la Universidad Nacional del Comahue. Un estudio bajo la perspectiva del Análisis del Discurso”

Autora: María Valeria Albardonedo

Directora: Dra. Milca Beatriz Cuberli

Co- Directora: Lic. Ana Aymá

Junio de 2017

A Pablo y Vera, mis compañerxs de vida. Esta tesis es de los tres.

Agradecimientos:

A la Dra. Milca Cuberli, una persona fundamental para mi vida, tanto en el plano afectivo como desde lo profesional, quien en esta instancia aceptó dirigirme, guiarme, contener mis ansiedades y escuchar mis catarsis. Por la fortaleza de nuestro vínculo y por la generosidad de siempre.

A la Lic. Ana Ayma, que a través de un único encuentro personal supo interpretar mis objetivos y mi interés casi obsesivo por el Análisis Crítico del Discurso. Por su dedicación atenta, sus palabras de aliento en el transcurso del trabajo y su compromiso.

A la Lic. Mariana Curotto, que a través de su trabajo comprometido y minucioso, colaboró a concretar la entrega de esta tesis.

A mis compañeros y compañeras docentes de las carreras de Medicina, Comunicación Social y Enfermería de la Universidad Nacional del Comahue. Excelentes profesionales y personas de los que aprendí y aprendo todos los días.

A aquellos con los que comencé el camino de la docencia universitaria: Susana, María Luz, Facundo; los que se fueron sumando, Claudia, Omar, Cecilia, Martín, Anita (in memoriam). Por el tiempo que me concedieron, los debates que construimos y los ideales que compartimos.

Valeria, Pablo, Cecilia, Julia, Mariana. Por las lecturas, los aportes, sugerencias, la escucha atenta y sentida, los tiempos concedidos y el apoyo incondicional para poder escribir esta tesis.

A la Universidad Pública Argentina, que sobre todo en tiempos de crisis, proporciona la salvaguarda necesaria para seguir creyendo que la educación es el punto de partida indiscutible para una sociedad más justa.

Índice

Introducción.....	4
Capítulo 1: Estado de la cuestión: comunicación en la formación médica; más allá de la relación médico paciente. Innovaciones, herencias e interrogantes.....	10
Capítulo 2: Construcción del objeto de la investigación: los avatares de pensar una problemática de orden simbólico en el reino de la evidencia	27
Capítulo 3: Tramas disciplinarias e interdisciplinarias: recorridos, bifurcaciones y encuentros en la investigación social crítica.....	33
Capítulo 4: Decisiones, elecciones y consideraciones teórico- metodológicas.....	52
Capítulo 5: Análisis, desmontaje y apuntes para la discusión. Comunicación en Medicina: entre el fortalecimiento de la hegemonía y el replanteo de vínculos, poderes, saberes y sistema.....	65
Capítulo 6: Conclusiones. Algunas disquisiciones, cuestiones pendientes y lecciones aprendidas: notas por una praxis político-comunicacional en la formación médica.....	114
Anexo.....	123
Parte I: Programas de las asignaturas analizadas en el corpus documental.....	123
Parte II: Grillas de entrevistas realizadas a docentes, graduados y estudiantes.....	141
Parte III: Ficha de consentimiento informado.....	142
Bibliografía.....	143

Introducción

“Los estudiantes de medicina aprenden cinco mil palabras nuevas en el primer año de su carrera, cuyo origen y significado en su mayoría desconocen. Este vocabulario masivo, en vez de fortalecer y ampliar su conciencia profesional, actúa muchas veces como una muralla abrumadora, una pantalla opaca o un sistema de pasaje que los convierte en hablantes y habitantes de un dialecto hermético, separados del resto de la sociedad, poseedores de un secreto que les confiere a la vez poder y lejanía; en suma, los conduce a la alienación”.

(Ivonne Bordelois, 2009, p.14).

La presente investigación indaga sobre los discursos que sostienen la proyección curricular y el establecimiento de la comunicación en la formación médica de grado. Las afirmaciones de Bordelois (2009) reflejan parte de las tensiones que atraviesan la formación, poniendo de manifiesto la incidencia de discursos como el científico y biomédico en el establecimiento de la distancia y la naturalización del poder en la construcción del profesionalismo. Cuestiones que resultan inspiradoras de interrogantes y desarrollos planteados de manera central en la presente tesis.

En la actualidad, las características que hacen al profesionalismo tales como el manejo del vocabulario, la cuestión del poder que atraviesa el vínculo médico-paciente y la relación medicina-sociedad, se configuran como temas y contenidos de la curricula de la formación médica a través de fundamentaciones generales en planes de estudio, asignaturas o espacios extra-curriculares. La comunicación surge como un concepto necesario para dar contenido y objetivar dichos temas.

Preguntarse por las perspectivas comunicacionales que se construyen, su uso curricular, los pliegues y repliegues simbólicos y los conceptos de base que involucran es clave para una investigación que parte de considerar la asimetría como rasgo característico de la práctica médica y de la relación medicina-sociedad.

Las lecturas y aproximaciones previas sobre la inclusión curricular de la comunicación en la formación médica de grado han evidenciado ciertas regularidades que configuran una inscripción problemática, pasible de abordarse desde una perspectiva crítica.

En primer lugar, cabe resaltar que la incorporación de la comunicación en la academia médica se presenta en la actualidad como una tendencia que se ha generalizado y formalizado a nivel político-institucional desde la década de 1990 en los países de Latinoamérica y Europa, inclusive en Argentina. En tanto tendencia, se asume como orientación con características innovadoras en la formación de profesionales médicos; que se adopta en función de fortalecer cuestiones relativas al profesionalismo y en particular al vínculo médico-paciente. Cuestiones que traducen asimismo una demanda social que, ante los cambios globales y la celeridad de la información, dejan cada vez más expuestas las inequidades comunicacionales que atraviesan la relación medicina-salud-sociedad.

En segundo lugar, puede observarse que las modalidades de inclusión formal de la comunicación surgen en una coyuntura político-institucional determinada y, a su vez, evidencian una serie de controversias en torno a la proyección del contenido.

En relación con la coyuntura, la “formalización”; es decir, la incorporación explícita, literal y consecuente establecimiento de la comunicación como contenido en planes de estudio y asignaturas o bien áreas de cursado obligatorio, coincide con un ciclo de reformas en Educación Superior que en la mayoría de los países citados se implementan paralelamente al avance del neoliberalismo. Al mismo tiempo, se desarrolla y avanza el debate curricular que ha signado la educación médica durante el siglo XX y el actual; centrado en cuestiones relativas a los avances científico tecnológicos, los perfiles educativos y la problemática de los sistemas de salud (Morales Castillo y Varela Ruiz, 2015).

En relación a las controversias, cabe destacar que inicialmente giraron sobre la condición epistemológico-conceptual de la comunicación poniendo en duda si podía constituirse como objeto de un proceso de enseñanza-aprendizaje. Superadas, pero con el impacto del legado que promovió concebirla como una “habilidad innata”, la discusión -aún vigente- se sitúa en el establecimiento de patrones de estandarización, en la indefinición intrínseca de las categorías que involucra el concepto y en las consecuencias de privilegiar paradigmas positivistas en la objetivación de la relación médico-paciente (Moore, Gómez y Kurtz, 2012; Hamui Sutton *et. al* 2015; Cléries Costa, 2010).

La coyuntura y las discusiones descritas merecen ser consideradas dado que revelan parte de una trama no exenta de contradicciones sobre el modo y los fundamentos que sostienen la incorporación de la comunicación y, consecuentemente, los tratamientos curriculares.

La propuesta: de objetivos, enfoques y convicciones

El presente trabajo se propone abordar de manera crítica, bajo el enfoque del análisis del discurso, parte de la trama signada por la coyuntura y los debates señalados anteriormente, en un contexto institucional particular: la carrera de medicina de la Universidad Nacional del Comahue (UNCo). En la misma, los contenidos de comunicación se incluyen explícitamente en el plan de estudios y en distintas asignaturas desde una amplitud y diversidad de concepciones que reflejan el escenario al que se ha hecho referencia. En ese sentido, la tesis se pregunta por los discursos que sostienen la inclusión de la comunicación en la carrera citada; interesándose particularmente por las significaciones que resultan dominantes y las que puedan resultar alternativas o marginales en la estabilización de un modo de comprender y proyectar la comunicación en la formación académica de médicos y consecuentemente, su impacto en la práctica profesional futura.

Considerando la propuesta de investigación, el objetivo general consiste en analizar los discursos que fundamentan y sostienen la incorporación curricular de la comunicación en la formación médica de grado en la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNCo, teniendo en cuenta la coyuntura de reformas en materia de Educación Superior en Argentina, desde la década

de 1990.

Entre los objetivos específicos se propone dilucidar el tratamiento de los contenidos de comunicación que circulan en documentos de relevancia institucional y curricular, así como también, realizar una descripción de las concepciones y los fundamentos que esgrimen actores referentes sobre la importancia de la comunicación en la formación médica. Finalmente, se apunta a caracterizar el perfil profesional que surge asociado a los discursos que fundamentan la incorporación de los contenidos aludidos.

Para tal fin, el análisis crítico del discurso –en adelante ACD- se asume como enfoque propicio, ya que considera al discurso como una forma de significar un particular ámbito de la práctica social que a la vez, resulta constitutivo de dicha práctica. Desde esta comprensión, que implica una dialéctica, el análisis se centra de modo particular en las relaciones entre lenguaje y poder (Wodak, 2003). Trabaja fundamentalmente sobre el poder y el control legitimado por los usos del lenguaje.

Bajo un abordaje cualitativo -que se centra en el enfoque descripto para lograr un ejercicio interpretativo y crítico de los discursos que se apunta a identificar y reconocer- se sustancia la investigación que se desarrolla en los capítulos subsiguientes.

Como corolario, vale destacar que la elaboración de esta tesis se fundamenta en la convicción que asume el reconocimiento de los discursos sobre los contenidos aludidos como una contribución al debate curricular, dado que aportará categorías tendientes a esclarecer creencias y concepciones que permanecen naturalizadas. Lecturas que resultan sustanciales para instancias de autoevaluación institucional.

Motivaciones: de búsquedas y experiencias sentidas

Esta tesis también es el resultado de una serie de reflexiones que fueron manifestándose a través de distintas motivaciones. Entre ellas, pueden reconocerse algunas de índole profesional que enlazan el rol docente en ejercicio y suscitan motivaciones epistemológicas relativas a las trayectorias de formación en el campo de la comunicación social y las Ciencias Sociales. Asimismo, surgen las personales que terminan imbricando las anteriores con la trayectoria vivida como usuaria-paciente y acompañante de pacientes en los servicios de salud.

Las primeras, centradas en inquietudes profesionales y de formación, pueden comprenderse a partir de la tarea docente desarrollada hasta la actualidad en la carrera de Medicina que se dicta en la UNCo. Reflejan búsquedas que intentan revelar qué se espera del campo de la comunicación. Qué se supone que debe desatar y generar en tanto contenido en una carrera que, si bien prioriza explícitamente el perfil generalista caracterizado por una comprensión humanística y social de la medicina, también se encuentra atravesada por una lógica paradigmática representada fundamentalmente por la hegemonía de la biomedicina y por una coyuntura político-institucional; ambas como cuestiones que funcionan de manera concatenada, tensionando dicho perfil.

Las mismas búsquedas y cuestionamientos conllevan un repliegue hacia la formación en el campo disciplinario de las Ciencias Sociales, suscitando a la vez interrogantes conocidos y recurrentes, propios del campo comunicacional, que se vuelven aún más urgentes ante la demanda de otros como es el caso del campo de la Educación Médica.

La ubicuidad como característica fundamental de su condición epistemológica -esa característica que hace que la comunicación sea determinante de todos los fenómenos, esté implicada en todas partes y a la vez en ninguna- se revela clave de una convocatoria profusa en la que se afirman elementos como autoevidentes pero cuyos resultados no están a la vista. Ante la amplitud y la impronta genérica que aporta el sentido práctico, la comunicación se postula a modo de recurso omnipresente que hay que “saber usar” y allí cabe todo: usos emancipadores, usos dominantes, usos estratégicos.

Un plan de estudios orientado hacia la medicina general y una cátedra que intenta construirse desde la interdisciplina, resultaron convocantes para ejercer la docencia en un ámbito que demostró interés “general” por la comunicación. Con el tiempo, pudo constatarse que la discusión epistemológica ligada a un ejercicio de auto-reflexividad sobre la práctica, se vuelve una tarea imprescindible, pasible de investigación, sobre todo cuando dicho interés se manifiesta desde la ubicuidad. En ese sentido, el enfoque discursivo resulta adecuado para cuestionar el sentido relativista y aséptico de la comunicación.

Las motivaciones de índole personal, se concentran en algunas sensaciones y percepciones que han quedado inscriptas a modo registro de la atención médica en los servicios de salud. En torno a dichas sensaciones y percepciones, se observa de manera significativa la función del silencio y la desinformación en las intervenciones clínicas, ya sean de baja o alta complejidad. Se advierte una aceptación tácita del silencio, se pide la palabra, se espera la información (muchas veces por largas horas), se pide disculpas por preguntar (“disculpe doctor”). Parecen conformarse como características instituidas de la clínica, naturalizadas e incuestionables.

Ante tal naturalización, la necesidad de saber, preguntar, expresar de las personas que padecen se configura como obstáculo. La experiencia y la observación indican -tanto a los que conocen sus derechos como pacientes como los que no- que el contacto mínimo o los intentos de diálogo son accesorios que generan trabas, inconvenientes al trabajo del equipo de intervención, no es parte del acto, no es parte de su trabajo, no corresponde.

Así como se siente el silencio, también se siente el peso de la palabra autorizada. El diagnóstico se erige verdad y los pacientes deben decidir que hacen con ella. En su calidad de acontecimiento comunicacional o ¿informativo?, la recepción del diagnóstico y el tratamiento implican pasar por el cuerpo dicha verdad; pasaje que habitualmente no se encuentra con la “objetividad” pregnante y distante de los conceptos y los argumentos que le dan sentido a los mismos. Y en esa tensión se desatan en la persona que padece angustias, miedos, rebeliones, disputas y otros tantos malestares. Todas estas sensaciones, sentimientos y acciones forman parte del diagnóstico y el tratamiento. No son “efectos colaterales”. Sin embargo, pareciera que en el devenir se pasa revista por ellos, aparecen externos, se

los particulariza e individualiza. Convertir en culpable o héroe de la enfermedad a las personas que padecen, es el real efecto colateral: “hizo las cosas bien”, “hizo las cosas mal”.

En la amalgama de todas estas búsquedas, sensaciones y percepciones se fueron gestando posicionamientos y líneas de indagación que han ido confirmando el interés y el deseo de desarrollar una investigación que tengan como principal eje la problematización de la comunicación en la formación de profesionales de la salud. El presente trabajo forma parte de la concreción de dichas iniciativas.

Capítulos: de recorridos propuestos

La tesis se estructura en seis capítulos que guardan relación con el tipo de investigación que se propone.

El primer capítulo se titula **“Comunicación en la formación médica: más allá de la relación médico-paciente. Innovaciones, herencias e interrogantes”**. Desarrolla un recorrido por los trabajos que pueden considerarse antecedentes del tema y del problema de investigación. Destaca la influencia de la relación médico-paciente en la formalización de los contenidos de comunicación y cómo las transformaciones sociales junto a una profunda revisión de la academia médica, han rebasado la misma en tanto fundamento estructurante de la inserción curricular. Se organiza en cinco apartados que dan cuenta de la producción de conocimiento desde una retrospectiva de las experiencias, casos e investigaciones indicando las cuestiones que han sido relevantes y las que se identifican como tensiones. El recorrido muestra los desarrollos que pueden considerarse iniciales, fundadores y un devenir en el que se da la incorporación formal de los contenidos de comunicación.

El segundo capítulo se ocupa de la construcción del objeto de investigación de la presente tesis. Su título, **“Los avatares de pensar una problemática de orden simbólico en el reino de la evidencia”**, revela la complejidad sentida y asumida de conjeturar un problema de investigación en un contexto institucional dominado por el paradigma biomédico. Este capítulo se divide en seis apartados que tratan acerca del carácter de demanda social y la relevancia que adquiere la comunicación en el proceso salud-enfermedad-atención y, a partir de dicha relevancia, su incidencia en el ámbito académico y en el contexto local, particularmente en la unidad de análisis que es objeto de la tesis: la carrera de Medicina de la UNCo. Asimismo, se explicitan las razones por las cuales se considera pertinente realizar la investigación desde el ACD como enfoque y las contribuciones que el mismo puede realizar a la discusión curricular. En este capítulo se plantea la estructura medular de la investigación. Establece la pregunta-problema y su inscripción en el marco de ciertas regularidades relevadas en la unidad de análisis que coinciden con investigaciones críticas desarrolladas en el ámbito educativo. A partir de la pregunta-problema, se plantean los objetivos de la investigación y finalmente algunos supuestos que guían la misma.

El tercer capítulo aborda la intersección de ejes teórico-conceptuales, enfoques y perspectivas que confluyen en la construcción del problema de investigación. Su título, **“Tramas disciplinarias e**

interdisciplinarias: recorridos, bifurcaciones y encuentros en la investigación social crítica", anticipa la aprehensión multidimensional y compleja que conlleva el problema; además del tipo de estudio propuesto. Consta de cinco apartados que toman los campos implicados en el problema, entre ellos la constitución disciplinar de la comunicación, objetos, teorías dominantes y desarrollos actuales. Luego, se presenta el vínculo comunicación-salud como campo de referencia epistémica del tema que se abordará. Más adelante, se introduce una breve presentación del enfoque de competencias en el marco de los estudios sobre currículum en Educación Superior. Asimismo, se presenta también como parte de los ejes teóricos, una revisión de los paradigmas que han signado los modelos de la Educación Médica y como han demarcado el campo. Finalmente, el capítulo culmina con la presentación del enfoque de ACD. Repasa su surgimiento, sus principales autores, los aportes claves para su desarrollo actual.

El cuarto capítulo, denominado **"Decisiones, elecciones y consideraciones teórico-metodológicas"**, explicita la estructuración metodológica que sustenta la investigación. Organiza y argumenta sobre las razones que justifican el tipo de investigación y el enfoque de análisis elegido sobre la construcción del problema, su impacto y las convicciones de la investigadora al respecto. Se divide en cinco apartados centrados en las definiciones y conceptos que hacen al diseño metodológico. En principio se define el enfoque, las categorías y elementos de análisis seleccionados para abordar la información obtenida. Más adelante, se explicita la delimitación de la unidad de análisis y el contexto histórico-institucional de la misma. Finalmente, presenta las técnicas de recopilación de datos, la constitución del corpus de análisis y la caracterización de los entrevistados.

El quinto capítulo se titula **"Análisis, desmontaje y apuntes para la discusión"**. Es un capítulo modular, que expone la dinámica analítica de manera progresiva y detallada. Se organiza en tres grandes apartados, divididos a su vez en base a la lógica que impone la configuración del corpus. El primero aborda el análisis del corpus documental; el segundo, el corpus obtenido de las entrevistas; y en el tercero, se presentan los resultados del análisis.

En el último y sexto capítulo, **"Algunas disquisiciones, cuestiones pendientes y lecciones aprendidas: notas por una praxis político-comunicacional en la formación médica"**, se desarrollan las conclusiones de la investigación. Se repasan los resultados surgidos del estudio llevado adelante en la unidad de análisis. Los mismos se desarrollan en función de las preguntas de investigación que estructuraron el proceso investigativo. Se destacan en esa dinámica, los discursos identificados, su caracterización y la imbricación consecuente en la proyección de los contenidos, su sostenimiento y construcción curricular. También se trabajan como conclusiones las fortalezas y los aspectos que se consideran pendientes y a la vez potenciadores de nuevas líneas de investigación en el marco de la problemática abordada. El capítulo enfatiza las nuevas lecturas y consideraciones que revela la investigación.

Capítulo 1

Estado de la cuestión: comunicación en la formación médica; más allá de la relación médico-paciente. Herencias, innovaciones e interrogantes.

El capítulo que se desarrolla a continuación concentra dos objetivos. En primer lugar, dar cuenta de la producción de conocimiento sobre la inclusión curricular de la comunicación en la formación médica de grado. Implica identificar las disciplinas y perspectivas que se han vinculado para abordar el tema, el carácter de los trabajos producidos y -de manera incipiente- visualizar las cuestiones que indican una cierta regularidad; a saber, el contexto de surgimiento y su incidencia en el mundo académico. En segundo lugar, se busca explicitar el tratamiento temático-discursivo que la inclusión curricular de la comunicación adquiere en la formación médica de grado. Es decir, en qué términos se define; qué argumentos avalan la inclusión, los cambios, aportes, aperturas y disputas que se evidencian en la producción de conocimiento acerca de la problemática. En suma, se apunta a identificar las condiciones de producción desde las cuales se presenta y se justifica a la comunicación como un contenido enfatizado como válido y necesario en la formación médica.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en buscadores digitales, a través de palabras claves “comunicación”, “formación médica”, “educación médica”, “comunicación en medicina”. Se organizaron distintas combinaciones de las mismas. También se consultaron artículos y capítulos de libros, tesis y ponencias presentadas en congresos que se encuentran en prensa o que circulan en bases de datos y portales de universidades que no fueron formalmente publicadas. Los recursos de búsqueda fueron portales especializados y bases de datos sobre medicina, salud pública y uno más general que contiene índices de artículos de ciencias y humanidades como también de tesis.¹ Más adelante, la búsqueda, se concentró en bibliotecas en línea especializadas en literatura científica sobre Ciencias Médicas y Ciencias Sociales y Salud.²

Cabe destacar que la indagación se materializó en dos etapas construidas a partir del propio proceso de estudio y de la relevancia que adquirieron en tanto orientadoras de la presente investigación. La primera -que excedió el marco de la presente tesis porque surgió como necesidad de la propia práctica docente académica con el objetivo de revisar, actualizar y complementar diseños de contenido- apuntó a relevar si efectivamente la inclusión de la comunicación podía confirmarse como tendencia generalizada. Es decir, como una orientación innovadora que comenzaba a mostrarse con regularidad en la curricula de grado de la formación médica. Se identificaron autores referentes, artículos sobre experiencias, artículos propositivos y propuestas instrumentadas en varios países de Latinoamérica y

¹ Se indagó en las bases de datos Intramed, Medline y Dialnet.

² Las consultadas fueron SciELO y Elseiver.

en Europa. Los artículos referenciados revelaron coincidencias en torno a concepciones de comunicación priorizadas y el tipo de asignaturas en las que se proponía como contenido.

Una vez confirmada la tendencia hacia la inclusión curricular de la comunicación, se advirtió también en los primeros trabajos encontrados, una ausencia significativa de discusiones sobre conceptos propios del campo comunicacional y de perspectivas de abordaje, apelando en cambio a concepciones relativas al sentido práctico o bien basadas en juicios de valor. La condición tácita de dichas concepciones, generalizadas en el marco de la coyuntura de política educativa, surgieron motivadoras para avanzar hacia la posibilidad de una investigación crítica.

Por lo expuesto, el segundo momento de la indagación se concentró en la búsqueda de artículos sobre alternativas de inclusión de la comunicación, debates sobre las concepciones y las transposiciones didácticas implicadas. Si bien se encontraron algunas publicaciones en esa línea, salvo un artículo de autoría personal que se encuentra reseñado en el apartado en curso, ninguno abordaba las temáticas señaladas desde el análisis del discurso.

Las lecturas y conclusiones preliminares de los momentos de búsqueda descriptos, brindaron razones suficientes para plantear una modalidad de investigación de impronta crítica sobre el tema.

En la exposición que sigue, pueden advertirse mayormente trabajos de carácter ensayístico que dan cuenta de una historización, presentación, análisis de experiencias y propuestas de articulación de contenido e inserción curricular. Son escasos los que reflejan un proceso de investigación sobre el tema, denotando así un área de vacancia tanto desde la educación médica -en tanto área de la educación superior- como desde las Ciencias Sociales y la comunicación en particular. Mostrando a su vez un campo aún inexplorado pero fecundo desde la investigación interdisciplinaria, específicamente en la interrelación comunicación, salud y educación superior.

La mayoría de los autores de los trabajos relevados son profesionales médicos que ejercen o han ejercido la docencia en carreras de medicina. En este sentido, se advierte el interés, la legitimidad y la confirmación de la tendencia en cuestión por parte del colectivo profesional-académico. No obstante, el tratamiento de la comunicación que surge de modo general en los artículos encontrados, no parte ni se posiciona desde perspectivas teóricas propias del campo de la comunicación, tal como fue destacado anteriormente. Tampoco refieren al campo de la comunicación y salud como referente epistémico a partir del cual proyectar la inserción. Muy pocos trabajos se permiten una indagación sobre la tendencia que vaya más allá de su fundamentación actitudinal o procedimental; los que la realizan, presentan balances y reflexiones sobre lo transitado que señalan tanto fortalezas como debilidades.

Además de los artículos, se consultaron tres tesis que profundizan desde distintas estrategias de investigación, la inclusión de la comunicación en la formación médica. Dos de las que abordan específicamente la temática proponen -desde diferentes perspectivas- jerarquizar la enseñanza de la comunicación en la formación médica, partiendo de la centralidad de la relación médico-paciente y dan un paso más al enfatizar las contribuciones que reportaría consecuentemente en la proyección y comprensión del vínculo sistema de salud-comunidad.

1.1 Los inicios: la impronta de la relación médico-paciente; insumos para el diagnóstico y la adherencia

Los trabajos que parten de una retrospectiva sobre las modalidades de implementación de la formación comunicacional en las carreras de medicina resaltan, entre los países pioneros, a los anglosajones. Destacan objetivos, funciones y el contexto en el que comienza a jerarquizarse formalmente la comunicación como contenido curricular. También exponen características sobre los distintos tipos de tratamientos curriculares que surgieron inicialmente.

En la década de 1970, Inglaterra, Estados Unidos y Canadá registran los primeros antecedentes respecto de la enseñanza de la comunicación en medicina (Cléries Costa, 2010). Estos países incorporaron el contenido en términos de “habilidades” que debían desarrollarse para alcanzar la meta de la “comunicación efectiva” en el contexto de la entrevista clínica. La enseñanza de la comunicación comenzó a definirse en torno a las características de la relación médico-paciente, circunscripta al momento de entrevista como el contexto de rigor en el que surge dicha relación. La efectividad se alcanza y determina en función del rendimiento clínico, en términos de precisión y adherencia al tratamiento prescripto.

Para la misma época todavía se consideraba en gran parte de la comunidad académica, que la comunicación era una habilidad innata, por lo tanto no se podía aprender y no había posibilidad de enseñarla. Los primeros intentos de introducir la enseñanza de la comunicación en la malla curricular de las escuelas de medicina fueron rechazados por la mayoría de los profesores clínicos (Moore *et al*, 2012).

En nuestro país, las primeras experiencias de formación en lo que se denominó “habilidades de comunicación” se desarrollaron en el marco de cátedras de psicología tales como Psicología Médica y Salud Mental, por lo que estuvieron fuertemente influenciadas por un encuadre propio del campo disciplinar homónimo. “Psicología Médica” refiere a la denominación original de la escuela francesa, para la disciplina que se ocupa de la relación médico-paciente y de los aspectos psicológicos de los pacientes con enfermedad médica. “Salud Mental” es una denominación posterior que se centra en la salud y la prevención, en lugar de hacerlo en la enfermedad (Vidal y Benito, 2007). La facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires incorporó curricularmente Psicología Médica para estudiantes de primero y tercer año en 1968. La asignatura sumaba contenidos que intentaban dar cuenta de los aspectos psicológicos en el marco de la relación médico-paciente, por lo que se trabajaba con dinámicas de grupos, juegos de roles y sobre todo se incluía la mirada biopsicosocial de los procesos salud-enfermedad (Vidal y Benito, 2007). Desde este enfoque, los antecedentes que se advierten en Argentina, reflejan un abordaje distinto al de los países pioneros. Un abordaje que se centraba en revisar desde una concepción holística el aspecto vincular de la relación médico-paciente.

Por otro lado, las carreras de medicina que se dictan en universidades chilenas, pueden considerarse precursoras de los modelos anglosajones basados en la efectividad. Se centraron en la búsqueda y definición de la misma en la comunicación médico-paciente. La “comunicación efectiva” se propone como una habilidad que debe y puede aprenderse fundamentalmente porque reporta logros en la relación y concretamente en la atención al paciente. Por lo tanto, los logros se presentan como objetivos o bien metas que guían la enseñanza; se los identifica, individualiza, se presentan sistematizados (Moore, Gómez, Kurtz y Vargas, 2010).

En la mayoría de los artículos que parten de un recorrido histórico sobre la inclusión de comunicación en la formación médica, se mencionan cambios en los modos de fundamentar y presentar su especificidad a partir de la década de 1990, transformaciones que se erigen en aras de la inclusión formal y regulada. La promoción de dichos cambios comenzó en países europeos y de América del Norte a través de conferencias que reunieron representantes de la educación médica mundial con el objetivo de iniciar un proceso de estandarización de la enseñanza de la comunicación en la formación médica. La creencia y convicción en la efectividad de la misma para la práctica clínica ganó terreno para su proyección curricular y, a través del Consenso de Toronto en 1991, quedaron establecidas a modo de directrices “las características de una buena comunicación médico-paciente”.

Entre la información relevante, se destacaron las deficiencias más importantes que ocurrían en la práctica clínica y los métodos de enseñanza recomendados. Se afirmaba que la comunicación clínica podía ser enseñada y evaluada (Ruiz Moral, 2003; Hamui Sutton et al, 2015). Del encuentro de Toronto, surgieron nuevos interrogantes que resultaron significativos y a la vez complejizaron el establecimiento de premisas y patrones de estandarización para la enseñanza de la comunicación en medicina. “Se evidenciaron las limitaciones de las recomendaciones pragmáticas centradas en el paradigma biomédico y utilitarista” (Hamui Sutton et. al, 2015, p.19).

En 1999 vuelve a celebrarse en Kalamazoo, Michigan, un encuentro de líderes en educación médica con el objetivo de delimitar un conjunto coherente de elementos esenciales de la comunicación médico-paciente para facilitar su desarrollo, implementación y evaluación. Se identificaron siete fases esenciales de la tarea de la comunicación: construir la relación médico-paciente, abrir la discusión, obtener información, comprender la perspectiva del paciente, compartir información, llegar a un acuerdo sobre los problemas y planes y efectuar el cierre. Estas siete fases se tomaron como referencia para diseñar guías; de hecho la reconocida Guía Calgary Cambridge-Guía CC se basa en las mismas. Entre las conclusiones de Kalamazoo, se destaca la afirmación de la eficacia y la terapéutica para calificar la relación médico-paciente desde la comunicación. Además, se recomendó enfocar el vínculo en el paciente resaltando tanto la enfermedad como su experiencia (Hamui Sutton et. al, 2015).

Resulta útil reseñar los encuentros que se realizaron en el nuevo milenio, ya que se concentraron en proyectar el contenido en función de su evaluación en los programas de acreditación de residencias y certificación médica, por lo que de manera enfática se proyecta la comunicación como habilidad y competencia. De todas maneras, quedaron por definir aspectos que hacen a la competencia

comunicacional, tales como el profesionalismo, la integridad y el respeto por considerarlos de difícil medición (Hamui Sutton et. al, 2015).

A propósito, los términos “habilidades” y “competencias” resultan claves para la formalización del contenido porque suponen una posibilidad de medición y estandarización, razón por la cual también se avanza en formular los mismos apuntando expresamente a evaluaciones y acreditaciones. En los artículos que se reseñan más adelante, las referencias a “habilidades y competencias” toman cada vez más relevancia. Los conceptos y perspectivas de educación superior en los que se sustenta el “Enfoque de competencias” serán desarrollados en el capítulo sobre los ejes teórico-conceptuales que confluyen en el problema de investigación.

La tesis de la Doctora María del Carmen Vidal y Benito (2010) –titulada “*La relación médico paciente y las habilidades comunicacionales en la carrera de Medicina. Una propuesta de enseñanza*”- presentada para alcanzar el grado de magister en Educación Médica por la Universidad Nacional de Tucumán, desarrolla un profuso estudio sobre los modos en que se ha comprendido histórica y pedagógicamente la relación médico-paciente y refiere a las habilidades y competencias comunicacionales en la academia médica. Destaca que el interés demostrado por el mundo académico sobre las humanidades médicas y la relación médico-paciente, surge renovado a partir de la segunda mitad del siglo XX como consecuencia de la crisis del paradigma sobre el cual se asienta la medicina alopática. La autora repara también en los cambios producidos en la organización asistencial, la seguridad social y la medicina prepaga. A este escenario, agrega datos que relacionan una comunicación deficitaria en el marco del vínculo médico-paciente con situaciones conflictivas que llevan a la implementación de quejas formales o juicios por mala praxis.

Hasta aquí puede advertirse que las primeras experiencias -intentos de inserción curricular y los encuentros y conferencias reseñados- fundamentan y legitiman la enseñanza de la comunicación desde la efectividad, individualizando modos, etapas, prioridades. En ese sentido, comenzó a producirse un tipo de literatura centrada en la evidencia que repara, primordialmente, en cómo conseguir que la entrevista se desarrolle exitosamente de manera tal que puedan lograrse resultados como precisión diagnóstica, adherencia, reducción de reclamos por parte de los pacientes (litigios), reducción de reclamos para un arbitraje médico, mejora en los resultados finales del paciente, satisfacción del profesional en su labor diaria, disminución del error médico, entre otros (Petra-Micú, 2012; Alves de Lima, 2003; Moore et al., 2010).

El recorrido por los trabajos, las experiencias y los postulados considerados fundantes de la tematización, la postulación y el tratamiento de la comunicación en la formación médica dan cuenta de un registro inicial que concibe a la comunicación como una habilidad sumamente necesaria para la relación médico-paciente, que puede y debe enseñarse, aunque se reconoce que ha sido materia de debate y discusión postularla como contenido programático. Proyectada como habilidad, encuentra sustento en la “comunicación efectiva” que se fundamenta validada por la evidencia y surge también

como garantía de reducción de litigios. A propósito es significativo destacar que Estados Unidos, uno de los países pioneros en el que se registran los primeros antecedentes de enseñanza, es también sindicado como país en el que se sucedieron y crecieron sistemáticamente a partir de la década de 1970 los juicios por responsabilidad profesional médica, comúnmente denominados juicios por “mala praxis” (Verger, s/f).

Finalmente, puede advertirse -de manera incipiente- la afirmación de la comunicación como un contenido procedimental, ya que se define desde la consecución de acciones para el logro de metas en el marco de la entrevista. Desde lo procedimental, se sustenta también una transposición del contenido a través de tablas y guías, homologándose a cualquier tipo de guía de práctica clínica.

1.2 Avances: experiencias y propuestas de encuadre curricular: entre la clínica efectiva y la ética utilitaria

Por otro lado, cabe destacar en los trabajos ya citados y en los nuevos que se suman a este recorrido, propuestas sobre la manera en que se incluye o debe incluirse la comunicación en planes de estudio; ya sea a través de estudios de tipo descriptivo, experiencias que explicitan el tratamiento de manera programática o bien a través de casos que relatan cambios y reformas curriculares. Se tematiza la comunicación en términos de habilidad, destreza y, abiertamente ya, como competencia. También surge como un contenido conceptual que debe ser profundizado en función de su inclusión pedagógico-curricular. Vidal y Benito destaca que

“a medida que la preocupación por la pérdida del humanismo en el ejercicio de la profesión se ha incrementado, resurge el interés por la relación médico-paciente y aparecen intentos de enseñanza sistematizada de actitudes éticas y de las habilidades de la comunicación que se ejercen en la entrevista clínica. Las habilidades comunicacionales en realidad, son una parte de la competencia comunicacional que a su vez es un aspecto de la competencia clínica” (Vidal y Benito, 2010, p.26).

Por su parte, Alonso González y colaboradores (Alonso Gonzáles y Kraftchenko Beoto, 2003; Alonso González, 2007; Alonso González, Ruiz Hernández y Alonso, 2011; Alonso González, Ruiz Hernández y Alonso, 2012), tomando como caso la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas (Cuba), confirma la tendencia que anuncia Vidal y Benito (2010). Los estudios citados postulan la comunicación médico-paciente como principio estructurante de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. En función de dicho postulado se realizan estudios descriptivos desde los que se propone revisar los aspectos del proceso de enseñanza aprendizaje que contribuyan a potenciar dicha formación para alcanzar una “adecuada comunicación médico-paciente” (Alonso González, 2007). Los resultados son retomados para publicar posteriormente, artículos de carácter ensayístico-argumentativo desde los que explicitan las prioridades que deben desarrollarse y/o potenciarse para la formación ético-profesional de cara a un enfoque de atención humanista.

En los estudios descriptivos, se indagan percepciones y valoraciones de docentes y estudiantes en el dominio relacional (docente-estudiante, docente-docente y estudiantes-estudiantes), en la planificación de las actividades docentes y en las prácticas de estudiantes con pacientes. En todos los trabajos publicados por Alonso y colaboradores, se advierte la búsqueda de una perspectiva desde la cual proyectar un concepto de comunicación y proponer categorías. Así es como acude a la “psicología marxista” para conceptualizar la comunicación como un proceso. Considera tres funciones de la comunicación: informativa, regulativa y afectiva. Se enfatiza la función afectiva, considerada como la que sustancia la comprensión mutua, la aceptación del otro y la interpretación de su conducta y características. Cabe destacar la alusión al debate histórico en el seno de la academia médica acerca de si dichas funciones deben y pueden “enseñarse” o forman parte de la personalidad (Alonso González et al., 2012). La mención a este debate puede leerse en el marco de las búsquedas epistémicas aludidas y como llamado de atención sobre la necesidad de posicionar a la academia cubana sobre una modalidad de enseñanza de estas habilidades que trascienda la discusión citada.

De los resultados de las investigaciones cubanas pueden considerarse algunas conclusiones reveladoras: en cuanto a la percepción de los estudiantes acerca del cumplimiento de las funciones de la comunicación en la relación de sus docentes (médicos) con pacientes, coinciden en que la función afectiva no es la estructurante en dicha relación. Por otro lado, la percepción que tienen los docentes del cumplimiento de las funciones de la comunicación según el desarrollo de las habilidades comunicativas en los estudiantes, no se presenta como una tendencia favorable (Alonso González et al., 2012).

Si bien los aspectos reseñados sobre las investigaciones del equipo cubano plantean la incidencia de la función afectiva en los procesos de enseñanza aprendizaje, contribuyendo a pensar el tema que se plantea esta tesis, omiten la discusión que conlleva la inclusión curricular de la comunicación desde la función afectiva que resulta jerarquizada.

Por su parte, Alves de Lima (2003) también considera las “habilidades comunicacionales” en el marco de la competencia clínica. Afirma que es una de las cuatro habilidades básicas que hacen a la misma, junto a la resolución de problemas, el conocimiento y el examen físico. Destaca que pueden enseñarse y aprenderse y parte de conceptualizar la entrevista como el momento en el que se evidencia la comunicación. Explicita una mirada crítica sobre la manera de concebir la entrevista por parte del profesional.

“Existe un concepto de entrevista centrada o dirigida por el médico cuyo objetivo fundamental es la recopilación de datos clínicos sin tener en cuenta las expresiones del paciente. Los médicos raramente permiten a sus pacientes expresar libremente sus ideas, es más, mayormente inhiben que lo hagan” (Alves de Lima, 2003, p.19).

En función de las debilidades y carencias que advierte en la entrevista, llama la atención también sobre las consecuencias que trae aparejadas sobre todo en relación a las demandas legales.

Por lo expuesto, el autor enfatiza la necesidad de concebir el aprendizaje de habilidades formalmente y no dejarlo librado a la experiencia sistematizada sobre la base de procedimientos modélicos. Propone una estructura de entrevista para la enseñanza de la habilidad comunicacional. Recurre al formato de la guía de Calgary Cambridge, herramienta que fue sistematizada sobre las conclusiones del consenso de Kalamazoo y legitimada por su uso en una decena de países, en varios niveles de educación médica. Divide la entrevista en cinco momentos centrales de los que se derivan aspectos a tener en cuenta dentro de cada uno: 1. Inicio de la sesión: 1.1 Preparación 1.2 Establecimiento del contacto inicial 1.3 Identificación de motivo de consulta 2. Recabando información: 2.1 Exploración de problemas 2.2 Comprendiendo la perspectiva del paciente 2.3 Generando una estructura a la consulta 3. Construyendo la relación 3.1 Creando la relación 3.2 Involucrando al paciente 4. Explicaciones y plan de acción 4.1 Proveyendo el tipo y la cantidad adecuada de información 4.2 Ayudando a la comprensión del problema 4.3 Incorporando la perspectiva del paciente 4.4 Opciones de explicación y planificación 5. Cerrando la sesión 5.1 Hacer un resumen final 5.2 Acuerde los pasos a seguir 5.3 Establezca planes de contingencia 5.4 Chequeo final. Algunos de los aspectos enunciados por Alves de Lima (2003) se proyectan como instrucciones. Otros, como el que aborda la comprensión de la perspectiva del paciente, se problematiza sobre todo a partir de la dimensión cultural. Por último, advierte sobre el poco desarrollo de esta habilidad en la formación de grado y pos-grado.

En cuanto a los artículos relevados sobre casos y experiencias de inclusión curricular, la comunicación se presenta formalmente como área, disciplina transversal, se propone como contenido en una o varias asignaturas, o bien en cursos específicos.

Rosselot (2003) destaca el caso de la Universidad de Chile, institución en la que él mismo ejerce. Señala la formalización del área de comunicación, a través del establecimiento de una asignatura “para el desarrollo de contenidos y destrezas específicas y actividades integradas en diferentes experiencias, disciplinas y niveles, para su aplicación en un proceso continuo, interactivo y personalizado” (Rosselot, 2003, p.336). El autor enfatiza sobre la necesidad de una comunicación centrada en la empatía “para obtener efectiva sintonía clínica y reivindicar esta aproximación frente al abuso tecnológico, el abordaje impersonal de los problemas y la actitud prescindente de compromiso” (Rosselot, 2003, p.336). En ese sentido, reconoce y destaca que la insatisfacción con la práctica médica muchas veces deriva sustancialmente de problemas en la comunicación y que éstos tienen impacto en la calidad de la atención.

El mismo autor apela a la evidencia sobre los beneficios de las habilidades y destrezas comunicacionales en el proceso de diagnóstico y tratamiento, tanto para el paciente como para el médico. Por el lado del paciente, destaca “la confianza y motivación para participar y cooperar”, “la negociación y decisiones con mejores alternativas según sus valores y preferencias” (Rosselot, 2003, p.337). Con respecto al profesional, subraya que el desarrollo de dichas habilidades y destrezas aumentan la competencia y seguridad clínica y genera un mayor nivel de satisfacción. Reduce la

deserción de los pacientes, tiene efectos beneficiosos sobre la salud física y mental, contribuye a prevenir, resolver conflictos y demandas médicas, además de disminuir el *stress* y el *burnout*.

En línea con la fundamentación y los argumentos del médico-docente que presenta el caso de la Universidad de Chile, cabe señalar la experiencia de otra universidad en el mismo país: la Pontificia Universidad Católica, institución que incorporó unos años antes “la enseñanza formal de habilidades comunicacionales” (Moore et al., 2012). Los autores se concentran en mostrar la especificidad que implica la enseñanza de la comunicación en medicina. En ese sentido, consideran la comunicación como algo innato a la esencia humana, entonces su aprendizaje se propone desde diferentes niveles y grados de adaptación a la relación médico-paciente. Por otro lado, alegan que tampoco es una competencia a la que se le pueda poner un límite, un techo, “no se llega a ser experto en comunicación, nadie podrá decir, ‘lo sé todo’” (Moore et al., 2012, p.360).

Relatan la implementación a través de cursos en tercero, cuarto, sexto y séptimo año, con contenidos que van desde lo más simple a lo más complejo, centrados específicamente en la entrevista. Trabajan con pacientes simulados en tercero y en cuarto, ya con pacientes reales. Por otro lado, destacan y valoran el formato de trabajo en pequeños grupos y centran la dinámica de los cursos en la observación estructurada de entrevistas entre pares. Entre los desafíos pendientes, subrayan el desarrollo de una pauta que permita medir habilidades “efectivas”, la motivación hacia los docentes clínicos para capacitarse en comunicación y la implementación de estudios cualitativos que permitan ampliar la lectura del impacto de la enseñanza en comunicación tanto en estudiantes como en docentes (Moore et al., 2012).

El trabajo de Villegas Múnera, Arango Rave y Aguirre Muñoz (2007) relata el caso de la Universidad de Antioquia en Colombia, que entre los años 2000 y 2005 comenzó a instrumentar una renovación curricular. El plan de estudios se organizó por áreas problemáticas en lugar de disciplinas y el programa incluyó nuevos saberes tales como la informática médica, el análisis de la sexualidad humana y la comunicación, entre los principales. En la experiencia colombiana, la comunicación se propone como “área” formalizada en dos materias (Comunicación I y II) que aborda desde las competencias de lecto-escritura, pasando por las relaciones con el paciente, hasta llegar a su introducción en teorías y técnicas de grupos para facilitar acciones de promoción de la salud y prevención. Además, se vincula con el área de “adolescencia” que se encuentra en el ciclo denominado “Profesionalización”.

Cabe considerar como un avance la inclusión curricular en tanto “área”, que se realiza e implementa a partir de la renovación que presenta el caso colombiano. Las posibilidades de profundizar y problematizar el contenido a través de la postulación de un área disciplinar correlativa implica poder avanzar hacia una construcción interdisciplinaria que trascienda las asignaturas y permita construir contenidos de comunicación acordes a problemas y temas sentidos en la formación médica.

El trabajo de Albardonado y Cuberli (2009) toma la experiencia curricular de una asignatura que forma parte del ciclo introductorio de la carrera de medicina de la UNCo en Argentina, carrera que

se aborda en la presente tesis. Desde una perspectiva de investigación cualitativa que combina, análisis de documentos, encuestas y cuestionarios auto-administrados, el artículo tiene por objetivo mostrar la construcción curricular y el proceso de enseñanza aprendizaje que se procura y surge al involucrar los contenidos de comunicación. La asignatura denominada “Introducción al estudio de la medicina” (IEM)³ incorpora contenidos de comunicación desde que comenzó su dictado en el año 2006.

Se advierte que la mayoría de las concepciones previas de los estudiantes refieren una comprensión relacional y procesual de la comunicación, lo que se subraya como potencial para resignificar las creencias vinculadas con la relación médico-paciente en estudiantes que inician su aproximación al estudio de la medicina. Las opiniones de docentes integrantes de la cátedra, en relación a la proyección curricular de los contenidos de comunicación, privilegian concepciones intersubjetivas. Por último, se recomienda profundizar y formalizar una concepción de la comunicación como proceso social y jerarquizar curricularmente la relación comunicación -salud para fortalecer el perfil del médico con orientación general, que es el que propugna el plan de estudios de la carrera.

En los artículos reseñados -tanto los elaborados en base a investigaciones como en los que abordan propuestas, casos y experiencias- la inclusión de la comunicación se propone en el marco de procesos de innovación y revisión de contenido curricular. Procesos que, en algunos casos, se ciñen exclusivamente a prescripciones curriculares y de conformación de perfiles de acuerdo a la tendencia y los cánones establecidos en lo académico-profesional, a partir de las conferencias y documentos europeos de circulación internacional producidos en la década de 1990. En otros se busca ir más allá, reformulando contenidos ya incluidos, iniciando indagaciones que permitan incorporar perspectivas interdisciplinarias para proyectar la comunicación.

No obstante, todos los trabajos abren la posibilidad de comenzar a instalar una revisión profunda de la formación médica, sobre todo en lo que respecta al dominio vincular significado en la relación médico-paciente y, particularmente, sobre la comunicación en dicho dominio.

1.3 Balances y coyunturas: voces críticas

Varios de los trabajos en los que se ha encontrado como denominador común una mirada crítica o bien replanteos sobre el modo en que hasta la actualidad se ha proyectado e implementado la tendencia en cuestión, se remiten a contextos y/o coyunturas que producen una regulación en los contenidos de comunicación en la formación académica de médicos.

Tal como se desarrolló en la primera sección de este capítulo, es dable trazar cierta continuidad en relación a la manera en que el contenido se presenta y debate formalmente, en convenciones, documentos y conferencias internacionales. Debe recordarse que este proceso se inicia en Europa con el Consenso de Toronto en 1991, tiene como correlato un incipiente proceso de estandarización en Kalamazoo y se consolida en Kalamazoo II, reunión en la que se establece su evaluación en acreditación

³La misma asignatura, a través de su programa, es objeto de análisis en la presente tesis.

de residencias y certificaciones médicas. Es en aquel momento donde puede rastrearse un principio de ordenamiento formal de los contenidos de comunicación en el currículum médico. Se transforman en una competencia que se espera que el estudiante adquiera y constituya su ser profesional. A tal ordenamiento, le siguen implicancias determinantes a saber: que la enseñanza de tales habilidades es obligatoria; que la adquisición de tales competencias debe estar al menos explicitada en los planes de estudio; o bien en la documentación institucional pertinente a la descripción de los contenidos de las carreras de medicina.

Lo expuesto constituye a todas miras un basamento, un umbral que asegura y legitima la inclusión curricular de la comunicación en la formación académica de médicos. Sale formalmente del currículum oculto, de lo exclusivamente actitudinal para formar y tomar parte de las competencias, identificándose ahora también con procedimientos. Por lo que cabe destacar que la legitimación, a través del enfoque de competencias, no implica una discusión conceptual ni opciones por perspectivas de comunicación acordes a perfiles de formación.

En función de la operación de legitimación producida, puede advertirse un proceso regulatorio que continua hasta la actualidad tanto en Europa como en Latinoamérica en el que intervienen actores tales como Asociaciones de Profesionales, Asociaciones de facultades, Entidades gubernamentales con injerencia en las políticas educativas, entre otros. Un proceso de marchas y contramarchas en el que se advierten debates inacabados y limitaciones por parte del colectivo profesional-académico para dar cuenta de la complejidad constitutiva de la comunicación y las implicancias que dicha característica conlleva para su inclusión en la academia médica. Al respecto, Hamui Sutton et al. señalan que

“a pesar de que los médicos expertos reunidos en diversos ejercicios para llegar a consensos fueron capaces de enunciar aspectos psico-sociales que influyen en la comunicación médico-paciente, no avanzaron en su desarrollo, sus recomendaciones muestran una visión prescriptiva y generalizable no reflexiva en la construcción del vínculo interpersonal” (Hamui Sutton et al., 2015, p.20).

Cabe destacar que las reuniones y encuentros que propiciaron consensos y el proceso regulatorio citado, coinciden tanto en Europa como en Latinoamérica con procesos de reforma en las políticas de educación superior.

En España, la comunicación también se ha formalizado como un contenido básico sobre el telón de fondo de las reformas citadas. A propósito Borrel-Carrió et al. (2012) afirman que la comunicación ha sido reconocida en los planes de estudio de carreras de medicina con el impulso del llamado “Plan Bolonia”, el proceso de reforma de la educación superior europea que comenzó en 1999. En el marco de dicho proceso, las carreras de medicina -entre otras carreras reguladas por el Estado por considerarlas relativas a la salud y el bienestar común- se organizan a través de un sistema de créditos. Para el grado académico de medicina, en España se estipulan 360 créditos. Los autores citados toman el caso de la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona, en cuyo plan de estudios se incorpora -a partir de

2009- la enseñanza de la comunicación en materias clínicas y preclínicas, contabilizando entre tres y seis créditos europeos. En dicha experiencia, se postula como una “competencia transversal” cuyos contenidos se suman a diferentes asignaturas clínicas a lo largo del curriculum “y cada asignatura los valora como una de las competencias transversales que enseña” (Borrel-Carrió et al., 2012, p.197).

El plan de estudios adecuado a la incorporación de dichas competencias, apunta a “mejorar” las habilidades comunicativas no sólo en el ámbito de la atención médica (comunicación-médico-paciente-familia) sino también en el ámbito del trabajo en equipo (comunicación con y entre profesionales); además se suma la comunicación con los medios y la sociedad (Borrel-Carrió et al., 2012). El diseño aplicado responde a las consideraciones más significativas consensuadas en Europa en las reuniones Kalamazoo I y II, respecto de la enseñanza de la comunicación en la formación médica. Entre ellas, se destaca el profesionalismo y la práctica reflexiva. Del proceso de adecuación, señalan como debilidad la diversidad y las diferencias de conocimientos y actitudes por parte de los docentes encargados de impartir los contenidos en las materias clínicas. Entre las conclusiones de la experiencia que relata el artículo, advierten sobre la importancia de jerarquizar la comunicación en el plan de estudios desde una concepción que vaya más allá de la mera transmisión de información. Alertan sobre las consecuencias de una concepción estrictamente informacional, que obstaculiza la visión compleja y contextual del ser humano ante los procesos de salud-enfermedad (Borrel-Carrió et al., 2012).

En Argentina, Vidal y Benito (2007) destaca que el proceso de acreditación de las carreras de medicina que comenzó en el país en 1999, contribuyó a incorporar y legitimó la dimensión comunicacional a nivel curricular, postulándola no sólo en términos de habilidades sino también como una “competencia”.

Una posible lectura crítica sobre la incorporación y consecuente legitimación en Argentina puede hallarse en un artículo publicado por Albardonedo (2015). El trabajo puede considerarse como un primer acercamiento a la propuesta de la presente tesis, ya que aborda el tema en la carrera de Medicina de la UNCo, desde la perspectiva del ACD. La coyuntura de reformas de la Educación Superior en Argentina se considera en tanto contexto de producción en el que se identifica y al mismo tiempo se re-construye un orden discursivo. Se sostiene que dicho orden en relación dialéctica con la regulación producida por las reformas, comienza a incluir lógicas que pertenecen al dominio del Estado y el mercado; enlazando fuertemente la racionalidad científica con la racionalidad económica. A modo de investigación exploratoria, se aborda un corpus que incluye un documento normativo y plan de estudios,⁴ a través de categorías propias del marco analítico: intertextualidad, lexicalización (*wording*) y modalidades. Se apunta a indagar sobre la generación, circulación, adecuación y re-adecuación de las concepciones y contenidos de comunicación en términos discursivos.

Entre las conclusiones se destacan, tanto en la normativa como en el plan de estudios analizado, concepciones funcionales, efectistas y conductistas de la comunicación. Si bien se alude a la

⁴ Documentos que también forman parte del corpus de la presente tesis.

comunicación como “técnica”, “estrategia” y “proceso”, se advierte la configuración de un orden discursivo subordinado al enfoque de competencias para el tratamiento de la comunicación. Se enfatiza que si bien aporta a lo actitudinal, “refuerza un emisor indiscutido: el médico” (Albardonedo, 2015, p.67). Sin embargo, considera la posibilidad de tratamientos y propuestas basadas en concepciones culturales y críticas en las distintas asignaturas de acuerdo a la perspectiva de “core curriculum” considerada en la normativa.

El trabajo de Cavalcanti de Aguiar (2014) muestra cómo se instituye el contenido en un contexto determinado. Desde el 2001, en Brasil la comunicación se postula como parte de las Competencias Generales establecidas por el Ministerio de Educación en el marco de las Directrices Curriculares Nacionales para carreras de grado de formación en salud. Al igual que en el caso de Argentina, deviene en un contenido regulado que se establece y formaliza a partir de reformas en la educación superior. La autora indaga sobre las modalidades de enseñanza de la comunicación en la formación de profesionales de la salud, específicamente en las carreras de medicina y enfermería luego de la aprobación de las Directrices Curriculares Nacionales. Se propone revisar la influencia que han tenido las mismas en la enseñanza de la comunicación. Considera que si bien la regulación establecida promovió estrategias innovadoras, se vuelve necesario el análisis crítico de dichas iniciativas para esclarecer los sentidos atribuidos a la enseñanza de la comunicación en dicha coyuntura.

La investigación se sustancia a través del análisis de contenido y temático. Trabaja sobre un corpus de diecisiete artículos que describen experiencias de formación en comunicación en carreras de medicina y enfermería. A través de la lectura y la categorización del corpus, surgieron temas que aportan información sobre los usos y sentidos de la comunicación en la enseñanza de las profesiones sanitarias sindicadas. Los temas más frecuentemente citados por orden de prioridad fueron: comunicación como habilidad, actitud e instrumento; la comunicación contextualizada de acuerdo a las percepciones del paciente, del estudiante y del profesional; comunicación en la relación profesional de la salud- paciente; la comunicación no verbal; la comunicación interpersonal y dialógica. Las conclusiones del análisis destacan que si bien la comunicación como contenido es actualmente valorada en la formación de profesionales de la salud no se profundiza en sus posibilidades, carece de un enfoque crítico, no se utilizan autores propios del campo de la comunicación y prevalece una concepción instrumental, informativa, que apunta mayoritariamente al cambio de conductas.

Los trabajos que referencian contextos y coyunturas de reformas en la educación superior coinciden en asignarle una importancia significativa, reparando fundamentalmente en el proceso de legitimación académica que han posibilitado las mismas en relación a los contenidos citados. Al mismo tiempo, capitalizan críticamente la legitimación de la tendencia a la inclusión de la comunicación en la formación médica a través de interrogantes y el planteamiento de disputas sobre los sentidos establecidos alrededor del carácter innovador, efectivo y funcional de la misma. Subrayan la necesidad de abordajes con mayor rigurosidad disciplinaria, más comprometidos con concepciones dialógicas y

culturales. Suman a la lectura crítica, la pregunta por la incidencia de dichos contenidos en los perfiles profesionales y la relación de los mismos con el sistema de salud y las comunidades.

1.4 Propuestas y miradas superadoras: voces críticas II

Los estudios que se tratan a continuación, proponen búsquedas que van más allá de la tendencia legitimada y regulada desde la que se proyecta la comunicación como competencia. Asumen la complejidad como dimensión, presente tanto en los escenarios de salud como en la comunicación como proceso social.

La tesina de Petracca (2013) aborda la problemática sobre la integración curricular de las humanidades en la carrera de Medicina y aunque no se detiene específicamente en la enseñanza de la comunicación, sienta un precedente para comprender las representaciones dominantes sobre contenidos humanísticos y sociales en la academia médica. Analiza las representaciones y prácticas de los estudiantes y de los docentes de quinto año de la carrera de Medicina sobre los contenidos y conceptos que integran la materia Ciencias Humanas, que se dicta en el Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires (Argentina). Los resultados de la investigación revelan la manifestación de ciertas tensiones entre dos dominios distintos del “saber”: el “científico” y el “humanista”. Tensiones que se advierten en la forma que los alumnos y los docentes significan la asignatura. Se observa en los estudiantes una tendencia a desvalorizar la misma, argumentando su “poca utilidad”, además de cuestionar constantemente sus métodos, contenidos y propuestas pedagógicas.

En las consideraciones finales, se menciona como dificultad el hecho de formular los contenidos en torno a una reflexión sobre la profesión, que implica para los alumnos proyectarse en una situación en la cual aún no se encuentran. Por último, alude a la legitimidad histórica de la biomedicina y cómo la misma moldea y afirma el habitus médico de los estudiantes de Medicina, a través del cual reproducen modos de percibir y posicionamientos ligados a la configuración teórica de las ciencias denominadas “duras” (Petracca, 2013). Finalmente, apuesta a una mayor integración curricular de las humanidades médicas en los ámbitos de transmisión de los contenidos biomédicos para proyectar así un acercamiento más concreto a la práctica profesional

El referente español Cléries Costa (2010) considera a la comunicación como una dimensión de la competencia de todas las profesiones sanitarias, susceptible de enseñarse, aprenderse y evaluarse. Propone una revisión de los fundamentos epistemológicos del campo comunicacional para el estudio y evaluación de competencias de comunicación en la formación profesional de carreras sanitarias. Subraya la necesidad de pensar la complejidad de los escenarios de salud y en función de esto repensar las habilidades comunicacionales necesarias en los abordajes.

“La enseñanza y la evaluación de comunicación en el ámbito de la salud tienen aún un amplio recorrido al tener que generar alternativas acordes con las características de la interrelación que se da en la comunicación asistencial. Así, por ejemplo, es cuestionable

el acercamiento ontológico y epistemológico con el que se ha venido abordando la evaluación de la comunicación médico-paciente, basado en un paradigma positivista que pretende explicar, controlar y predecir, desde la atalaya privilegiada de los expertos y en aras de la objetividad, algo tan complejo como las relaciones interpersonales” (Cléries Costa, 2010, p.29).

Por último, señala la predominancia de concepciones instrumentales y lineales frente a concepciones relacionales y propone partir de las últimas para la formación de profesionales de la salud. Destaca la necesidad de abordar la comunicación en la formación de profesionales de la salud desde un paradigma interpretativo.

La tesis de Francisco Bohórquez (citado en Trigo Aza, 2013), desarrollada en el contexto de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca (Colombia), se presenta como una “búsqueda ontológica, epistémico-metodológica y pedagógica que explora los aportes de la comunicación interpersonal al campo de la educación médica tomando como eje de indagación, fundamentación y creación, la intersubjetividad creadora” (citado en Trigo Aza, 2013, p.35).⁵

Parte de concebir la comunicación y la formación desde la complejidad. Se sitúa desde el paradigma homónimo para proyectar el tipo de investigación que llevará adelante. La categoría “comunicación” es propuesta como un punto de llegada luego de un largo trayecto metodológico desde el que el autor analiza y reconstruye los sentidos y significados circulantes y producidos en encuentros pedagógicos y clínicos entre docentes, estudiantes y pacientes. En dicho trayecto, traza una búsqueda profusa y abarcadora que apunta a explicitar las contribuciones de la comunicación a la formación médica. Opta por distanciarse de las concepciones reduccionistas; toma, en cambio, las perspectivas teóricas que le permiten postularla como proceso.

Finalmente, el autor explicita una categoría a la que arriba, la “comunicación vital”. Una categoría que el autor advierte en los testimonios de los estudiantes y en el curso de la investigación adquiere sustento y contenido teórico a través de los aportes de Robert Craigh. Propone dicha concepción como contenido formativo que debe erigirse para procurar autonomía en los vínculos, reflexión y conocimiento crítico en las prácticas profesionales.

En línea con la revisión epistémica sobre la comunicación enfocada a la formación médica que realiza Bohorquez, vale la pena citar el artículo de Aguirre Raya (2005). Si bien esta autora cubana inscribe su trabajo en la formación académica de enfermería, aporta una referencia sustancial para construir un concepto genérico de competencia comunicacional adecuada a la formación académica de

⁵Es pertinente destacar que las referencias a la tesis de Bohórquez, no han sido relevadas del documento original de la misma sino de una compilación de investigaciones cualitativas que se destacan por las estrategias creativas implicada en la definición epistémica de sus objeto/ problema de investigación. El libro advierte en su introducción que los procesos metodológicos no han sido modificados y que sólo se ha editado formato y capítulos en función de la edición del libro. En el caso de la tesis citada, se presentan los capítulos: “Introducción”; “Mi trayectoria formativa-comunicativa”; “Enfoque epistemológico de la Tesis”, “Proceso Metodológico”.

profesionales de la salud. Aguirre Raya (2005) realiza una indagación teórica y describe el tratamiento conceptual de la competencia comunicacional en disciplinas del campo de las Ciencias Sociales y humanas. Explora y capitaliza los aportes de los enfoques lingüístico, pedagógico y psicológico. No obstante, destaca la pertinencia del enfoque comunicativo para postular el contenido de competencia en cuestión. Finalmente, expone los aportes de Angelina Romeu, filóloga y pedagoga cubana que fija “dimensiones socioculturales de la competencia comunicativa”. Considera este abordaje como el más integrador ya que desde la dimensión cognitiva, comunicativa y sociocultural se analiza al sujeto en su contexto, teniendo en cuenta valores, relaciones, sentimientos, rol social y costumbres.

Petra-Micú (2012), catedrática de la Universidad Autónoma de México, se posiciona desde una definición de comunicación entendida como un “proceso de comprensión y de compartir el significado de algo”, como el “elemento básico de la interacción humana que permite a las personas, establecer, mantener y mejorar el contacto con otros, así como participar del conocimiento de uno mismo” (Petra-Micú, 2012, p.219). Si bien afirma que la relación médico-paciente debe comprenderse y enseñarse desde un abordaje “multidisciplinario”, “multimetodológico” y “multidimensional” señala que la enseñanza de la comunicación no debe restringirse al vínculo enunciado sino que debe extenderse a la relación del médico con las familias involucradas, a las características del trabajo en equipo y a la inserción del profesional en la comunidad de la que forma parte. En función de esto, propone no sólo postular la enseñanza de la comunicación en el marco de la competencia clínica sino también en las disciplinas reunidas bajo la denominación de Ciencias Básicas y en las Sociomédicas. Si bien ya se han mencionado casos de inclusión transversal del contenido (Borrel-Carrió et al., 2012), la propuesta de Petra-Micú retoma las posibilidades reubicando el contenido en disciplinas y/o áreas específicas.

Por último, cabe citar lo desarrollado sobre el tema en cuestión por parte del movimiento de la medicina narrativa. La misma se define como una corriente “liderada por médicos que pretenden revisar sus modelos profesionales, tomando en cuenta su práctica asistencial, tanto como sus propias experiencias como pacientes” (Carrió, 2006, p.28). Los profesionales adherentes a la medicina narrativa conciben la práctica médica basada en las narraciones y fundamentan dicha concepción en la valoración del sentido y la perspectiva que otorgan las mismas a la experiencia del proceso salud enfermedad. La concepción narrativa se torna operativa a través de la creación de lo que desde la corriente en cuestión denominan “alianza terapéutica”, para lo que resultan clave las capacidades de escuchar e interpretar.

La autora citada afirma que las habilidades de escuchar, interpretar y reinterpretar con una nueva mirada el relato del paciente no tienen lugar en la formación médica, que el entrenamiento y el éxito puesto en la capacidad de formular los problemas en el formato de la historia clínica ha ido en detrimento de las primeras. Sin embargo, también admite que la “capacidad comunicativa” intenta ser reinstalada nuevamente como una de las competencias centrales en la educación médica. Finalmente, postula la necesidad de enseñar métodos narrativos e interpretativos con rigurosidad, dado que el propósito de la interpretación es comprender, no explicar. El hecho de compartir narraciones desde

ambas perspectivas, la del médico y la del paciente, colabora a producir nuevos significados y relatos superadores sobre los padecimientos, enfermedades y cómo atravesarlos (Carrió, 2006).

En el apartado que culmina, se ha visibilizado una revisión de los itinerarios conceptuales y de algunos de los obstáculos en los procesos de enseñanza aprendizaje. Partiendo de dicha revisión, se proponen perspectivas superadoras que trascienden el fundamento efectista de la inclusión de la comunicación para pasar a fundamentar su incidencia en una transformación de la formación médica orientada hacia su dimensión social y humanística.

1.5 Consideraciones y lecturas preliminares

Los trabajos citados en el capítulo precedente legitiman académica y profesionalmente la inclusión curricular de la comunicación en el grado de la formación médica tanto en países del continente americano como en varios países europeos. Se afirma como tendencia, dado el renovado interés que se vislumbra a través de las experiencias y los casos reseñados. Y aunque la mayoría de los artículos refiere a la necesidad indiscutible de jerarquizar la comunicación en la enseñanza de la medicina en función de los cambios sociales y culturales y las demandas hacia la institución médica que dichos cambios conllevan, caracterizan el proceso de inclusión como una instancia no exenta de readecuaciones, debilidades y debates inacabados en torno al contenido, las maneras de incluirlo e implementarlo. A la vez, surge con carácter innovador y doblemente legitimado por un contexto de política educativa específico que da cuenta de una regulación.

Las investigaciones reseñadas advierten la tendencia y asumen la coyuntura de reformas como telón de fondo; por lo que instalan múltiples interrogantes asociados, que cuestionan, retoman y explicitan las tensiones que marcan el pulso de las transposiciones didácticas y las adaptaciones curriculares. En algunos casos, los cuestionamientos alcanzan una dimensión política que revela preocupaciones epistémicas centradas en lo que ha sido el desarrollo curricular de la relación médico-paciente, que decantan en la pregunta por el impacto que tendrán dichos contenidos en la relación sistema de salud-sociedad.

La presente tesis sostiene dichos cuestionamientos y preocupaciones desde el análisis de los discursos, que avalan y construyen la afirmación de los contenidos de comunicación teniendo en cuenta la coyuntura de reformas que opera como trasfondo. En ese sentido, se vislumbra como una investigación que se diferencia de la mayoría de los trabajos citados, por el marco analítico seleccionado a fin de profundizar una investigación crítica. El aporte de este tipo de investigación se basa en lo que permiten develar los discursos implicados -en este caso- en la legitimación de la comunicación en tanto contenido válido y necesario en el grado de medicina. A partir del análisis que supone, podrán explicitarse intersecciones entre los modos dominantes de formular el contenido, la dimensión político-coyuntural y la institucional-académica. Intersecciones que revelarán correspondencias, marcas y sujeciones para leer de manera crítica la tendencia. Consecuentemente, el análisis habilitará también reflexiones sobre el impacto de los contenidos aludidos en el perfil del profesional que se espera formar.

Capítulo 2

Construcción del objeto de investigación: los avatares de pensar una problemática de orden simbólico en el reino de la evidencia.

El capítulo que comienza presenta el objeto de investigación que aborda esta tesis. Con el propósito de explicitar el proceso cognitivo implicado en la construcción de la problemática, se retoman y profundizan las principales conjeturas a las que se arribó a través de la recopilación documental llevada a cabo en el marco del estado de la cuestión. Al mismo tiempo, se desarrollan ideas y argumentos previos que surgieron en el devenir del propio proceso de indagación sobre el tema. Las últimas refieren sobre todo al contexto de política educativa en el que se advierte el auge del enfoque de competencias; enfoque que, por las transformaciones que implica a nivel curricular y su correlato a nivel discursivo, resulta clave para dar cuenta de la problemática. En ese sentido, se realiza un breve repaso por la coyuntura de reformas, su impacto en general y en la carrera que se presenta como escenario de indagación

Luego del recorrido reseñado, se enuncia el problema, los objetivos que se proponen en relación al mismo y los supuestos orientadores que impulsan la investigación.

2.1 El escenario: demandas emergentes y contenidos a medida en el marco de reformas

En la actualidad, el establecimiento de saberes respecto de cómo debe considerar la comunicación un médico en sus prácticas profesionales constituye un discurso de relevancia para las instituciones de formación del campo de la salud y la medicina en particular. No obstante la importancia que revisten dichas consideraciones como área de interés tanto para el ámbito de las ciencias médicas y de la salud como para algunas disciplinas vinculadas al campo de las ciencias sociales y también para las asociaciones de profesionales médicos; su trascendencia remite al carácter de demanda social que adquiere, producto del devenir propio del proceso salud enfermedad-atención. Las vivencias, sentires y padeceres respecto de la relación médico- paciente, remiten a una complejidad que rebasa lo estrictamente vincular y revelan su inscripción en el proceso citado.

Tanto las instituciones formadoras como las políticas educativas han capitalizado tal demanda para llevarla al plano de contenido. Sin embargo, la inclusión curricular y la transposición didáctica consecuente supone un proceso que, tal como se reveló a través de algunos de los casos e investigaciones recopiladas (Borrel-Carrió et al., 2012; Cavalcanti de Aguiar, 2014; Petracca, 2013), no ha estado exento de debates, debilidades y hasta contradicciones.

De todas maneras, la comunicación se consolida como contenido formal priorizando, en general, perspectivas funcionales. En esa línea surge declamado como contenido “mínimo, fundamental y básico” para la formación de médicos, tanto en planes de estudio como desde la profusa literatura a nivel internacional que se ocupa de instalar el tema en la agenda de los debates sobre formación médica.

La preponderancia de perspectivas funcionales en la consolidación formal de la comunicación como contenido, puede advertirse como parte de la tendencia ya que se generaliza en una coyuntura particular. La misma combina una oleada de reformas en materia de políticas de educación superior coincidente en varios países de Europa y América Latina (Krotsch, 2005; Pini 2010) que se impone desde la década de 1990, con un proceso de revisión epistemológica que viene desarrollándose en el campo de la educación superior médica unos años atrás. En dicho proceso, aunque el paradigma biomédico sigue siendo dominante en la formación, el discurso de la Atención Primaria de la Salud (APS) -representado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)- y la influencia del paradigma de la medicina social han sido cruciales para llevar adelante un replanteo significativo que intenta orientar, al menos en teoría, los modelos de formación más hacia la salud que hacia la enfermedad.

El enfoque de formación por competencias, que surge a partir de las reformas, irrumpe coincidentemente en el debate sobre los modelos de formación médica. Se comprende a la competencia como una capacidad integral, como un “saber hacer” eficiente, demostrable y observable (Díaz Barriga. et al., 2000).

Las carreras de medicina han tomado el enfoque en cuestión para readecuar planes de estudio y estructurar carreras a partir del mismo; su influencia coincide en los países anteriormente citados. Bajo la impronta del enfoque, también la comunicación se formaliza al interior de la construcción curricular desde una profusa terminología para encuadrar en las “competencias”.

2.2 El contexto local. Regulación, obligatoriedad y amplitud semántica

Particularmente en nuestro país, la comunicación comienza a postularse formalmente como contenido de la formación médica bajo el impulso de los procesos de acreditación implementados por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitarias (CONEAU) para las carreras comprendidas en el artículo 43 de la Ley de Educación Superior N° 24.521⁶ (LES). Dichas carreras son las que corresponden a “[...] profesiones reguladas por el Estado, cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad y los bienes de los habitantes” (Presidencia de la Nación, 1995, s.p). La norma expresa la necesidad de fijar contenidos curriculares básicos, criterios de intensidad para la formación, además de la acreditación y evaluación periódica a través de organismos creados para tal fin.

A partir de la coyuntura de reforma explicitada, cabe reparar acerca de la amplitud de significados desde los que se enuncia la comunicación tanto en documentos que establecen y regulan

⁶ La sanción de la Ley de Educación Superior en 1995 se produce durante la presidencia del Dr. Carlos Menem. Su aplicación gradual permitió la consolidación de un conjunto de propuestas para este nivel de enseñanza que fueron instrumentándose en forma progresiva por parte del Poder Ejecutivo Nacional, principalmente durante la segunda mitad de la década de 1990, en base a diagnósticos y propuestas promovidos por organismos de financiamiento internacional sustentados en presupuestos político-ideológicos neoliberales.

los contenidos para las carreras de Medicina, como en planes de estudio (Albardonedo, 2015). Contexto y cuestiones que no son ajenas a la carrera en la que se decide radicar la presente investigación: la carrera de Medicina de la UNCo. A propósito, es pertinente señalar que la misma se funda en 1997, momento en el que la LES ya regía en nuestro país.

2.3 Indagar sobre discursos: razones, consideraciones y premisas por las que se fundamenta la investigación en curso

En este escenario de confluencias en materia de cambios y revisiones en la formación médica de grado pero también de encrucijadas suscitadas por las lógicas de las reformas, radica el interrogante principal de la presente investigación. La pregunta por los discursos que en un contexto académico-institucional específico, sostienen y fundamentan la inclusión curricular de la comunicación en tanto contenido.

Se apuesta al ACD como enfoque por su contribución esencial para desnaturalizar concepciones, convenciones y creencias arraigados tanto desde posicionamientos teóricos y político-pedagógicos como desde el “sentido común”. Contribución que resulta pertinente y necesaria en una coyuntura de cambios propiciados por el proceso de acreditación citado en el marco del avance de la LES. Cambios que necesariamente impactan –en este caso- en la dimensión socioeducativa de la formación médica de grado y su proyección socio-sanitaria.

Al mismo tiempo, resulta significativo investigar la construcción discursiva del contenido comunicación en el marco de la educación superior médica. Investigación que debe contemplar un recorrido particular. En principio, la inscripción de base de la comunicación como entramado disciplinar propio de las Ciencias Sociales, en el que prevalecen enfoques y perspectivas críticas. En la actualidad, declamado por la política educativa desde un sentido amplio y genérico que se introduce regulado, en un campo de conocimiento y formación históricamente colonizado por el discurso médico hegemónico, en tanto reproductor de un orden social y cultural asimétrico.

En este sentido, es dable cuestionar las implicancias del carácter amplio y genérico al que se ha hecho referencia, dado que redundan en un tratamiento curricular que resulta ambiguo, ambivalente y ubicuo que se basa en la equiparación del significado de “comunicación” con el de “información” y en el borramiento de la complejidad que implica el primero. En consecuencia, particularmente en el ámbito de análisis seleccionado (la carrera de Medicina que se dicta en la UNCo) se advierte la ausencia de un proceso analítico/evaluativo a nivel curricular que permita visualizar críticamente tal amplitud para optar por perspectivas teórico-conceptuales que resulten más acordes al perfil profesional al que se orienta la carrera según su plan de estudios, el perfil de médico general. Perfil que se postula en concordancia con las revisiones y replanteos que intentan enfocar la formación hacia la promoción de la salud.

2.4 Pregunta-problema

En el capítulo anterior se reveló la escasa producción de investigaciones de carácter cualitativo acerca de la inclusión curricular de la comunicación en la formación médica, sobre todo de aquellas que privilegien enfoques interpretativos, que puedan realizar lecturas críticas y dialécticas sobre tal inclusión, contemplando la coyuntura de reformas y profundizando en el impacto del enfoque de competencias sobre los contenidos de comunicación.

Por lo expuesto y centrando la investigación en un escenario donde se ha podido relevar y advertir la problemática a la que se ha hecho referencia, la pregunta que orientó esta investigación fue:

¿Sobre qué discursos se construye, sostiene y normaliza la incorporación de la comunicación como contenido curricular en la formación de grado de la carrera de Medicina que se dicta en la UNCo y cuál es el modelo de formación y el tipo de perfil profesional que contribuyen a fortalecer los mismos?

Es pertinente considerar que la inclusión curricular formal de la comunicación en la carrera mencionada surge principalmente en términos de “habilidades” y “destrezas”. Y si bien la preeminencia de dichos términos no excluye que se convoque y mencionen otras concepciones tales como la concepción de “proceso”, “interacción”, y/o “comunicación humana” conviene destacarlo ya que el dominio de los términos en principio aludidos, se corresponde con las reformas en materia de educación superior citadas. Reformas que implican una regulación tanto formal como simbólica en la que se implican cambios discursivos. Al respecto, Fairclough (2001, 2008) refiere a la “mercantilización/comercialización del discurso público” como tendencia que, en el marco del avance de la economía global, afecta el orden social del discurso y tiene impacto social y cultural. Concretamente, el autor define dicha tendencia como “el proceso por el cual los dominios e instituciones sociales cuyo propósito no es producir mercaderías para la venta, comienzan a ser organizados y definidos en términos de producción, distribución y consumo de mercaderías” (Fairclough, 2001, p.255).

Coincidentemente repasa en el caso del discurso educativo, especialmente en el ámbito de la educación superior.

“El discurso educativo operado por la tendencia a la mercantilización es dominado por un vocabulario que incluye no sólo la palabra ‘habilidades’ y palabras asociadas como ‘competencia’ sino también una lexicalización completa de procesos de aprendizaje y enseñanza basados en el concepto de habilidad, ‘entrenamiento de habilidades’, ‘uso de habilidades’, ‘transferencia de habilidades’ y otros” (Fairclough, 2001, p.156).

Por lo expuesto, resulta por demás pertinente interrogarse acerca de los discursos que habilitan la inclusión curricular de la comunicación, teniendo en cuenta la tendencia, por lo que a partir de la

pregunta general también pueden plantearse las siguientes preguntas que operan como guía para el trabajo de investigación:

¿De qué manera impacta el discurso de las competencias en el tratamiento curricular de la comunicación en la carrera? ¿Qué cambios/transformaciones produce dicho tratamiento en la formulación del contenido? ¿Qué concepciones teóricas sobre comunicación se priorizan? ¿De qué manera impactan el o los discursos/órdenes discursivos que se advierten en el perfil profesional al que se apunta desde lo curricular? ¿Pueden advertirse discursos/órdenes discursivos alternativos o en pugna?

2.5 Objetivos

Objetivo General:

- Analizar los discursos que fundamentan y sostienen la incorporación curricular de la comunicación en la formación médica de grado en la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNCo teniendo en cuenta la coyuntura de reformas en materia de educación superior en Argentina, desde la década de 1990.

Objetivos Específicos:

- Dilucidar el tratamiento de los contenidos de comunicación que circulan en documentos de relevancia institucional y curricular.
- Describir las concepciones de comunicación de actores institucionales referentes (autoridades, graduados, estudiantes y docentes) que circulan a nivel político-institucional.
- Identificar los fundamentos que sostienen los actores institucionales en relación a la importancia/valoración de la comunicación en la formación médica.
- Caracterizar el perfil profesional que surge asociado a los discursos que fundamentan la incorporación de contenidos de comunicación.

2.6 Supuestos orientadores

En la lógica cualitativa, los supuestos se comprenden como aquellos enunciados anticipadores de sentido que permiten encaminar la investigación (Sirvent, 1998; de Souza Minayo, 1995). Imprimen el carácter inductivo propio del abordaje y fortalecen el carácter flexible y dialectico de una investigación que prioriza el paradigma interpretativo.

En el presente trabajo, los supuestos que se enuncian a continuación reflejan justamente la priorización del citado paradigma, dando cuenta a la vez, de aproximaciones previas y presunciones que confluyeron en el problema construido como objeto de indagación.

-El tratamiento de la comunicación bajo el enfoque de competencias, que ha tenido impulso desde la vigencia de la LES y a partir de los procesos de acreditación y consecuentes normativas

regulatorias prioriza concepciones efectistas, instrumentales e informacionales de la comunicación. Dichas concepciones, sumadas a pre-construcciones y creencias que se dinamizan en el devenir propio de toda construcción discursiva, van afirmando un discurso que fortalece una comprensión utilitaria del concepto de comunicación y su proyección curricular, en tanto contenido. Así se construye un emisor indiscutido, el médico (Albardonedo, 2015), quien debe “saber comunicar” antes que conocer el proceso comunicacional en el que está inmerso y construye en diacronía con la persona-usuario-paciente y con la comunidad.

- El “saber” se postula curricularmente como técnica, estrategia, procedimientos que pueden y deben aprenderse y evaluarse y si bien esto es condición para un contenido, el tipo de aprendizaje propuesto y su evaluación sigue en gran medida la lógica de la evidencia, imperante en la medicina. Dicha proyección restringe la comprensión de la complejidad inherente al proceso comunicacional que se potencia en el proceso salud enfermedad-atención, a partir de componentes singulares y propios del contexto y el fenómeno en sí mismo.

- La naturalización de un discurso que define a la comunicación como “algo que se debe desarrollar”, como “habilidad” y “destreza” obtura el discurso que comprende y propone a la comunicación como dimensión o proceso de producción de sentidos. Proceso que necesariamente atraviesa y determina los procesos salud- enfermedad- atención. Si bien el último también surge desde las concepciones y el tratamiento curricular, parece circular subordinado al primero.

- El perfil generalista y la priorización de un modelo de formación que privilegia la promoción de la salud -cuestiones proclamadas en el plan de estudios de la carrera en cuestión- puede potenciarse afirmando un orden discursivo alternativo sobre la inclusión de la comunicación al que se presume dominante. Un orden discursivo desde el que la comunicación abra la posibilidad de asumir al profesional y a la persona paciente/usuario como interlocutores que se encuentran en un proceso del que son protagonistas como sujetos y ciudadanos.

Capítulo 3

Tramas disciplinarias e interdisciplinarias: recorridos, bifurcaciones y encuentros en la investigación social crítica.

A continuación se describen ejes teórico-conceptuales que confluyen en el tema y el problema que plantea la presente tesis, ambos presentados en el capítulo precedente. En la intersección de los mismos se originan los interrogantes y las motivaciones que guían la investigación. Se exponen de manera tal que puedan advertirse los conceptos, teorías, enfoques y posicionamientos que han sido dominantes, los que han sido superadores, los que permanecen en discusión y los desarrollos más recientes.

Se busca que el cruce entre los distintos ejes permita presentar y discutir el devenir del tema como resultado de innovaciones generales en materia de educación superior, como una necesidad que traduce demandas del sector y la sociedad o que pueda leerse representativa de cambios curriculares que atienden al desarrollo actual de la profesión médica. En todas estas alternativas la comunicación adquiere relevancia al tratarse como una dimensión que en la actualidad se pretende visibilizar y valorar.

En primer lugar, se presentan las teorías que a partir de la delimitación de objetos de estudio, han marcado la constitución disciplinaria y la trayectoria del campo de la comunicación. La revisión teórico-conceptual se considera necesaria para señalar y dar cuenta en instancias posteriores las perspectivas que –potencialmente- prioriza la academia médica y de qué manera inciden las mismas en el tratamiento discursivo.

Más adelante, se revisa el nexo comunicación-salud como campo formalizado académicamente en el que se encuentra la producción de conocimiento pertinente que permite analizar y problematizar la inclusión de los contenidos y consecuentemente los discursos que sustentan dicha inclusión.

En tercer lugar se aborda la impronta del enfoque “de competencias” y los cambios que produce a nivel curricular desde su irrupción en el ámbito de las políticas educativas. Cabe destacar que el enfoque funciona como componente distintivo del escenario político-pedagógico a partir del cual se postula la comunicación como contenido en la formación universitaria de médicos.

También se revisan los paradigmas que han fundado el campo la educación médica como tal, otorgándole especificidad epistemológica. Interesa advertir como se inscribe la comunicación como contenido en dichos paradigmas y si los mismos dan cuenta de algún tipo de tratamiento en particular.

A dichos ejes, se suma la consideración del ACD como enfoque analítico desde el que se aborda el problema. Resulta esclarecedor explicitar las concepciones y preceptos de base que sostiene el enfoque en cuestión, para completar la fundamentación crítica que se propone en esta tesis.

3.1 Comunicación: construcción disciplinaria y perspectivas teóricas para la investigación e intervención

Habitualmente los estudios sobre la comunicación se comprenden como un campo complejo, constituido sobre la base de préstamos disciplinarios, cuestiones que instalaron un debate permanente sobre su estatuto epistemológico. Su constitución tardía como objeto de conocimiento científico (mediados del siglo XX), la confluencia de teorías y enfoques para construirla académicamente han marcado una trayectoria epistemológica singular.

La pregunta por el objeto de estudio de la comunicación puede considerarse como punto de partida para recorrer algunas de las principales teorías, abordajes, perspectivas y enfoques que han producido conocimiento para el campo.

Una primera respuesta fue la que reconoció a los medios, particularmente los masivos como objeto de estudio. El interés sobre los medios condujo a las primeras investigaciones de carácter científico: las lógicas mediáticas, los contenidos y -más tarde- los efectos, se proyectaron como los principales objetos de análisis. Una concepción poderosa y determinante de los medios y de su influencia en la sociedad marcó este período, en el que proliferaron escuelas y teorías que formalizaron la investigación a partir de dicha concepción. Entre los autores exponentes se destacan los sociólogos Harold Laswell, Paul Lazarsfeld, Robert Merton.

La perspectiva-matriz que funciona como sustento de estos avances iniciales es el estructural funcionalismo. En coincidencia con la vigencia del paradigma conductista en psicología y el surgimiento y estabilización de la sociedad de masas en los países industrializados, el análisis funcionalista se erigió como modelo para la investigación del tipo de sociedad emergente (Alsina, 2001; Torrico Villanueva, 2010). Bajo esta perspectiva, los medios de comunicación eran considerados mecanismos decisivos para la regulación de la sociedad, por eso la teoría y la producción de conocimiento en general defendió su función reproductiva (Mattelart y Mattelart, 1997).

La concepción que atribuyó a los medios una función reguladora y favorecedora de las democracias liberales fue cuestionada desde una perspectiva crítica, que partió de considerarlos sospechosos de violencia simbólica y generadores de procesos de dominación. La Escuela de Frankfurt, a través de sus representantes más destacados -Theodor Adorno, Max Horkheimer y Herbert Marcuse- representó la alternativa al funcionalismo y la posibilidad de legitimar el análisis marxista sobre la cultura de masas, desde el concepto de 'Industria Cultural'. La Teoría Crítica no sólo abordó la problematización de los medios de masas sino que se centró en cuestionar la manera de concebir la ciencia y la investigación, disputando sobre todo, las implicancias de la investigación "administrativa".

El estudio de la interacción humana respondió también a la pregunta por el objeto de la comunicación. Sin desconocer el constructo simbólico de la comunicación masiva y su capacidad para estabilizar significados que impactan en el proceso comunicacional, lo intersubjetivo y el intercambio de sentidos que suponen las relaciones humanas se conciben como como hecho fundante de la sociedad.

Esta premisa se proyecta desde distintas tradiciones teóricas, que resultan distantes y hasta contrapuestas entre sí.

Es que la interacción como objeto de indagación, se reconoce dentro de lo que se denomina perspectiva sistémica y en ella conviven desde la teoría matemática de la información formulada por Claude Shannon, que postula una concepción mecánica con fines específicamente estratégicos, pasando por el desarrollo de la cibernética, de gran impacto en las ciencias biológicas. Sin dejar de mencionar los aportes de Norbert Wiener, quién inaugura el concepto de entropía, fundamental para comprender la comunicación como un proceso dinámico y dar cuenta de la circulación como una característica necesaria para que se constituya como tal. Hasta llegar a la línea que recoge pero reformula estos primeros aportes para que las ciencias humanas desarrollen un modelo de estudio propio sobre la comunicación. La Escuela de Palo Alto es la referencia indiscutida que, si bien tomó las primeras conceptualizaciones realizadas desde el enfoque informacional, supo complejizar las mismas, advirtiendo la importancia del contexto, de las características de los intercambios y las situaciones, intenciones y percepciones que se ponen en juego en todo intercambio humano.

“Para los representantes de Palo Alto, procedentes de disciplinas como la antropología (Gregory Bateson, Ray Birdwhistell, Edward Hall), la sociología (Erving Goffman) y la psiquiatría (Paul Watzlawick, Don Jacskon), entre otras, la investigación y reflexión sobre la comunicación sólo puede darse a partir de la formulación de la siguiente pregunta: ¿Cuáles son, entre los millares de comportamientos corporalmente posibles, los que retiene la cultura para constituir conjuntos significativos? Para hallar respuestas a esta interrogante, los investigadores del Colegio Invisible partieron, en un primer momento, de tres consideraciones básicas: 1) La esencia de la comunicación reside en procesos de relación e interacción; 2) Todo comportamiento humano tiene un valor comunicativo; y 3) Los trastornos psíquicos reflejan perturbaciones de la comunicación” (Rizo García, 2011, p.4).

Cabe destacar que el análisis centrado en la cultura va organizando el campo de la comunicación, otorgándole cierta estabilidad epistémica, ya desde los primeros desarrollos de la Escuela de Frankfurt. En las investigaciones del grupo de la “Universidad Invisible” -otra denominación por la que se conoce Palo Alto- la importancia del contexto es determinante para dar cuenta de la diversidad de modos de comportamiento y el proceso de significación que anida en los mismos. La investigación de la vida cotidiana a través de la propuesta de la corriente etnometodológica -que, desde la sociología, se sirve del método etnográfico para estudiar rituales, rutinas y modos de relación- revela el sentido práctico de los procesos de significación. También la corriente del interaccionismo simbólico se sitúa en la investigación de la vida cotidiana. Desde el interaccionismo, la cultura es creada por las acciones de los actores, sus modelos de conducta, normas y valores. En línea con el pragmatismo, sobre todo a partir de la influencia de George Mead, la comunicación se concibe estructuradora de sistemas y acciones sociales, de significados y conflictos (Cisneros Sosa, 1999).

A pesar de la importancia y trascendencia que han tenido el pragmatismo y el interaccionismo simbólico, en el marco de la amplia investigación desarrollada por los representantes de Palo Alto, tanto desde las Ciencias Sociales como desde los estudios de la comunicación se cuestiona la jerarquización de las situaciones inmediatas y la consecuente desatención a las estructuras sociales, los sistemas ideológicos y, en definitiva, la formación social en la que se desarrolla la interacción humana. Autores contemporáneos dedicados a la revisión histórico-epistémica de la comunicación han reparado en sus limitaciones para dar cuenta de las implicancias estructurales de las teorías de la interacción. Se advierten además, diferencias sustanciales entre lo que Watzlawick denominó “comunicación humana” y lo que expresan las teorías de la comunicación social (Torrico Villanueva, 2010; Vizer, 2003)

En la trama histórico y político-académica que otorga centralidad a la cultura en la conformación del campo de la comunicación, los estudios de corte etnográfico imbricados en el interaccionismo, a través de la “Escuela de Chicago” -de la que también Mead fue representante- influenciaron el inicio de los denominados “Estudios Culturales”. Los investigadores de Chicago se destacaron por analizar la forma en que las culturas de distintos grupos de población se relacionan con la cultura dominante. La concepción antropológica se consolida en el análisis comunicacional a partir de la línea de los Estudios Culturales, promovidos por la “Escuela de Birmingham”, cuyos principales exponentes fueron Richard Hoggart, Stuart Hall y Raymond Williams. La cultura pasa a comprenderse como un proceso global, a través de la cual las significaciones se construyen social e históricamente. Esta conceptualización permite estudiar la relación entre cultura y prácticas sociales.

En Habermas (1981), autor exponente del campo de la comunicación y representante de la ‘segunda generación’ de la Escuela de Frankfurt, se encuentra una notable producción teórica que tiene por objetivo postular la “acción comunicativa” como vehículo de entendimiento y consenso social. Sitúa el “mundo de la vida” como entramado de estructuras simbólicas en el que la comunicación ejerce acción.

El “mundo de la vida” se compone de tres aspectos: la cultura, la sociedad y la personalidad, cada uno de los cuales refiere a pautas interpretativas o suposiciones sobre cómo la cultura ejerce una influencia sobre la acción, sobre cómo se van estableciendo pautas determinadas en las interacciones sociales de los sujetos y, finalmente, cómo se estructuran modos de ser (Garrido Vergara, 2011). Desde una concepción filosófica, Habermas presenta el ámbito comunicativo como lugar trascendente, de encuentro, en el que deben darse los cambios sociales a través de la racionalidad dialógica. Racionalidad en la que el entendimiento supone una necesaria relación entre significado y validez.

“Señala que lo básico de la teoría del significado es saber qué es lo que se quiere decir o, en otras palabras, cómo entender el significado de una expresión lingüística y bajo cuáles contextos esa expresión puede ser aceptada como válida” (Garrido Vergara, 2011, p.15).

Las concepciones habermasianas rehabilitan la reflexión sobre la vida social y las prácticas sociales como prácticas de comunicación. Reflexión que conduce también a las perspectivas que han concentrado su preocupación por la construcción del sentido en el seno de la vida social, tanto para el individuo como para los textos y para la interpretación de las instituciones y de la cultura (Vizer, 2003).

La pregunta por la dinámica del sentido, las implicancias de los procesos de significación y estabilización de significados en la vida social, sus continuidades y discontinuidades, rupturas y generaciones, refieren a la indagación estructurante del campo de las ciencias de la comunicación. La misma continúa vigente a través del paradigma del lenguaje, la teoría y la práctica de los procesos discursivos y la búsqueda de sus normas y reglas constitutivas (Vizer, 2003).

Con todo, se debe admitir que la mayoría de las teorías que se refieren a la comunicación han concentrado la atención en la utilidad del fenómeno, tanto para emisores como para receptores o bien en las tecnologías que la facilitan y sus impactos (Torrico Villanueva, 2010). Este rasgo ha contribuido a consolidar una comprensión instrumental de la comunicación, que ha hegemonizado el campo académico por décadas.

Torrico Villanueva, de origen latinoamericano, entiende que

“el objeto de estudio de la comunicación es el proceso social de producción, circulación mediada, intercambio desigual, intelección y uso de significaciones y sentidos culturalmente situados y mediados o no por tecnologías, que es algo de naturaleza socialmente estructural (constitutivo) e inseparable -para fines teóricos e investigativos- de las otras dimensiones analíticas de la vida social. Se trata, además, de un proceso que genera efectos de socialidad y que puede tener consecuencias de diverso grado en las percepciones, pensamientos, conocimientos, actitudes y acciones de sus participantes” (Torrico Villanueva, 2010, p.18).

Nótese que la noción de “intercambio desigual” da cuenta de un posicionamiento que trasciende la cuestión instrumental, situándose desde una dialéctica. En ese sentido, la producción de conocimiento teórico conceptual con sello latinoamericano, puede referenciarse como pionera en disputar la hegemonía de la comprensión instrumental al considerar el amplio debate revisionista y crítico sobre la Comunicación para el Desarrollo. Paradigma heredado de la dominación y expansión norteamericana, que impuso su prototipo de modernización económica y cultural tanto a nivel político como científico. Desde esta trayectoria, es posible situar -dentro del arco latinoamericano- la discusión por una comunicación que trascienda el determinismo instrumental para pasar a considerar su dimensión de praxis ética y política.

Dicha discusión se inició a través de la Teoría de la Dependencia –en la década de 1960- desde la que se denunció la génesis de dicha modernización, basada en la dominación histórica de los países centrales sobre los recursos materiales y simbólicos de los países periféricos. Este debate fue retomado en 1980 por un grupo de autores e intelectuales que se nuclearon en la denominada “Escuela Crítica Latinoamericana” (Barranquero-Carretero y Sáez-Baeza, 2015). Entre sus representantes más

sobresalientes cabe mencionar a Luis Ramiro Beltrán, Antonio Pasquali, José Marques de Melo, Jesús Martín Barbero y Paulo Freire (desde el campo de la educación), entre otros. La mayoría de ellos fueron protagonistas y referentes de la contribución latinoamericana en todo el mundo. A partir de la producción crítica del desarrollo comenzó a impulsarse la conceptualización de la “comunicación para el cambio social”.

En la actualidad, el campo latinoamericano sigue habilitando una discusión profunda que tiene como eje superar “el sesgo instrumental” (Barranquero-Carretero y Sáez-Baeza, 2015), introduciendo todo un replanteo epistemológico que cuestiona las epistemes heredadas del paradigma de la modernidad occidental para postular y jerarquizar en la investigación académica las “epistemologías del sur” (De Sousa Santos, 2009). En el marco de estos replanteos se erige desde el continente una concepción de la comunicación “como sinónimo de diálogo comunitario interhumano y natural, a la vez que recurso simbólico desde el que cimentar relaciones de convivencia, reciprocidad y respeto, no sólo entre los seres humanos sino entre éstos y su entorno natural” (Barranquero-Carretero y Sáez-Baeza, 2015, p.65).

Desde estos estudios, puede considerarse que el objeto de estudio de la comunicación son todos aquellos procesos donde surgen, se construyen y se juegan sentidos y significaciones que puedan identificarse desde una mirada crítica como contribuyentes u obstaculizadores de la concepción citada.

Las trayectorias teórico-epistémicas que han sido referenciadas -algunas con mayor énfasis que otras- dan cuenta del componente sociocultural en tanto basamento del fenómeno comunicacional. Dicho componente se configura como la piedra de toque a partir de la que puede formularse una respuesta circunscripta al campo de las Ciencias Sociales, sobre el objeto de estudio de la comunicación. Es el mismo que permite dar cuenta de la vinculación cultura-sentidos-prácticas sociales como un dominio de análisis propio del campo de la comunicación, en el que se desarrollan los intercambios, las negociaciones y las luchas por el significado. Atravesamiento que siempre surge político.

3.2 El vínculo comunicación-salud: la configuración de un campo para la reflexión y el debate de fenómenos y problemas asociados

La relación comunicación y salud se concibe como un espacio multidimensional, relacional y complejo que construye su objeto de estudio en la intersección del campo comunicacional y el campo sanitario, abarcando así fenómenos que se expresan en diversas prácticas sociales. Desde lo vincular hasta lo institucional, pasando por la configuración de políticas públicas, los procesos de gestión y la dimensión mediático-tecnológica que atraviesa las prácticas, completan apenas parte de la construcción del escenario epistémico del campo. A propósito de su configuración, Cuberli y Soares de Araújo (2015) destacan las implicancias que conlleva enunciar el mismo desde el conectivo “y”, “comunicación y salud”. Dicha denominación indica articulación y, a la vez, delimita un territorio de disputas específicas integrado por los elementos característicos de cada uno. Petracci y Waisbord (2011) contextualizan la formalización del mismo en algunos países europeos y en Estados Unidos a partir de la década de 1960.

Caracterizan el campo desde la interdisciplina y destacan los diferentes intereses teóricos y pragmáticos que en él confluyen. Otras denominaciones frecuentes como “Comunicación para la salud” o “Comunicación en salud” acotan el vínculo a la funcionalidad de la comunicación, cuestión que implica la pérdida de la dimensión de campo.

No obstante, la “Comunicación en salud” se reconoce como antecedente ya que, tanto a partir de diversas iniciativas como desde la multiplicidad de situaciones que producen sentido y evidencian el encuentro entre las dos áreas de conocimientos, comenzó a constituirse un espacio de reflexión que derivó en la conformación del campo académico.

El campo de la salud comienza a interesarse por la dimensión comunicacional a partir de la crisis del concepto biomédico de salud en la década de 1970, lo cual conduce a la emergencia del paradigma de la medicina social, desde el que se jerarquiza un concepto de salud integral, multidimensional y complejo. Este concepto que trasciende el binomio enfermedad-curación comienza a incorporar una comprensión holística, que permite pensar la salud como un proceso dialéctico en el que interactúan salud, enfermedad, atención y cuidado.

La OMS promueve y concreta toda una serie de encuentros de donde surgen lineamientos fundamentales para orientar las políticas de salud a nivel mundial. La Declaración de Alma Ata en 1978, la Carta de Ottawa en 1986 y la Declaración de Yakarta en 1997 se consolidan como los documentos fundacionales de la relación comunicación-salud. En ellos se explicitan matrices argumentativas que instan a la inclusión de la comunicación como área estratégica para los fines de la salud; inclusión que debe substantiarse desde las áreas de gobierno y que debe traducirse a nivel de servicios de salud. Se suma a esto, el contenido de la APS y la Promoción de la Salud (PS). Ambas, como filosofía y estrategia, representan una manera de comprender y abordar la salud en la que el eje central está puesto en el reforzamiento de las capacidades de la población para que logre incidir en el cuidado y el control de la misma, partiendo de las necesidades sentidas y de una construcción colectiva del ideal de salud al que apuntar. “Todo esto supone información, educación y comunicación en estrecha relación, con repercusiones en el plano discursivo, en el desarrollo de nuevas áreas/proyectos de investigación y la creación de diferentes áreas de formación profesional” (Cuberli y Soares de Araújo, 2015a, p.345).

Desde el campo de la comunicación, una primera referencia ineludible han sido todas las experiencias y, paralelamente, el campo de estudios conformado desde la Comunicación para el Desarrollo que en América Latina toma la forma de práctica de intervención a fines de 1950, en el marco de los procesos de transferencia cultural y tecnológica desde las sociedades consideradas “desarrolladas” hacia las “tradicionales”. En dicho contexto, se implementaron programas de comunicación para la salud que se caracterizaron por el uso de medios masivos e interpersonales y la investigación dirigida a establecer audiencias e indagar sobre los efectos de los mensajes para evaluar las estrategias implementadas. Los modelos teórico-metodológicos que subyacen son consecuentes a

una comprensión funcionalista y conductista que se enfocan hacia la persuasión y el cambio de conductas (Cuberli, 2008).

Luego, en América Latina se desarrollaron perspectivas que cuestionaron los modelos centrados en el cambio de conductas por considerarlos subsidiarios y enfocados en lo individual. El impulso de los contenidos enunciados en la Carta de Ottawa refuerzan una perspectiva que pone el foco en la comunicación como una dimensión simbólica que atraviesa los procesos vitales de salud y enfermedad y, en ese sentido, surge política y consecuentemente, sustancial para la participación.

Teniendo como horizonte el paradigma de la comunicación para el desarrollo, los modelos centrados en concepciones instrumentales y conductistas se consolidaron como dominantes, tanto en la investigación como en la práctica. No obstante, los consiguientes cambios que se suscitaron a partir del revisionismo crítico latinoamericano, abrieron el horizonte para pensar en “otra comunicación para otro desarrollo”. Así surgieron con fuerza los abordajes centrados en la dimensión sociocultural de la comunicación, desde los que se enfatiza el contexto, los determinantes de la salud y las concepciones de participación que dan cuenta de los procesos a partir de los cuales sujetos, colectivos y comunidades logran involucrarse cada vez más en la salud.

Tal como indican Cuberli y Soares de Araújo (2015a) los paradigmas dominantes siguen fuertes en muchos espacios institucionales, determinando maneras de concebir la comunicación en las prácticas de salud. Sin embargo, el campo Comunicación y Salud ha capitalizado la trayectoria político institucional y hasta académica de los abordajes centrados en concepciones comunicacionales que priorizan su dimensión procesual, de construcción de sentidos. Abordajes que han visibilizado el poder de la interacción y su dimensión significativa en los procesos de participación comunitaria, la consideración de la interculturalidad, la construcción de redes y grupos de pares que inciden en el diseño de políticas de salud y hasta una legitimación de los conflictos y problemáticas que derivan del vínculo médico-paciente y servicios de salud-comunidad. Según Petracci (2015) esta línea o postura se desarrolla en las últimas décadas con los aportes de los estudios de recepción, los estudios culturales y el análisis del discurso.

“Actualmente en el marco de cambios tecnológicos, sociedades globalizadas y profundamente desiguales, el énfasis de la Comunicación y Salud -con el debate previo a cuestras- recae en la construcción de autonomía y la ampliación de ciudadanía en lo que respecta a la salud individual y colectiva” (Petracci, 2015, p.14).

La relación interpersonal, entre individuos y profesionales de la salud, se problematiza en el seno del campo como parte del ámbito de la participación (Cuberli y Soares de Araújo, 2015a) y también como dimensión que organiza y define el alcance de la Comunicación en salud; en términos de intereses epistémicos, posibilidades de intervención y análisis. La dimensión interpersonal reconoce no sólo la comunicación médico-paciente sino la comunicación entre pacientes y entre profesionales de la salud. (Petracci, Cuberli, Palopoli, 2010).

Ambos tratamientos, resaltan la asimetría y desigualdad en la comunicación médico-paciente como características definitorias, fundadas tanto en el saber profesional y las cuestiones simbólicas que de ellas se desprenden -el lenguaje, el trato, la distancia que impone el uniforme- como desde las propias concepciones socioculturales que traen y dinamizan a través del vínculo los profesionales. Rasgos todos que terminan generando barreras culturales en el acceso al sistema y mecanismos de exclusión; muchas veces con repercusiones en el procesamiento del diagnóstico y la adherencia al tratamiento.

El peso del tipo de formación incide sustantivamente en la naturalización del vínculo caracterizado; aunque actualmente surge un nuevo escenario donde la tecnología, sus mediaciones y la jerarquización de los enfoques de promoción demandan una nueva manera de pensar y proyectar la relación médico-paciente.

Desde la dimensión interpersonal deben plantearse investigaciones acerca de las prácticas, representaciones y necesidades de los distintos sujetos y colectivos para incidir sobre todo en estrategias tendientes a la accesibilidad, asumiendo que la misma se origina en las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos (Petracci et al., 2010). En ese sentido, es fundamental revisar el tipo de vínculo comunicacional que se promueve en la formación de profesionales de la salud.

3.3 Enfoque de competencias: nuevas relaciones entre Estado, mercado y academia. Una lectura crítica

Tanto el término como la construcción discursiva del “enfoque” que surge aparejado son actualmente debatidos y problematizados desde las ciencias de la educación, sobre todo en los estudios acerca del currículum y evaluación en el ámbito de la educación superior. En la discusión, también se involucran nociones que están fuertemente asociadas a las competencias, específicamente las de habilidades, aptitudes y conocimientos.

El término “competencia” puede entenderse, de manera general, como una medida de síntesis que indica lo que una persona puede hacer correctamente como resultado de la integración de sus conocimientos, habilidades, actitudes y cualidades personales. Está fuertemente asociado con la capacidad para dominar situaciones complejas y cambiantes. Esta asociación hace que el foco de atención se sitúe en los resultados que obtiene el individuo frente a las demandas que se le plantean tanto en su profesión como en un rol social o un proyecto personal determinado. Como indica Moreno Olivos (2009) el término ha llegado a convertirse en atractivo tanto para educadores como para empleadores porque es fácilmente identificado con capacidades, aptitudes y habilidades apreciadas.

“Las competencias, vistas desde esta óptica, actualmente están siendo adoptadas por los docentes como un nuevo modelo para el diseño del currículum, la formación y el desarrollo profesional. En estas coordenadas emergen términos como ‘aprendizaje de competencias’ y ‘currículo basado en competencias’; pero, desafortunadamente, el concepto es empleado en muchas formas diferentes y parece que su significado actual

está basado en el sentido común y el uso del lenguaje ordinario antes que en una definición acordada o consensuada” (Moreno Olivos, 2009, p.71).

De la vastedad de definiciones, surge también la asociación con el término “habilidades”. En la mayoría de los casos, el diseño curricular enuncia “competencias” y “habilidades” como sinónimos y, si bien la competencia incluye habilidades, las últimas se distinguen porque conllevan un periodo de aprendizaje relativamente corto, dirigido a una meta específica. Se las caracteriza y diferencia también de las aptitudes, otro término que suele estar incorporado a las competencias. Siguiendo a Hontangas (1994) pueden establecerse criterios que permiten diferenciar aptitud de habilidad. Las primeras tienen un carácter estable, innato y se infieren a partir de la conducta; mientras que las habilidades pueden modificarse, se aprenden y son observables. Las habilidades normalmente son entendidas como destrezas, ya que tradicionalmente han sido descriptas desde su naturaleza física y motora. No obstante, diversas corrientes pedagógicas y psicológicas afirman la implicación de procesos perceptuales, sociales y cognitivos para el desarrollo de las habilidades (citado en Agut Nieto y Grau Gumbau, 2001).

El término “conocimiento” también funciona como descriptor de la competencia, junto con las habilidades y las aptitudes. Según Moreno Olivos (2009), el conocimiento como representación de hechos, procedimientos, principios y teorías en un dominio o campo particular presenta un gran desafío para el enfoque de competencias ya que supone prescribir de antemano lo que un profesional debe acreditar para su desempeño, sin tener en cuenta el carácter cambiante del conocimiento en cada campo profesional.

“¿Quién determinará los contenidos de ese conocimiento? O bien el conocimiento que es útil hoy también será útil mañana, y en este caso nos encontramos frente a un criterio estrecho de profesionalismo, caracterizado por un control estricto, probablemente por parte de un cuerpo profesional, que determina cuáles son las respuestas cognitivas estándar y legítimas para las situaciones; o bien estamos ante una profesión abierta, capaz de responder a los cambios, y en este caso el conocimiento que es válido hoy puede no serlo mañana” (Moreno Olivos, 2009, p.76).

Se encuentran intentos de reconstrucción del concepto de competencia que relevan el tránsito del mismo en distintas disciplinas. Se reconocen dos puntos de influencia: uno proviene del campo de la lingüística, el otro del mundo del trabajo (Díaz Barriga, 2005). El primero, resulta del concepto de “competencia lingüística” acuñado por el filósofo y lingüista Noam Chomsky quien intentó, a partir del mismo, delimitar categorías que sirvieran a la formalización disciplinaria de la lingüística. La noción fue generalizándose hacia distintas disciplinas afines. El segundo, en cambio, encuentra correlato con un sentido utilitario desde el cual se fijan las tareas que deben corresponderse con un desempeño técnico promedio, tareas que permitan dar cuenta de un parámetro de eficiencia. El enfoque de competencias en la educación superior ha privilegiado -para proyectarse- el segundo punto, sumando un tercer

componente que refiere estrictamente a desempeños propios del mundo del trabajo en un contexto globalizado.

Diversos artículos e investigaciones, realizadas en Latinoamérica y en España, indican que el concepto cobró relevancia especialmente tras el proceso de globalización (Barrón Tirado, 2000; Cejas Martínez, s.f; Díaz Barriga, 2006; Bolívar, 2008; Rué, 2008). Relevancia que encuentra correlato en el establecimiento de sistemas de conocimiento en los que el trabajo, la formación y la educación se orientan a la adquisición de competencias más que a cualificaciones específicas.

Fundamentado en una conexión funcional con el mundo del trabajo y las exigencias tecnológicas propias del mundo actual, el enfoque de competencias se ha proyectado como una estrategia innovadora a través del cual las políticas de educación superior han establecido una agenda de cambios para el currículum universitario. Los cambios se concentran en optimizar el currículo hacia las demandas actuales del mercado laboral en detrimento del saber erudito y la formación enciclopedista; dogmas que durante mucho tiempo se postularon estructurantes de la formación superior.

Si bien se vuelve urgente y necesario un debate constructivo, crítico y actual sobre la transferencia de conocimientos, el enfoque de competencias no ha representado un aporte sustantivo a dichas demandas. Esto se justifica en el grado de diversificación del concepto, que termina por diversificar en consecuencia los procesos de diseño curricular, estableciendo “tipos” de competencias sin reparar en los procesos de comprensión y crítica. Se termina redundando en un enfoque que vuelve a la “pedagogía por objetivos” de la década de 1960, que subordinaba todo el proceso didáctico a los objetivos que los estudiantes deberían ser capaces de dominar al final del proceso educativo (Bolívar, 2008).

Varios de los autores citados, coinciden en revisar el impacto del enfoque de competencias en sentido universal y en función de dicha revisión, debatir sobre la función social de la universidad. “Una cosa es que para la universidad el mundo del trabajo y el de las profesiones sea una preocupación importante y, otra muy distinta, que la universidad sea como ese mundo demanda” (Moreno Olivos, 2009: 22) El discurso de las “competencias” supone redefinir la profesionalidad como la regulación de un listado de competencias para la enseñanza, que se supone que los estudiantes deben adquirir para conseguir el título. Cabe destacar que la mencionada “regulación” se comprende como modalidad de intervención por parte del mundo empresarial y estatal que, “en función de una racionalidad instrumental exige pasar de un proceso a un producto” (Bolívar, 2008: 17).

En cuanto al sentido del debate, se sostiene que no es sólo técnico, principalmente es político e ideológico: ¿cuál debe ser la función de la Universidad en relación con la formación -formar para empleo o introducir en un ámbito cultural- y cuál es el tipo de profesionalidad requerida?

3.4 Educación Médica: paradigmas, enfoques y modelos en debate

Durante el siglo XX se registró la mayor producción de conocimiento en torno a la educación médica; se avanzó sustancialmente sobre el diseño de los planes de estudio y los alcances de la formación básica, se discutieron los fundamentos del perfil profesional y quedó instalada la disyuntiva sobre la formación general y la formación especializada. Cuestión que fue zanjándose a través de la premisa de la educación continua, que desplazó la especialización hacia el posgrado.

Se reconocen dos grandes momentos a partir de los que se nutre y canaliza la producción a la que se ha hecho alusión. El primero, el denominado “Informe Flexner” de 1910, producido por Abraham Flexner, un reconocido profesional y destacado educador que centró sus intereses en la investigación pedagógica sobre la educación médica estadounidense. El segundo, la II Declaración de Edimburgo de 1993, en la que se expresan las conclusiones de la Cumbre Mundial de Educación Médica, evento que movilizó expertos de todo el mundo con el objetivo de redefinir el rumbo de la formación de cara a la situación epidemiológica imperante, al contexto sociopolítico y al enfoque de los determinantes de la salud. Si bien son cronológicamente distantes, ambos compartieron la preocupación por generar las condiciones necesarias para que la educación médica fuera de la mano de la demanda estatal. También potenciaron una perspectiva paradigmática desde la que es posible estudiar y analizar la educación médica como proyecto político-pedagógico.

A propósito, cabe destacar la emergencia de un modelo epistemológico crítico que se desarrolla principalmente en América Latina, a mediados de la década de 1960, mucho antes de la Cumbre Mundial de Educación Médica. A tono con la creciente jerarquización de APS, se apunta a un modelo educativo alternativo que se proyecta fundamentalmente desde la relación salud-modos de producción-contexto socioeconómico para que el sistema de salud pueda dar respuesta a las necesidades de las comunidades (Pinzón, 2008).

Enriquecido con la consolidación de la Medicina Social en tanto corriente que fortalece la comprensión de la determinación social de la salud, el paradigma crítico instaló la idea del currículo basado en la comunidad a través del acercamiento de los estudiantes a distintos espacios comunitarios, desde los primeros años de la carrera. La apuesta a las actividades desde el aprendizaje basado en problemas -que prioriza los conocimientos e ideas previas de los estudiantes e incita a que los mismos desarrollen una aptitud pro-activa en relación a las situaciones problemáticas en temas de salud- es también parte de la perspectiva paradigmática citada.

Respecto a las ideas de Flexner, cabe destacar su singular trascendencia dado que aún se encuentran vigentes en muchas carreras de medicina del mundo. El paradigma flexneriano establece y define el rol del médico a través del tratamiento de la enfermedad. Además, prioriza la dimensión biológica de la enfermedad y la atención basada en la “departamentalización” del conocimiento y la especialización de la práctica médica. Flexner

“llega a plantear que si no existiera la enfermedad no tendría razón de ser la existencia del médico, siendo categórico en su juicio acerca de que la calidad de una escuela puede medirse por la calidad de los clínicos que produce, idea que perdura todavía dentro de la educación médica contemporánea” (Pinzón, 200, p.35).

La influencia de Flexner ha sido estudiada a lo largo de las últimas décadas. Muchos autores se centraron en la capacidad para imponer el modelo de la medicina norteamericana y su criterio de calidad al resto del mundo, por el cual la formación se evalúa de acuerdo a la capacidad de dominar y aplicar correctamente los principios de las disciplinas biológicas y de la clínica médica.

Dada la proyección de estos dos modelos paradigmáticos, la educación superior médica transita hasta la actualidad un profuso debate que tiene como principales ejes, los modelos de formación y el perfil profesional al cual apuntar. En ambos, se juega también una revisión del objeto de estudio de la medicina, que cuestiona fundamentalmente el dominio de la enfermedad para establecer disciplinariamente la profesión médica y las consecuencias que esto ha tenido en la fragmentación de la medicina y la atención de la salud.

Se ha iniciado un proceso de cambio que si bien se explicita y se muestra en un sinnúmero de programas y proyectos así como también concretamente en experiencias curriculares en distintas universidades del mundo (y especialmente en Latinoamérica), no se encuentra exento de obstáculos y contradicciones. Resultan exponentes de un escenario complejo la brecha generacional que hace que profesionales formados en el auge del paradigma biomédico se muestren reticentes a los cambios curriculares y a las modalidades pedagógicas que conciben el aprendizaje centrado en el estudiante; los intereses de las corporaciones médicas que se desarrollan en cada región; empresas que pugnan por un modelo de formación que privilegia la hiper-especialización; los vaivenes que implica la política pública de salud así como las demandas de la estructura del sistema de salud de cada país.

Teniendo en cuenta el escenario descrito, las organizaciones internacionales de salud (OMS, OPS, etc.), diversos eventos patrocinados por asociaciones médicas, conferencias y encuentros mundiales han explicitado de manera contundente la necesidad de producir cambios en las metodologías y orientaciones educacionales en todas las profesiones de salud (Venturelli, 1997). Entre los fundamentos concluyentes que sostienen la necesidad de cambio, se enfatiza el caso de Estados Unidos, país que ha instituido la especialización de forma excesiva pero que no ha logrado transferir mejoras sustanciales al estado de salud de las poblaciones.

Puede advertirse un consenso sobre algunos de los puntos clave a los que debe atender la educación médica moderna. “El modelo centra la educación en el estudiante, se basa en problemas, es integrado, centrado en medicina comunitaria (aunque no excluye la hospitalaria), favorece los electivos y asegura un aprendizaje sistemático” (Venturelli, 1997, p.25). En el marco de las claves mencionadas, se considera y enfatiza la formación en comunicación. Explicitada como una “destreza”, se hace referencia

a las dificultades de los médicos para comunicarse con sus pacientes, brindar la información requerida y posicionarse ante situaciones dramáticas o bien dilemáticas (Venturelli, 1997).

En ese sentido, se alude a las “competencias comunicacionales” y se citan los avances que ha realizado la “Conferencia de Bellagio” en 2001, una reunión que se llevó adelante con representantes de la Fundación Rockefeller, la OPS, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y el Proyecto Cambio con el objetivo de aplicar modelos de competencias al campo de la comunicación para el desarrollo y el cambio social (Irigoin, Tarnapol Whitacre y Coe, 2002). En el recurso al fomento de dichos modelos, se va consolidando todo un modo de concebir la comunicación en la formación médica que reproduce mayormente la perspectiva instrumental de la comunicación bajo la influencia del enfoque de competencias.

La formación en comunicación surge y se enfatiza aún con mayor fuerza en las estrategias, propuestas e intervenciones que plasmó la OPS en la serie “La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en Latinoamérica”, documentos de divulgación dirigidos a profesionales de la salud, equipos técnicos y decisores de política pública que consultan los lineamientos de la OPS. Puntualmente, el Documento N°2 titulado “La Formación en Medicina orientada hacia la Atención Primaria de la Salud” recoge las conclusiones de una reunión con representantes de la región celebrada en 2008, sobre el tema referido. Como objetivo central enuncian

“(…) redefinir la formación de los médicos en la Región, buscando una educación basada en la comunidad, con una orientación generalista, con contenidos de salud pública y salud familiar y comunitaria y fundamentalmente con un enfoque de atención primaria de salud, que permita al egresado el desarrollo de sólidas competencias técnicas y sociales, un pensamiento interdisciplinario y un comportamiento ético” (Borrel, Godue y García Dieguez, 2008, p.7).

En el marco del modelo de formación explicitado, se destacan aspectos teóricos y prácticos que deben considerarse en la discusión y puesta a punto de los planes curriculares orientados hacia la APS. Entre los mismos, la comunicación surge como un eje valorado y en el que coinciden la mayoría de los voceros/representantes de facultades de medicina de América Latina y el Caribe. Desde el mismo, se propone trabajar la relación médico-paciente, el trabajo en equipo, la noción de comunidad y las estrategias de promoción y prevención así como la formación continua en informática (Borrel et al., 2008).

Resulta imperioso recuperar los debates de la actualidad latinoamericana en el campo de la comunicación, de la comunicación y salud y la mirada crítica del concepto de competencias, cuestiones que fueron abordadas en los apartados anteriores a fin de comenzar una revisión profunda desde la que puedan adoptarse las perspectivas y teorías más acordes a la formación médica orientada hacia la APS. Como se ha relevado, el modelo que surge y comienza a construirse curricularmente, incluye y valora la comunicación desde enfoques y presupuestos que se advierten aún sin problematizar ni justificar en

función de la redefinición de los perfiles que, supuestamente, la región latinoamericana demanda y necesita.

3.5 El ACD: puntos de partida, influencias, premisas e intereses

El ACD surge como marco privilegiado para analizar la inclusión de la comunicación en la formación médica de grado, teniendo en cuenta la coyuntura en que comienza a generalizarse y los enfoques que hasta el momento han sido dominantes. Se considera un abordaje que podrá dar cuenta de los efectos de poder y la ideología que surgen a través de determinados tratamientos discursivos.

Dentro del Análisis del discurso, el ACD –cuyos máximos exponentes son Teun van Dijk, Norman Fairclough, Gunther Kress y Ruth Wodak– conforma una perspectiva que se centra en la relación entre las prácticas discursivas y las estructuras sociales y explora las relaciones de poder y desigualdad. Esta consideración supera aquella que concibe al lenguaje exclusivamente como conjunto de enunciados para plantearla desde una concepción activa, fundante e imbricada necesariamente en las condiciones sociales de producción. El carácter hacedor, constitutivo de significados que crean y establecen valores, creencias, concepciones y saberes constituye la dimensión discursiva. El discurso es el lenguaje puesto en acto, es una práctica social que como tal construye realidad porque proporciona contenidos para entender el mundo.

La comprensión social del lenguaje le confiere estatuto de discurso y permite analizarlo en el marco de las Ciencias Sociales. Su configuración como objeto de estudio en ese campo reconoce aportes fundantes y sustanciales de la lingüística como disciplina originaria y también de la semiótica, la psicología y la sociología. Cada una de éstas, sumó al concepto en cuestión la relevancia necesaria para comprenderlo desde una perspectiva social en la que confluyeran los procesos cognitivos que supone, las estructuras del lenguaje que se ponen en juego, las condiciones de producción y recepción y la consideración del discurso en tanto práctica social. Enmarcar el discurso en las Ciencias Sociales incluye, además, una concepción crítica que supone asumir “que las personas llevan a cabo acciones de índole política o social cuando utilizan textos o cuando hablan” (Van Dijk, 2001, p.21).

Norman Fairclough (1992), autor exponente del ACD, precisa su inscripción en una teoría social del discurso de la que se desprenden implicancias. En primer lugar, el discurso debe concebirse como un modo de acción así como también un modo de representación. Por otro lado, advierte y afirma la relación dialéctica con la estructura social. “Por un lado el discurso es formado y determinado por la estructura social en el amplio sentido de la palabra, a todos los niveles; por el otro lado, el discurso es socialmente constitutivo” (Fairclough, 1992, p.1).

La comprensión dialéctica contempla, pone en juego y entrecruza la matriz socio-histórica y política con el orden textual propio de la producción discursiva. Asumir dicha comprensión implica dar cuenta sistemáticamente de la estrecha relación entre la constitución discursiva de la sociedad y las prácticas sociales a través de las cuales se desarrolla, prácticas que -a su vez- se encuentran enraizadas en estructuras sociales. A fin de que resulte operativa y posible la perspectiva dialéctica, debe

considerarse una concepción histórica y crítica del análisis desde la que se logre revelar las conexiones y las causas veladas de tal estructuración. Al respecto, Wodak destaca que

“asumimos una relación dialéctica entre las prácticas discursivas particulares y los ámbitos de acción específicos (lo que incluye las situaciones, los marcos institucionales y las estructuras sociales) en que se hallan ubicados. Por un lado, las situacionales, institucionales y sociales configuran los discursos y les afectan y, por otro, los discursos influyen tanto en las acciones y los procesos sociales y políticos de carácter discursivo como en los de carácter no discursivo” (Wodak, 2003, p.104).

El ACD reconoce entre sus principales influencias a la lingüística crítica (LC) que ya a mediados de 1970, concentró su interés en las relaciones entre lenguaje e ideología. Cabe destacar que los primeros desarrollos trabajaban sobre una concepción de ideología, sobre todo a partir de la obra de Hodge y Kress -“Lenguaje como ideología” (1979)- que fue reelaborada más adelante en función del concepto de hegemonía. Así, puede advertirse la configuración de un cuerpo teórico en el que comienzan a confluir los intereses sociales de la lingüística con el desarrollo de la teoría social crítica.

El ACD recoge la tradición de la teoría crítica, tanto desde la filosofía social como de la literatura y las Ciencias Sociales. La obra de Bajtin (1895-1975) cuenta como referencia indiscutida para el ACD como para la LC, ya que supera las perspectivas que estructuraron la consideración estática de la lingüística para pasar a comprenderla desde una perspectiva dialógica. Cabe resaltar en esta misma línea, los aportes de Voloschinov -discípulo de Bajtin- quien desde la filosofía del lenguaje propuso una teoría sociológica del enunciado a fin de desmontar el carácter ideológico inscripto en los mismos. La palabra considerada signo ideológico en tanto producto de la interacción social y la remisión de su significado al contexto sociohistórico de una época y un grupo social constituyen premisas fundamentales para la LC y el ACD, que tuvieron su principal afirmación en los trabajos de ambos autores (Pérez, 2013).

Por otro lado, se reconocen las contribuciones de Foucault (1926-1984) quien si bien no desarrolló de forma explícita consideraciones metodológicas pasibles de ser aplicadas en el ACD, gran parte de su obra fue central para dar cuenta de la naturaleza discursiva del poder, su estricta relación con el saber y con la constitución de objetos y campos de conocimiento desde los que se producen regímenes de verdad. La dialéctica saber-poder produce dominación y control a través de discursos que se legitiman y acrecientan el núcleo de “verdad”. Otros discursos son excluidos y silenciados en la producción. De la dinámica legitimación- exclusión, emana un concepto clave para el ACD, el de orden del discurso u orden discursivo.

“El término acuñado por Foucault (1971), orden del discurso, señala cómo en las sociedades los discursos no circulan libremente sino que pueden descubrirse condiciones que regulan su producción y circulación [...] El discurso transporta y

produce poder, lo refuerza pero también lo mina, lo expone, lo torna frágil y permite detenerlo” (Martín Rojo, 1997, p.3-4).

Son esas condiciones de regulación pero también la emergencia de discursos alternativos, de resistencia o bien disidentes, problemas que el ACD busca revelar a través de la apuesta crítica.

Del legado foucaultiano, resultan claves los conceptos de formación y práctica discursiva para dar cuenta de la construcción de objetos de conocimiento y los modos de enunciación prescritos por los mismos; ambas consideradas como operaciones que producen modos de subjetivación. La formación discursiva puede describirse cuando se advierten determinadas condiciones: un conjunto de reglas que posibilitan la aparición y transformación de objetos, la consecuente descripción de enunciados que resultan integradores o excluyentes de significados, su compatibilidad o incompatibilidad con otros enunciados y la dispersión en un campo de posibilidades estratégicas junto a prácticas no necesariamente discursivas (Hernández Castellanos, 2010).

“Las prácticas discursivas ensamblan y atraviesan disciplinas [...] son encarnadas en procesos técnicos, en instituciones, modelos de comportamiento general, formas de transmisión y difusión, y en formas pedagógicas que los imponen y conservan [...] tienen distintos modos de transformación en su dominio y en otras prácticas discursivas colaterales [...] no están basadas en un agente de conocimiento (histórico o trascendental) sino más bien designan una voluntad de saber que es anónima, polimorfa y susceptible de transformaciones regulares” (Foucault citado en Buenfil Burgos, 1996, p.3).

Las contribuciones de la tradición materialista con representantes de la Escuela Francesa de Análisis del discurso, recuperan y dialogan con los conceptos de Foucault antes citados. Pecheux (1938-1983) aportó el concepto de formación ideológica desde el cruce entre lingüística, psicoanálisis y marxismo. Considera que la ideología se materializa en prácticas discursivas que se inscriben en determinadas formaciones discursivas. Las formaciones ideológicas y discursivas se comprenden desde una dialéctica que las imbrica y transforma constantemente (Albardonedo y Cuberli, 2012). La perspectiva en la que se inscribe Pecheux, toma relevancia en el ACD por las consideraciones en relación a la ideología sobre todo, en relación a la construcción de subjetividades.

Con el bagaje de las tradiciones, teorías y contribuciones tanto del campo de la lingüística como de la teoría social, el ACD define su objeto y modo de análisis desde algunas premisas que clarifican criterios operativos y de validez.

En primer lugar, Fairclough (1992) advierte que el discurso en tanto objeto al que refiere el ACD, comprende muestras amplias de lenguaje escrito u oral, incluye la interacción entre hablante y destinatario y el proceso de producción e interpretación del habla así como al contexto situacional del uso del lenguaje. Esta concepción de discurso implica concebirlo como práctica social y enfatizar su dimensión constructiva como premisa fundamental para el análisis.

“Podemos distinguir tres aspectos de los efectos constructivos del discurso: el discurso contribuye a la construcción de identidades sociales y de ‘posiciones de sujeto’ para los sujetos sociales; ayuda a construir las relaciones sociales entre la gente; contribuye a la construcción de sistemas de conocimiento y creencias” (Fairclough, 1992, p.2).

En relación estricta al análisis, el mismo es considerado “tridimensional”, lo que implica comprender el “evento discursivo” en su dimensión textual, de práctica discursiva y de práctica social. Operativamente, la analítica planteada recupera en la primera dimensión el texto como producto acabado y se detiene en categorías propias de la estructura y la función del texto, relacionadas a la gramática y la sintaxis (Fairclough, 1992). La dimensión práctica discursiva -íntimamente relacionada con la anterior- abarca los procesos de producción, distribución y consumo del texto, la articulación entre los mismos. Consecuentemente tienen especial importancia, a modo de categorías, la consideración del contexto, los usos sociales del texto, la coherencia y la intertextualidad en tanto propiedad de los textos de incluir fragmentos de otros textos. Finalmente, en relación a la dimensión práctica social, se articulan los conceptos de ideología y hegemonía que, tal como se destacó, provienen de la influencia de la teoría social crítica que retoma el ACD. Se parte de considerar que determinado orden de discurso construye poder y por lo tanto ideología. “Las prácticas discursivas están investidas ideológicamente en tanto incorporan significaciones que contribuyen a sostener o reestructurar relaciones de poder. Las relaciones de poder pueden, en principio, ser afectadas por prácticas discursivas de cualquier tipo, incluso científicas o teóricas” (Fairclough, 1992, p.10).

Para concluir, es importante clarificar el abanico de temas/problemas que aborda el ACD en tanto campo disciplinario transversal y enfoque de investigación crítico. Principalmente, cabe aclarar que trabaja concretamente con discursos institucionales, políticos, de género y mediáticos que dan testimonio de la existencia de algún tipo de relaciones de lucha y conflicto (Wodak, 2003).

El enfoque propuesto apunta al análisis de relaciones de dominación, discriminación, poder y control tal como se manifiestan a través del lenguaje, en la sociedad y particularmente en las instituciones. Relaciones que surgen veladas, naturalizadas debido a los procesos de legitimación que las estructuras dominantes dinamizan por medio de la ideología y la construcción de hegemonía. Por esto, resulta un trabajo de desmontaje de dichos procesos en el que el posicionamiento dialéctico y el análisis histórico son decisivos.

“Permite analizar las presiones provenientes de arriba y las posibilidades de resistencia a las desiguales relaciones de poder que aparecen en forma de convenciones sociales. Según este punto de vista, las estructuras dominantes estabilizan las convenciones y las convierten en algo natural [...] los efectos de poder y de la ideología en la producción de sentido quedan oscurecidos y adquieren formas estables y naturales: se los considera algo dado” (Wodak y Meyer, 2003, p.20).

Siguiendo estos planteos, el ACD resulta sustancial en el descubrimiento de la naturaleza discursiva de gran parte de los cambios sociales y culturales contemporáneos. En ese sentido, las investigaciones encabezadas por Fairclough (2003) en los últimos años, se centraron en el lenguaje del “nuevo capitalismo”. Parte de considerar el mismo como una reelaboración de la red de prácticas sociales, de las que surge legitimidad para construir la realidad desde el discurso de la economía global. En esta línea, un caso ejemplificador que aborda el autor es la forma en que el discurso tecnocrático ha colonizado ámbitos de servicios públicos, particularmente el educativo. En ese contexto, presta especial atención a las reformas en materia de educación superior y a la centralidad que adquiere la enseñanza y el aprendizaje de “habilidades clave” (Fairclough, 1999, 2003, 2008). Se detiene particularmente en las “habilidades de comunicación” y como son proyectadas desde la política educativa. Subraya la necesidad de analizar las implicancias del discurso sobre las mismas y lo proyecta como una problemática que puede ser abordada desde el ACD.

La preocupación planteada por Fairclough en relación al desarrollo de una conciencia crítica sobre los usos del lenguaje y las prácticas discursivas en tanto procesos de producción, consumo y circulación de los textos constituye no sólo una perspectiva de análisis sino un desafío, en pos de la lectura crítica sobre los discursos en las sociedades contemporáneas; necesario y urgente para la construcción de ciudadanía.

Capítulo 4

Decisiones, elecciones y consideraciones teórico- metodológicas

El presente capítulo tiene como propósito exponer y argumentar sobre las particularidades metodológicas de esta investigación, entendiendo a las mismas como las decisiones conceptuales y operativas –ontopistemológicas- que confluyeron para dar curso a esta tesis.

La opción de investigar en un contexto institucional conocido, la adscripción a un determinado tipo de estudio y la priorización de un particular enfoque analítico, configuran el entramado original de la presente tesis. Un trabajo que intenta dilucidar a partir de los ejes teórico-conceptuales que se desarrollaron en el capítulo precedente; preocupaciones e interrogantes que surgen, tanto desde las intersecciones que permite la actividad académica en la educación médica como desde la impronta que suscita el campo de las Ciencias Sociales sobre lo “real-establecido”. Preguntas que también traducen percepciones y sensaciones vividas.

Desde la asumida convicción que postula a las Ciencias Sociales como el conjunto de disciplinas encargadas de “[...] romper con las preconstrucciones de sentido común [...] con la realidad tal como ella se presenta de cara a construir sus propios objetos, incluso a riesgo de que parezca violentarse a esa realidad” (Bourdieu, 2001, p.70), la pregunta de investigación planteada y los objetivos establecidos en el capítulo que corresponde a la construcción del problema de investigación surgen a modo de horadores de un “sentido común académico” (Bourdieu, 2001) sobre la comunicación. Sentido que se construye y conforma como tal en la formación médica de grado.

Las inquietudes expuestas abrieron el juego para apostar a una investigación interpretativa, preocupada por los significados y sentidos que la academia médica asigna a la comunicación en la actualidad. La reflexividad de la investigadora-autora, en este caso, supone someter a juicio presupuestos propios sobre la comunicación en la educación médica y sobre lo hecho hasta el momento, como miembro también -aunque demarcado por la formación de origen- de esa academia.

Una investigación cualitativa se considera la opción válida, organizadora del cúmulo de interrogantes e inquietudes que pudieron traducirse en la pregunta-problema establecida para llevar adelante la investigación. Para Morse, “se recurre a la investigación cualitativa [...] cuando el investigador supone que la situación ha sido concebida de manera restrictiva y que el tema requiere ser reexaminado” (citado en Vasilachis de Gialdino, 2006, p.27). En ese sentido, se comprende la importancia del lenguaje, del discurso ya que en esa posible “concepción restrictiva” operan discursos determinados.

Por otro lado, también puede describirse como un tipo de estudio exploratorio ya que, como se advirtió en el capítulo sobre los antecedentes, el tema no ha sido abordado desde el enfoque de análisis propuesto o bien ha sido estudiado de manera muy incipiente.

4.1 El enfoque del ACD. Los conceptos, sus implicancias y las categorías propuestas

El ACD se prioriza en función de los interrogantes y reflexiones hasta aquí enunciadas. Una comprensión operativa de la categoría de discurso aporta los elementos de análisis que tornan discernibles los efectos de poder y las operaciones de estabilización de significados que se derivan del mismo. Se asume que tanto efectos como operaciones resultan constitutivos de convenciones, saberes y creencias que se cristalizan y generan modos de designar y de hacer.

En ese sentido, cabe comprender el discurso como “un complejo conjunto de actos lingüísticos simultáneos y secuencialmente interrelacionados, actos que se manifiestan a lo largo y ancho de los ámbitos sociales de acción como muestras semióticas (orales o escritas y temáticamente interrelacionadas) y muy frecuentemente como textos” (Wodak, 2003, p.105).

La concepción dialéctica concibe al discurso como práctica social situada histórica y políticamente y permite explicitar su dinámica hacedora, por lo que es dable considerar dicha concepción especialmente en el análisis del tema en cuestión. En la inserción curricular de los contenidos de comunicación gravita, por un lado, la academia médica como institución donde el discurso médico es dominante y consecuentemente reproductor de relaciones y concepciones y, por otro lado, los cambios propiciados por una coyuntura de reformas en materia de Educación Superior a través de la regulación.

“El discurso se concibe como una práctica social que se imbrica en otras prácticas sociales e interacciona con ellas: el discurso se ve conformado por las situaciones, las estructuras y relaciones sociales, etcétera, pero, a su vez, las conforma e incide sobre ellas, bien cuestionándolas, bien consolidándolas” (Martín Rojo, 1997, p.3).

A propósito de la dinámica que implica el discurso, corresponde comprenderlo en relación a un tema, cuestión que también permite esclarecer el carácter de categoría principal en esta investigación. Un “discurso” sobre un tema concreto puede hallar su punto de partida en el interior de un ámbito de acción y desplazarse a otros. Los discursos y los temas discursivos “difunden” a diferentes ámbitos y discursos. Atraviesan los distintos ámbitos, se superponen, expresan referencias cruzadas o se hallan de algún otro modo sociofuncionalmente vinculados unos a otros (Wodak, 2003).

Será el y/o los discursos sobre la inclusión curricular de la comunicación en la academia médica, los desplazamientos y atravesamientos que se producen, los efectos que surgen de esa dinámica y los cambios o continuidades que se dan en términos de saberes y poderes lo que se buscará evidenciar a través del análisis.

Desde las definiciones y la dinámica explicitada, el ACD se concibe como una

“práctica tridimensional que emprende el estudio de cualquier discurso, simultáneamente: en tanto que texto, es decir, como el producto, oral o escrito, de una producción discursiva; en tanto que práctica discursiva, que se inserta en una situación

social determinada; y por último, como un ejemplo de práctica social que estructura áreas de conocimiento, que no sólo expresa o refleja entidades, prácticas, relaciones, sino que las constituye y conforma” (Martín Rojo, 1997, p.4).

Esta investigación adopta como referencia la matriz o práctica tridimensional por considerarla necesaria para el análisis que se llevará a cabo. Necesaria ya que permite profundizar la perspectiva interpretativa a través de categorías específicas, de rigor probado en el campo de la lingüística, adaptadas al análisis social del discurso. Además, consiste en un abordaje crítico que implica mostrar causas y conexiones veladas y evidenciar, por lo tanto, que los cambios, tensiones o continuidades ocultas en lo discursivo tienen su correlato en la dinámica social. En ese sentido, se apunta a identificar y esclarecer las convenciones, creencias, concepciones y fundamentos naturalizados, legitimados y concebidos como “datos” sobre la inclusión de la comunicación como contenido en la formación médica de pre-grado.

Dado que el ACD implica un constante ajuste entre la teoría y los datos empíricos, la adopción de la matriz opera como una referencia para agrupar las categorías y elementos que se pondrán en juego en la instancia analítica. Tal como afirma Wodak (2003), la metodología es ecléctica ya que se incorporan los métodos que resultan útiles de acuerdo al tema/objeto de investigación.

Cabe destacar el concepto de orden del discurso, que funcionará atravesando el análisis. Si bien se reconoce la impronta foucaultiana sobre el concepto que destaca, ante todo, las condiciones que se imponen a la producción y circulación de todo discurso, resulta operativa la definición que lo distingue como “el aspecto semiótico de un orden social [...] un particular ordenamiento social de las relaciones entre las diferentes formas de generar significado, es decir, de producir discursos y variedades discursivas diferentes” (Fairclough, 2003, p.183). Las variedades discursivas refieren al uso convencional del lenguaje más o menos esquematizado y fijo, asociado a una actividad social determinada (Fairclough, 2003). Dichas formas pueden ser mayoritarias o dominantes, otras pueden ser marginales, de oposición o alternativas.

Resulta especialmente interesante discernir el o los órdenes del discurso que se generan institucional y políticamente sobre la comunicación en la formación médica, su inclusión curricular, la reproducción y/o disrupción de dichos órdenes por parte de docentes, estudiantes y graduados tanto en las prácticas que son parte de la formación del pre-grado como en la formación en servicio a través de residencias y al inicio de su práctica profesional. Por medio de la interpretación y discusión sobre los órdenes de discurso dominantes y alternativos, también podrá considerarse el impacto del o los mismos sobre las concepciones del vínculo médico-paciente y sobre la relación usuario-sistema de salud.

4.1.1 El marco de la matriz tridimensional. Categorías y elementos de análisis y referencia

El nivel textual implica advertir cómo el significado de las palabras, en un contexto lingüístico, se relaciona con la construcción de la realidad social. El discurso en tanto texto se entiende como una pieza del discurso o unidad lingüística (escrito o hablado) y como un producto social. En este nivel, los

textos suponen una particular y situada utilización del lenguaje y sus múltiples recursos, a partir de los cuales se actualiza el poder constructivo del discurso. Desde estas premisas, el análisis busca revelar el modo en que los distintos rasgos gramaticales, de vocabulario, de estructura global y de cohesión entre otros, producen efectos de sentido que impactan en las acciones, identidades y representaciones sociales (Gómez Cuevas, 2015).

Se considera apropiado trabajar a partir de los ejes denominados “Vocabulario” y “Cohesión” dentro de los que Fairclough (1992) agrupa varios elementos de análisis textual. Dentro del primero, cabe reparar especialmente en el significado de las palabras y la lexicalización como proceso de creación de las palabras. Según Pedrosa, Machado de Oliveira y dos Santos Souza Damaceno (2010) trabajar sobre el significado operativamente “consiste en mapear las palabras clave que presentan significado cultural variable o potencial” (Pedrosa et al., 2010, p.10).

Respecto del análisis de los significados, cabe considerar la noción de “significados locales” de Van Dijk (2003). El autor demarca su conexión con el contexto y los define como el “resultado de la selección que realizan los hablantes o los escritores, en función de los modelos mentales⁷ que tengan de los acontecimientos o de las creencias de carácter más general que compartan socialmente” (Van Dijk, 2003, p.154).

También resulta productivo advertir la lexicalización, proceso a partir del cual se forman expresiones combinando o fusionando palabras lo que conlleva un cambio de significado y consecuentemente a la estabilización del mismo. A través de esta categoría, se prestará especial atención a la incorporación de las expresiones “habilidades de comunicación” o “competencias comunicacionales” en tanto combinación de palabras, producto de un proceso de creación y adopción de las mismas. Tal como afirman Pedrosa et al. (2010), identificar la creación de palabras implica examinar las lexicalizaciones alternativas y su significación política e ideológica así como constatar que la creación de dichos conjuntos de términos pueden generar categorías culturales.

A través del eje “cohesión” se muestra como el uso de conectores da cuenta de la estructura argumentativa, narrativa o descriptiva de los textos. La principal premisa consiste en advertir que el uso de conectores no es una propiedad objetiva y que el mismo se relaciona con el trabajo ideológico que construye el productor del texto (Pedrosa et al., 2010).

La práctica discursiva se define como los procesos de producción, distribución y consumo del texto; procesos que requieren referencia a la situación económica, política y social en la cual se genera e interpreta el discurso (Fairclough, 1992). Al comprender la misma, desde una dimensión socio-

⁷ El concepto de modelo mental proviene de la psicología cognitiva. Ha sido retomado por las teorías sobre representaciones sociales, por el análisis del discurso y en particular por las teorías de la argumentación. Grize (1993) lo define como la representación organizada de objetos del mundo exterior o de conceptos. Para el autor, todo discurso reposa sobre el modelo mental de alguna realidad específica. Para Van Dijk (2003), el modelo mental es la base para la comprensión del significado que tiene un discurso en particular.

cognitiva que se basa también en la internalización de estructuras y convenciones sociales (Fairclough, 2008), resulta posible dilucidar los procedimientos de legitimación, aceptación tácita y naturalización que constituyen el discurso sobre los contenidos aludidos. En este nivel resulta fundamental la noción de “intertextualidad” que, enlazada con las categorías seleccionadas de la práctica textual, puede dar cuenta de un dominio de palabras al nivel de vocabulario y así advertir la configuración intertextual de un texto (Fairclough, 2001). La intertextualidad considera una característica típica de los discursos, su condición de mezcla y combinación con otros discursos y distintos recursos textuales, estilísticos y de género. “La intertextualidad implica un énfasis en la heterogeneidad de los textos y un modo de análisis que destaca los elementos diversos y a veces contradictorios que configuran un texto” (Fairclough, 1992, p.4).

En el marco de la intertextualidad manifiesta, cabe destacar las “presuposiciones”. Son proposiciones que el productor del texto asume como establecidas, dadas o socialmente consensuadas. La noción tiene una larga trayectoria dentro de los estudios de la pragmática.⁸ Ducrot define la presuposición como la “presentación de una creencia como si fuera evidente” (Ducrot, 2001, p.17). En el contexto de la conversación específicamente, se expresa como una idea que el hablante e interlocutor deben aceptar sin más. El presupuesto remite a un conocimiento pasado que se expresa en el enunciado y es común a los personajes del diálogo, es compartido por ambos al punto de considerarse como complicidad. El mismo autor suma el concepto de sobreentendidos, que a diferencia de la presuposición es lo que el hablante deja librado a que el interlocutor deduzca.

Un concepto que se enlaza con el de presuposiciones es el de pre-construido cultural (Grice, 1993; Gutiérrez Vidrio, 2006). Los pre-construidos expresan saberes colectivos, tácitos, se configuran como matrices culturales de interpretación. Remiten a construcciones anteriores que anudan sintaxis y significación; cristalizando significado. Son especialmente decisivos para la argumentación. Van Dijk (2003) resalta el interés que reviste para el ACD investigar todas las formas de significados implícitos o indirectos que surgen en el discurso a través de conceptos como los de presupuestos, pre-construidos, sobreentendidos, etc.

Además cabe la posibilidad de incorporar la categoría de interdiscursividad. Esta se configura en dirección al principio de primacía del orden del discurso, el que está constituido por convenciones sobre géneros, discursos, estilos y tipos de actividades. Fairclough la denomina “intertextualidad constitutiva” a diferencia de la “intertextualidad manifiesta” que revela la constitución heterogénea de un texto por otros textos específicos (citado en Marinkovich, 1999).

⁸ Dentro del campo de la lingüística, la pragmática se dedica al estudio del significado en contexto. Esto abarca todo lo que concierne a significados intencionales no explícitos. Conceptos como los de presuposiciones, sobreentendido e implicaturas (Grice 1913-1988) son desarrollos propios de la pragmática.

Desde la interdiscursividad pueden observarse los argumentos que construyen y fundamentan el/ los discursos sobre la inclusión de la comunicación en la formación médica de pre-grado. En tanto género discursivo, la argumentación se fundamenta a través de los pre-construidos culturales definidos anteriormente y por los topoi o topoi. Wodak (2003) define a estos últimos como justificaciones relacionadas con el contenido que vinculan argumentos y conclusión. Bitonte y Matienzo (2009) advierten que los topoi no son los argumentos en sí mismos, sino los lugares donde la información se guarda para conformar los argumentos. Los “lugares” de la tradición aristotélica,⁹ configuran aquellos principios admitidos consensuado por una comunidad. Pueden diferenciarse dos tipos: los lugares comunes y los lugares especiales (Bitonte y Matienzo, 2009; Marafioti, 2003). Los primeros sirven a cualquier tema y se caracterizan por el uso de esquemas lógicos o abstractos. Los segundos, en cambio, son propios de una ciencia, un género o un tema en particular y remiten a proposiciones que han alcanzado un amplio consenso, por lo que retoman creencias y valores basados en ideas comunes.

Las categorías de intertextualidad e interdiscursividad permiten poner de relieve la perspectiva histórica que revela la naturaleza de las convenciones en los textos. Se proponen como categorías que permitirán mostrar ambivalencias, contradicciones, ambigüedades y a través de esto, marcar complejidades latentes, modos de reactualización de saberes y conocimientos sobre los contenidos en cuestión. Podrá problematizarse también el avance de la tendencia a incorporar contenidos de comunicación en la formación médica desde discursos determinados históricamente.

En el nivel de la práctica social, se busca establecer conexiones entre el discurso, la hegemonía y la ideología (Fairclough, 1992). La concepción de hegemonía en sí misma resulta apropiada para dar cuenta de los efectos discursivos de las creencias, las convenciones y los saberes construidos sobre el “sentido común”, asumiendo que en el mismo las ideologías se encuentran naturalizadas y automatizadas (Fairclough, 2001). Además, la condición dinámica de la lucha hegemónica permite ilustrar la relación entre estructura social y discurso; consecuentemente un orden de discurso determinado puede comprenderse como faceta discursiva ilustrativa de condiciones contradictorias e inestables que constituyen la hegemonía.

Así, en la práctica social, confluyen los hallazgos abordados por estas categorías. Cabe destacar, la estrecha y productiva relación entre hegemonía e intertextualidad

“[...] se puede conceptualizar procesos intertextuales y procesos de crítica y reestructuración de órdenes del discurso como procesos de lucha hegemónica en la esfera del discurso, que tiene efectos sobre, así como es afectada por, la lucha hegemónica en el sentido más amplio” (Fairclough, 1992, p.2).

⁹ Aristóteles desarrolla la “Topica” como parte de los métodos argumentativos. La referencia al término “lugar” se corresponde con la “inventio”, como la operación que en todo texto argumentativo remite al establecimiento y ubicación de las pruebas, razones o argumentos. La Topica puede definirse como una sección de la inventio que remite a la ubicación de dichos lugares en ella. Lugares que llenan de contenido las pruebas, razones y argumentos.

En ese sentido, interesa advertir los efectos que las creencias, las convenciones y los saberes sobre la manera de concebir y comprender la comunicación en la formación médica tienen para la construcción y/o fortalecimiento de un modelo de formación médica determinado. Si los órdenes discursivos que se configuran a partir de dichas maneras de concebir y comprender resultan ilustrativos de la estabilización de una hegemonía en la formación o pueden considerarse posibilidades contra-hegemónicas.

Por lo expuesto, resulta pertinente considerar de qué manera el discurso sobre los contenidos aludidos refuerza, cuestiona o bien hasta qué punto intenta problematizar el Modelo médico hegemónico y, sobre todo, algunos de sus rasgos constitutivos. El Modelo médico hegemónico refiere a una construcción teórico-metodológica que permite advertir, desde un nivel de abstracción, el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual ha ido logrando establecer como subalternas prácticas, saberes o ideologías teóricas, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (Menéndez, 1988).

Los rasgos salientes y dominantes que permiten dar cuenta del modelo y reconocer su dinámica son: biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico-paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud-enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 1978, 1981, 1983, 1990).

Tanto en la conceptualización del modelo como en sus rasgos, se advierte y destaca la influencia de la perspectiva foucaltiana, sobre todo sus aportes en relación a la medicina como dispositivo y, consecuentemente, el fenómeno de la medicalización.

En el marco de la presente investigación y de acuerdo a la indagación sobre discursos que la misma propone, interesan sobre todo los rasgos que desde la dinámica hegemónica permiten identificar las diferentes formas de reproducir las asimetrías.

Cuadro 1. Matriz de análisis. Funciones y procesos. Elementos de análisis seleccionados.
Aplicación

	Nivel	Función / proceso	Elementos de Análisis	Aplicación
D I S C U R S O T e m a d i s c u r s i v o	Práctica textual	Construcción de la realidad social	-Significado de las palabras - Lexicalización (creación de palabras) -Cohesión (uso de conectores) Significados locales	Corpus documental Corpus documental y corpus entrevistas Especialmente corpus entrevista
	Práctica Discursiva	Procesos de producción, circulación y consumo	-Intertextualidad -Presuposiciones Sobreentendidos Preconstruidos culturales -Interdiscursividad- Topoi	Corpus documental y corpus entrevistas Especialmente entrevistas Especialmente entrevistas
	Práctica Social	Construcción, disputa y disrupción ideológica y hegemónica	Hegemonía	Se desarrolla en los resultados
ORDEN DEL DISCURSO – Variedades discursivas				

Fuente: Elaboración propia.

4.2 Delimitación de la unidad de análisis

Se tomará como unidad de análisis a la curricula de la carrera de Medicina que se dicta en la UNCo. Por unidad de análisis se entiende el tipo de objeto que delimita el investigador para ser investigado y buscar información. Es un conjunto de entidades que debe acotarse para constituirse como tal (Marradi, Archenti y Piovani, 2007; Azcona, Manzini y Fernando y Dorati, 2015).

La carrera supone un currículum que se materializa en un diseño integrado por asignaturas, seminarios y prácticas. Al mismo tiempo implica una invención reguladora del contenido y de las prácticas involucradas en los procesos de enseñanza aprendizaje dado que dispone, transmite, impone reglas y un orden determinante (Gimeno Sacristán, 2010). En ese sentido, el currículum de la carrera representa en esta investigación, el conjunto de entidades sobre el que se indagará, en el que tanto el contexto histórico y político interactúan para constituirlo como tal.

Cabe destacar la complejidad intrínseca sobre la concepción de currículum, lo que conduce a advertir su carácter abstracto en el que reside la regulación, tanto simbólica como formal. Puede plantearse como el referente abstracto a delimitar como unidad. En concordancia con el enfoque de ACD, debe destacarse su consideración como texto que representa y presenta aspiraciones, intereses, ideales y formas de entender su misión en un contexto histórico concreto desde el que se toman decisiones y se realizan elecciones que se encuentran afectadas por las opciones políticas y económicas más generales (Gimeno Sacristán, 2010).

Así como se delimita la unidad de análisis, puede comprenderse como unidades de observación, el o los soportes materiales sobre los que se aplican las técnicas de recopilación de datos (Azcona et al., 2015). Se trata de la población de entidades concretas y delimitadas temporal-espacialmente. Para el caso en cuestión, las unidades de observación serán tanto los documentos seleccionados como los informantes claves entrevistados.

En cuanto a la delimitación temporal, el trabajo de campo incluye la investigación documental para la conformación del corpus documental y la realización de entrevistas para la conformación del corpus de los textos resultantes de las mismas. Esta labor se llevó adelante durante los años 2015 y 2016.

4.3 Historia y contexto

En 1996, se aprobó el informe final de la Comisión de Estudio de Factibilidad para la creación de la carrera de Medicina en la UNCo. La misma comenzó a funcionar definitivamente en 1998 a partir de un currículum centrado en la APS que se materializó en una estructura modular de tres ciclos: biomédico, clínico y de síntesis.

En 2003 egresó la primera promoción, hecho que concretó el pedido de creación de la Escuela de Medicina en lugar de lo que era la carrera de Medicina. Durante 2005, se propuso la incorporación de un ciclo más, denominado “Introdutorio”, con el objetivo de nivelar, reforzar y profundizar conocimientos incorporando los que se relacionan específicamente con el aprendizaje de la Medicina.

Su puesta en marcha se inició en 2006. A través del mismo quedó garantizado el ingreso irrestricto, aboliéndose la modalidad de examen de ingreso.

Con la inclusión del “Introdutorio”, la carrera queda compuesta por cuatro ciclos, 28 asignaturas y un total de 7.152 horas. La organización por ciclos implica una cursada correlativa de uno a otro, los estudiantes no pueden comenzar a cursar uno sin haber acreditado todas las asignaturas que integran el ciclo previo.

En 2009 el Consejo Superior de la UNCo aprobó el cambio de Escuela a Facultad. Desde entonces funciona la Facultad de Ciencias Médicas, en la que radica sólo la carrera de Medicina. Dado que las facultades representan las unidades mayores en la estructura universitaria, el cambio implicó mayor autonomía político-administrativa que se sustanció en la constitución de un Consejo Directivo como órgano de gobierno. Por otro lado, la Facultad se reorganizó en una estructura departamental que vinculó el plan de estudios y los ciclos. Los departamentos constituyen la unidad básica en la organización de la UNCo, agrupan disciplinas afines que se encargan del dictado de las asignaturas. Con el cambio a “Facultad de Medicina”, quedaron constituidos los departamentos Biomédico, de Salud Colectiva, de Ciencias Sociales y Humanas para la Salud y Clínico. Asimismo, estos revisten una subdivisión de áreas y orientaciones de carácter descriptivo que se realiza primordialmente en función de la jerarquización de cargos y concursos docentes.

El plan de estudios fundamenta la creación de la carrera y su inserción regional. Enuncia de manera explícita la formación orientada hacia la Medicina General. Destaca la importancia de la misma en función del perfil epidemiológico actual, afirma la necesidad de profundizar el modelo a través de datos y comparaciones con la formación especializada. En los aspectos más formales, refleja la estructura de la carrera, menciona el título a otorgar –médico– y las incumbencias del mismo. Establece los atributos del profesional que se espera formar, detalla las metas y objetivos de la formación en general y en particular de cada ciclo.

Cabe destacar que desde el inicio de la carrera, el plan se ha modificado en reiteradas oportunidades. Las modificatorias se sucedieron en el período 2003-2014. Dichos cambios atienden, en su mayoría, a cuestiones concernientes a las correlatividades, regímenes de cursada, carga horaria, cambios de denominación y creación de nuevas asignaturas. Los mismos se llevaron adelante en el marco de un proceso de evaluación que recoge las revisiones y acciones generadas por la propia institución como los informes producidos por la CONEAU, a partir de las instancias de acreditación a las que se ha presentado la carrera. Actualmente, la Facultad tiene una matrícula de ingreso que oscila entre 600 y 800 estudiantes, con un total de 1.717 que se encuentran en período de cursada.¹⁰

¹⁰ Los datos fueron obtenidos del Proyecto de Investigación “Determinantes de la trayectoria de los actores de la Carrera de Medicina de la UNCo. Enfoque diagnóstico Interdisciplinario”. Aprobado para el período 2010-2013 por la Secretaría de Investigación de la UNCo. Hs: 13- Ord. 0017/2010 CS dirigido por la Dra. Elena I. Barragán. La autora fue integrante de este proyecto.

La integración de la Facultad con las unidades de los sistemas de salud de las provincias de Río Negro y Neuquén se plasma a través de las prácticas de enseñanza- aprendizaje que realizan los estudiantes tanto en Centros de APS como en hospitales a partir del ciclo Biomédico, concentrando mayor carga horaria en el sistema en los dos últimos ciclos.

4.4 Técnicas de recopilación de datos - configuración de corpus de análisis

La información considerada necesaria para llevar adelante el tipo de investigación planteada fue recabada a través de dos técnicas: investigación documental y entrevistas semi-estructuradas.

La investigación documental se define como “técnica que permite obtener documentos nuevos en los que es posible describir, explicar, analizar, comparar, criticar, entre otras actividades intelectuales, un tema o un asunto mediante el análisis de fuentes de información” (Avila Baray, 2006, p.49). En este sentido, los documentos obtenidos resultaron acordes y originales en función del enfoque y los objetivos de la investigación. Se priorizaron textos de circulación significativa desde lo político-institucional y en relación a la implicancia curricular; además de incluir la Resolución Ministerial que aprueba los contenidos curriculares básicos para las carreras de Medicina y el Plan de estudios de la carrera, se priorizaron las asignaturas que involucran de manera explícita en sus programas contenidos de comunicación.

La concepción de material documental tiene un sentido amplio, abarcador de la lectura de textos, entendiendo por tales a todos aquellos que contienen significados: “[...] a todos estos textos, se les puede ‘entrevistar’ mediante preguntas implícitas y se les puede observar con la misma intensidad [...] La lectura es una mezcla de entrevista y observación y puede desarrollarse como cualquiera de ellas” (Valles, 1999, p.120).

El análisis se lleva a cabo en el cuerpo de los documentos listados a continuación, a través de la selección de fragmentos que hagan referencia explícita a la comunicación desde el tratamiento curricular.

El corpus documental incluye

- Plan de estudios de la Carrera en vigencia según Ordenanza 1047/ 13.
- Resolución del Ministerio de Ciencia y Tecnología (MECyT) N 1314/07.
- Programa de la Asignatura Introducción a los Estudios de la Medicina (IEM).
- Programa de la Asignatura Atención Primaria de la Salud I.
- Programa de la Asignatura Relación Médico Paciente.
- Programa de la Asignatura Atención Primaria de la Salud II.

El plan de estudios se encuentra y puede bajarse de la página web de la carrera de Medicina de la UNCo. Los programas de las cátedras fueron facilitados por los docentes titulares y a cargo de las mismas, todos son programas vigentes al año 2016. La resolución tuvo un tiempo de circulación acotado que se describe en el capítulo que se ocupa del análisis. Por razones de espacio, se adjuntan en el anexo

sólo los programas de las cátedras, ya que tanto al Plan como a la resolución puede accederse a través de sitios en la web.¹¹

La técnica de la entrevista se concentra en la comprensión de la perspectiva del entrevistado. Como fuente de información, entrega datos referentes a hechos, ideas, creencias, maneras de pensar, opiniones, sentimientos, maneras de sentir, de actuar; conducta o comportamiento presente o futuro. La entrevista de tipo semi-estructurada combina preguntas cerradas y abiertas desde las que el entrevistado tiene la posibilidad de circular el tema propuesto sin condiciones pre-fijadas por el investigador (de Souza Minayo, 1995). Se realizaron a informantes clave, que se definen como personas que tienen acceso a la información más importante sobre las actividades de una comunidad, grupo o institución educativa. Con suficiente experiencia sobre el tema abordado en la investigación, con capacidad para comunicar dicha experiencia y con voluntad de cooperación (Rodríguez Gómez y García Jiménez, 1999).

La selección de informantes responde a la posibilidad de visibilizar el discurso/ los discursos a través de las creencias, concepciones, opiniones y fundamentos de los actores. Es válido aclarar que las decisiones de selección han sido intencionales. En el abordaje cualitativo, las selecciones de informantes, episodios e interacciones van siendo conducidos por un planteamiento conceptual, no por una preocupación por la ‘representatividad’. “Para llegar al constructo, necesitamos ver sus diferentes aspectos, en diferentes momentos, en diferentes lugares, con diferente gente” (Valles, 1999, p.94).

Atendiendo a las consideraciones planteadas, los entrevistados han sido:

- 5 docentes.
- 1 docente autoridad de gestión.
- 2 graduados de la carrera de Medicina.
- 4 estudiantes de la carrera de Medicina.

Se realizaron grillas diferentes para cada grupo de entrevistados. Las entrevistas se pactaron con anterioridad; se estableció un lugar de encuentro con la persona, la mayoría se concretó en instalaciones de la Facultad. En todas se implementó el procedimiento de consentimiento informado. Los encuentros tuvieron una duración de 10 a 25 minutos. Todas las entrevistas fueron grabadas y, luego, desgrabadas para configurar el corpus de entrevistas que quedó conformado por las transcripciones de cada una. De cada texto, se seleccionaron fragmentos en base a criterios de ajuste a las preguntas realizadas y a los objetivos de la investigación.

¹¹http://medicina.uncoma.edu.ar/images/Academica/ord_1047_2013_23.pdf
<http://www.coneau.edu.ar/archivos/Res1314.pdf>

Cuadro 2. Descripción socio-institucional de los docentes entrevistados

Datos de clasificación de los docentes entrevistados					
	Sexo	Edad	Formación	Ciclo en el que se desempeña	Antigüedad en el cargo
D1	M	67	Médico General esp. Medicina Familiar	Biomédico	20 años
D2	F	57	-Medica Cirujana. -Mg. en Educación para las Ciencias de la Salud. -Dra. En Medicina y Cirugía.	Biomédico	31 años
D3	F	42	-Prof. de Química. -Mg en Procesos educativos mediados por tecnologías.	Introdutorio	10 años
D4	F	51	-Médica esp. en Genética. -Mg. Enseñanza de la Medicina.	Biomédico Clínico	32 años
D5	F	57	Médica Pediatra.	Síntesis	14 años
D6	F	48	Bióloga	Biomédico	18 años

Fuente: elaboración propia en base a datos recolectados.

Cuadro 3. Descripción socio-institucional de los estudiantes entrevistados

Datos de clasificación de los estudiantes entrevistados			
	Sexo	Edad	Ciclo que cursa
E1	F	28	Biomédico
E2	M	26	Clínico
E3	F	26	Clínico
E4	F	28	Clínico

Fuente: elaboración propia en base a datos recolectados.

Cuadro 4. Descripción socio-institucional de los graduados entrevistados

Datos de clasificación de los graduados entrevistados						
	Sexo	Edad	Año de graduación	Residencia	Cargo actual	Ámbito
G1	F	30	2012	-	Médica Laboral	Público
G2	M	33	2007	Pediatría	Médico Pediatra	Privado

Fuente: elaboración propia en base a datos recolectados.

Capítulo 5

Análisis, desmontaje y apuntes para la discusión.

Comunicación en Medicina: entre el fortalecimiento de la hegemonía y el replanteo de vínculos, poderes, saberes y sistema.

En este capítulo se procederá al análisis del corpus documental y al conformado por los fragmentos seleccionados de las entrevistas. Consiste en realizar una lectura interpretativa con énfasis en las categorías y elementos propuestos.

Con el objetivo de organizar el ejercicio analítico de forma más operativa y dinámica se ha dividido en tres apartados. En el primero, se aborda el análisis del corpus documental¹² y, en el segundo, el de las entrevistas. Esta organización resulta apropiada para desarrollar el apartado posterior, en el que se presentarán los resultados del análisis. En el tercer apartado, se buscará explicitar los órdenes discursivos, los discursos y las formas hegemónicas que surgen de los mismos así como la posibilidad de visibilizar configuraciones discursivas alternativas, potencialmente disruptoras de la hegemonía.

5.1 Análisis del corpus documental

En función de los objetivos planteados en esta investigación, se buscará esclarecer el tratamiento de los contenidos de comunicación, puntualizando en aquellas configuraciones de significado¹³ que son admitidas curricularmente de manera tácita, creando así un efecto de verdad que establece el o los modos en que debe concebir la comunicación un médico en su práctica profesional. Asimismo, se apunta a identificar desde la intertextualidad característica del texto curricular, aquellos posicionamientos discursivos que permitan dar cuenta de la condición dominante o marginal de teorías, perspectivas y concepciones para sostener la implementación de la comunicación como contenido.

5.1.1 Plan de Estudios de la carrera – Ordenanza 1047

El Plan de Estudios se ha modificado en reiteradas oportunidades desde su primera versión en 1997. La última modificatoria se realizó en 2014 a nivel de correlatividades. Sin embargo, los fundamentos explicitados en el Plan se organizan en los apartados sindicados como “Introducción”,

¹² Los fragmentos seleccionados de los documentos son reproducidos textualmente y se muestran en recuadros para diferenciarlos del análisis.

¹³ Significado y sentido se comprenden, en el marco del presente análisis, como sinónimos aunque muchas corrientes del campo de la lingüística y los estudios del discurso han trabajado desde la diferencia entre los dos términos. Al respecto, Raiter (2001) da cuenta del origen de la distinción que han hecho autores referentes como Voloschinov (1926) y Ducrot (1982). Señala que se estableció para el sentido, la significación que surge de situaciones reales de uso, mientras que el significado se remitió a las definiciones de diccionario. En función de la distinción descripta argumenta que en todo caso, los diccionarios han seleccionado uno o alguno de los usos posibles y los han fijado como permanentes y únicos de acuerdo a lo consagrado y considerado habitual o costumbre para determinado grupo social. Por lo tanto, afirma que la distinción termina siendo improductiva y falsa.

“Servicios de Salud”, “Modelo Educativo”, “Título”, “Incumbencias”, “Atributos del médico que se espera formar”, “Metas y Objetivos de la formación de grado” y “Objetivos generales de cada ciclo”; los cuales se transcriben textualmente de la Ordenanza 834, la que aprueba el plan inicial.

En 2008, se aprueba la modificación del Plan de Estudios en función de la inclusión del Ciclo Introductorio, en vigencia desde 2006. La fundamentación y objetivos del Ciclo Introductorio quedan anexados al Plan de Estudios, conformando el mismo.

Finalmente, el documento que se analiza es el aprobado en 2013, aún en vigencia. Se encuentra en la página web de la carrera, por lo que circula públicamente y además es material bibliográfico obligatorio de la asignatura “Introducción a los Estudios de la Medicina” (IEM) del Ciclo Introductorio, cuyo programa forma parte del presente corpus de análisis.

En el apartado “Atributos del médico que se espera formar” se menciona a la comunicación en dos oportunidades: en los enunciados que explicitan lo que se “espera” del profesional y los “atributos” como aquello que necesita desarrollar para lograr lo que se espera del mismo.

“Promover modos de vida sanos, recurriendo a las técnicas de comunicación y dando a los individuos y grupos la posibilidad de asumir la protección de su salud”.

“Técnicas de Comunicación” surge producto de un proceso de lexicalización en el que cabe reparar sobre significados asociados. En primer lugar, la concepción de “técnica” se vincula con procedimientos, recursos, reglas. Puede ser definida como una acción protocolizada, con pasos o bien instrucciones a seguir. De acuerdo al contexto lingüístico, es válido analizarlo también desde la intertextualidad como presuposición. Se presupone que existen dichas técnicas, que pueden usarse para “promover”. En este caso, se establece que el profesional debe recurrir a las mismas para “promover” y “dar la posibilidad”. Se afirma así un significado de la comunicación como técnica que el profesional aprende y de alguna manera maneja, lo cual implica profesionalismo.

Resulta significativo reparar en la asociación entre las “técnicas de comunicación” con el acto de “dar a los individuos y grupos la posibilidad de...”. Es el profesional quién “da”, las técnicas en cuestión habilitan y refuerzan lo que el profesional puede brindar como tal.

En lo que respecta a los atributos, se alude a ellos desde un conjunto de términos que combinan “habilidades”, “conocimientos”, “actitudes”, “experiencia” y “destrezas”. La comunicación surge enunciada en el marco de las “destrezas”.

Destrezas para la consulta que incluyen:

“Sensibilidad y comunicación efectiva con los pacientes y sus familias, colegas profesionales y para mantener buenos registros médicos”.

Cabe detenerse sobre los significados vinculados al término “destreza”, ya que la comunicación se presenta aquí como parte de la misma, como un atributo que compone a las “destrezas para la consulta”.

“Destreza” en el discurso educativo-pedagógico se asocia al significado de habilidad. Tal como se ha desarrollado y problematizado en capítulos anteriores, el enfoque de competencias incluye términos como los de habilidades, destrezas, aptitudes; refieren a lo que debe desarrollarse y lograrse en el proceso de enseñanza-aprendizaje. A nivel curricular no se los distingue, surgen como sinónimos. A la concepción de destreza en el discurso educativo, se suma un significado coloquial que remite a disciplinas de la gimnasia y vincula el término con características motoras, físicas y corporales.

En el contexto lingüístico que se analiza, la destreza incluye a la comunicación y a la sensibilidad como parte de la misma. Cabe señalar la contigüidad con el término “sensibilidad”. No obstante, sólo la comunicación aparece calificada como “efectiva”. El profesional debe entrenarse, obtener “destrezas”, para comunicar de manera “efectiva”.

El adjetivo “efectiva” puede reconocerse dentro de la experiencia textual acumulada; es un término usado tanto en el habla cotidiana como en distintos ámbitos para calificar acciones. Desde enfoques estratégico-conductuales, “la comunicación efectiva” supone un éxito garantizado por la recepción del mensaje y la comprobación de la retroalimentación. En el campo de la psicología, se vincula a determinadas perspectivas psicoterapéuticas. En Medicina, la “efectividad clínica” refiere a una intervención que funciona para el paciente. En todos los campos mencionados, la efectividad alude al resultado. El pre-construido que opera en esta significación es que lo “efectivo” da resultados.

En la actualidad, la “efectividad” atraviesa disciplinas y diversas áreas de conocimiento. Antepuesta para postular, evaluar, prescribir, puede leerse como un modo de reactualización de saberes que tiene base en la evidencia. Ahora bien, ante procesos, dimensiones, fenómenos que la mayoría de las ocasiones son complejos, difíciles de advertir en términos de resultados, la calificación de “efectivo/a” se vuelve ambigua.

En el apartado “Metas y objetivos de la formación de grado”, la comunicación se postula entre lo que se denomina “Objetivos de Conocimiento”. Cabe destacar que se listan dos clases más de objetivos: De “Destrezas” y “Actitudinales”.

Los estudiantes al finalizar la carrera de Medicina, habrán obtenido conocimientos sobre: - la importancia de la comunicación con el paciente y con otros profesionales
--

En este caso, se afirma como conocimiento ya establecido “la importancia de la comunicación con el paciente y con otros profesionales”. En primer lugar, más allá de qué tipo de comunicación se trate, se enfoca el objetivo de instalar la importancia de “la comunicación” en sí misma, lo cual presupone que esto estaba ausente. En segundo lugar, refleja las relaciones con textos previos que

históricamente han comprendido y valorado la comunicación en la formación médica en el marco de la relación médico-paciente. Tal como se ha señalado en capítulos anteriores, la enseñanza de la comunicación ha sido formalmente reconocida y, más tarde, introducida curricularmente en estricta referencia al momento de la entrevista clínica, postulando al mismo como contenedor por excelencia de la relación en cuestión.

No obstante, el conector “y” suma importancia y valor a la comunicación con “otros” profesionales. El conocimiento que debe obtenerse al respecto es sobre la comunicación “con”. El conector da cuenta de la valoración y la importancia que se le asigna a una perspectiva centrada en la comunicación interpersonal.

En los objetivos de “Destrezas” se menciona a la comunicación.

-Al final del curso habrá adquirido habilidades y destrezas en comunicación y otras destrezas que incluyen: métodos semiológicos básicos incluyendo la habilidad para obtener y registrar una historia comprensible, desarrollar un examen clínico completo y evaluar el estado, interpretar los hallazgos obtenidos de la historia y de un examen clínico.

Como ya se señaló, los términos “habilidades” y “destrezas” aparecen asociados pero no se diferencian. En este caso, el uso de la lexicalización -se enuncian como habilidades y destrezas en comunicación- reafirma una concepción instrumental. Concepción que se evidencia en el contexto lingüístico con el uso de la preposición “para”. Se construye así un significado funcional a la “obtención, registro, desarrollo y evaluación” de datos, cuestiones propias de la anamnesis médica.

En los “Objetivos generales de cada ciclo”, se condensa el tratamiento en clave de utilidad que se registra en los apartados anteriores. Aquí surgen sindicados entre lo que debe “conocer y comprender el estudiante al finalizar el ciclo biomédico”.

Los procesos y estrategias de la comunicación en las relaciones humanas en salud con énfasis en la relación médico-paciente.

Deberá haber desarrollado destrezas en: técnicas de comunicación con los pacientes, familia y equipo.

Aquí se hace mención al “proceso”, término que introduce otra concepción de la comunicación; ya no estrictamente circunscripta a concepciones instrumentales sino una más integral, más holística. Se presupone que existen procesos y estrategias de comunicación. En este caso el conector suma dos concepciones de comunicación reconocidas en el campo disciplinar de las ciencias de la comunicación. No obstante, se restringen a las “relaciones humanas” que se entablan en el vínculo “médico-paciente”; lo que hace que vuelva a afirmarse su enseñanza en función de esa relación.

En otro párrafo se alude nuevamente a las destrezas y a las “Técnicas de...”. Nótese que entre los objetivos de éste ciclo, se establece que primero deben “conocer y comprender” para luego “desarrollar”.

Por último, en la sección que se agrega al Plan de Estudios sobre la incorporación del Ciclo Introductorio y las asignaturas correspondientes al mismo (Ordenanza 1047), se menciona la comunicación en el marco de la fundamentación y las cuestiones a las que atiende y propone dicho ciclo.

[...] reforzar aspectos de comunicación, cuestiones éticas, sociales y culturales que prepare a los estudiantes de medicina para comenzar a relacionarse con pacientes, que permita conocer el derecho de los pacientes y ofrecer al mismo tiempo estudios en igualdad de oportunidades y en calidad de enseñanza.

Aquí aparece un término al que no se recurre en los apartados anteriores. “Aspectos” indica rasgos, características que redundan en la apariencia de algo. El significado remite a la percepción, algo que se observa a primera vista. En cambio, las “cuestiones” concitan atención. Habitualmente se refiere al término para dar cuenta de asuntos, temas, propuestas que tienen distintas aristas, conllevan un debate pertinente porque son polémicos.

Es dable considerar el contrapunto entre los términos y los significados de “aspectos” y “cuestiones”. Si bien se alude a ambos como temas a “reforzar”, desde el significado potencial los “aspectos de comunicación” se proyectan como tal, no se consideran cuestiones. Son “rasgos”, la “apariencia de”. Se presupone que la comunicación los tiene y son los mismos los que pueden y deben reforzarse.

A lo largo del tratamiento en los distintos apartados que integran el Plan de Estudios puede advertirse en el nivel textual, a partir de los significados y combinaciones de términos (lexicalización), la generalización de una comprensión instrumental y funcional de la comunicación. A nivel de la práctica discursiva, es posible encontrar conexiones entre el tratamiento en clave de “técnicas, destrezas, habilidades, efectividad y estrategias” y la coyuntura de política educativa en la que este Plan se produce como texto curricular y, consecuentemente, se establece y circula. La comunicación bajo dicho tratamiento, debe proponerse como un contenido medible, demostrable y es a través de la generalización de las concepciones de índole funcional cómo se consigue.

5.1.2 Resolución Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología (MECyT) N° 1.314/07

El documento establece, entre otras cuestiones específicas, los contenidos curriculares básicos y los criterios de intensidad sobre la formación práctica correspondientes a las carreras de Medicina que se dictan en el país. Cabe recordar que la Medicina se encuentra entre las profesiones “cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad y los bienes de los habitantes”, según el artículo 43 de la Ley 24.521. A partir de la norma, comenzó el proceso de regulación de las carreras comprendidas en el artículo. Para las carreras de Medicina fueron estableciéndose distintas instancias y acciones de evaluación y acreditación y, particularmente, esta Resolución Ministerial.

Los contenidos fijados, su transposición como competencias profesionales, la distribución en ejes curriculares son algunas de las cuestiones sobre las que se expide la misma. La elaboración del documento muestra también el resultado de un largo trabajo conjunto entre el MECyT, el Consejo de Universidades (CU) y la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina (AFACIMERA).¹⁴

El documento se publicó en 2007, luego de distintas revisiones que se efectuaron sobre la resolución del MECyT N° 535/99, que sirvió como referencia inicial para el establecimiento de estándares en función de los procesos de evaluación y acreditación dispuestos por la CONEAU.

La circulación institucional de la Resolución 1314 en la carrera de Medicina de la UNCo, se registra a partir de los procedimientos y actividades para la presentación a la acreditación de 2009. Sirvió de referencia para la adecuación de contenidos y diseño de los programas.

En el documento se alude a la comunicación en los distintos apartados que enuncian competencias y contenidos, distribuidos en ejes curriculares.

En la formulación de competencias, la comunicación aparece enunciada como un “componente” de la dimensión¹⁵ denominada “profesionalismo” que se materializa en tres actividades concretas.

Brindar apoyo y/o contención al paciente y/o a su familia al transmitir todo tipo de información sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
Brindar al paciente y/o la familia la información suficiente y adecuada para obtener el consentimiento para realizar procedimientos y/o tratamientos. Establecer una comunicación escrita efectiva a través de la historia clínica y otros registros.

Es significativo destacar que las actividades que se implican en el componente comunicación se circunscriben, en su mayoría, a la transmisión de información. Así es postulada como “algo” que “se tiene” y “se da”, que se “brinda”. Opera aquí un pre-construido que comprende a la comunicación como información, desde la unidireccionalidad que se afirma con la figura del médico como emisor.

En la última actividad citada, se habla de “comunicación escrita efectiva”, lo que presupone que fácticamente existe una comunicación escrita que no es efectiva o bien inefectiva. La presuposición de una “comunicación efectiva” evidencia –nuevamente– un registro discursivo en el que la “efectividad” comporta un parámetro que califica en términos de resultados cualquier práctica.

Además, surge enunciada entre los “contenidos básicos esenciales” en el marco de un eje curricular denominado “Proceso Salud Enfermedad Atención en las distintas etapas del ciclo vital”. En la grilla que explicita dichos contenidos se propone como técnica.

¹⁴ Fue creada en 1961 con el objetivo de generar vínculos entre las facultades de Medicina del país y fomentar relaciones entre profesores y graduados, intercambiar experiencias y jerarquizar la educación médica. Confluyeron en la misma, instituciones de gestión pública y de gestión privada. A partir de 1987, la Asociación comienza a transitar una etapa de mayor visibilidad, obtiene la personería jurídica y se incorporan a la misma más facultades. Entre ellas, varias privadas. También se incorpora lo que en aquel momento era la Escuela de Medicina de la UNCo.

¹⁵ En la Resolución las competencias profesionales para el médico se presentan organizadas en dimensiones y componentes. A cada componente se le asignan actividades específicas.

Técnicas de educación y comunicación en salud

Comunicación y educación, ambas combinadas, pueden utilizarse para fines específicos en salud. Por lo tanto, en este caso, lexicalización y significados afirman y vehiculizan explícitamente una concepción subsidiaria de la comunicación, sujeta a lo que puede producir, en tanto técnica.

Dentro del eje curricular “Medicina Hombre y Sociedad”, se menciona de nuevo como contenido en otros términos. Surge en el marco de un subtítulo: “Relación Médico Paciente Familia”.

(...) Proceso de la comunicación. Consejería. Comunicación de diagnósticos y Pronósticos desfavorables (...)

Se observa aquí la intertextualidad en la introducción de un término legitimado académicamente. La comunicación es definida como un proceso en el discurso de las Ciencias Sociales. Discurso que a la vez la configura como objeto de estudio y/o campo disciplinar. No obstante, puede leerse como parte de la experiencia textual acumulada, por lo que el significado en el fragmento citado se precisa en relación a los términos que le siguen. En cuanto al término “consejería”, se asocia literalmente a “dar consejos”. En lo que respecta a la “comunicación de diagnósticos y pronósticos desfavorables”, el significado resulta ambivalente ya que puede remitir a un protocolo y/o brindar la información sin más. Lo que sí queda claro, es que el médico es quien “comunica” diagnósticos y pronósticos.

En la Resolución, se puede entrever un discurso que posiciona a la comunicación como recurso, procedimiento, apoyo, accesorio. La comunicación aparece enunciada como una técnica y como proceso, pero el segundo se subordina a determinadas acciones e instancias específicas de la práctica médica. Así, la representación de la comunicación que subyace, es la de transmisión unidireccional de un determinado contenido.

5.1.3 Programas de las Asignaturas IEM, APS I, Relación Médico Paciente y APS II

Las materias mencionadas pertenecen al Departamento de Salud Colectiva y se integran en la estructura curricular, verticalmente. IEM se dicta en el Ciclo Introductorio y es una materia de cursado anual. APS I, Relación Médico Paciente y APS II se dictan en el Ciclo Biomédico y son de cursado anual y cuatrimestral, respectivamente.

5.1.3.1 Introducción a los Estudios de la Medicina (IEM)

IEM es una de las asignaturas que se crea a partir de la inclusión del Ciclo Introductorio. Comienza a dictarse en 2006. La asignatura se define como “un espacio curricular” que trabaja sobre

cuestiones relacionadas a la elección de la carrera de Medicina de la UNCo y aborda también contenidos concernientes a la alfabetización académica.

Trabaja de manera introductoria contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales concernientes a la vida universitaria y al perfil profesional al que se apunta desde el Plan de Estudios. Presenta y problematiza el concepto de salud, las formas y estrategias de investigación en Medicina y en salud. Finalmente, aborda la PS como filosofía y estrategia a fortalecer y proyectar en los sistemas de salud.

Cabe destacar que el programa se ha modificado en reiteradas oportunidades. Una de las primeras modificaciones se efectuó unos meses después de que comience su dictado, en función del cambio de la docente a cargo de la asignatura. Luego, tuvo sucesivos cambios de formato, diseño y contenidos entre 2009-2014, a partir de los procesos de evaluación y consecuente acreditación de la carrera por parte de CONEAU. En las modificaciones se incluyeron especialmente los contenidos mínimos de la asignatura, comprendidos como aquellos que se consideran de dictado obligatorio. Los cambios en dichos contenidos obedecieron a la creación de la estructura departamental y agrupación de las asignaturas en cada uno de los departamentos; proceso que como se ha indicado, surge con el pase de Escuela a Facultad.

En el Programa de IEM, se alude a la comunicación desde diversas concepciones. En la fundamentación del programa se menciona en términos de competencia.

Cada unidad de la asignatura es abordada mediante situaciones problemáticas integradoras. Esto permite fortalecer el proceso de apropiación de los contenidos disciplinares y el desarrollo de competencias vinculadas con las formas de lecto-escritura académica, la comunicación, el debate de ideas y la búsqueda, selección y análisis de la información disponible.

Es necesario destacar la diferencia que surge entre contenidos disciplinares y competencias. El significado de competencia reviste un sentido particular en tanto enfoque para el diseño curricular y en el campo educativo. De manera general, remite a un parámetro que sintetiza aquello que se concreta correctamente como resultado de la integración de distintas acciones. En este caso, se menciona a la comunicación como parte de dichas acciones, que en interacción con las otras enunciadas se vincula a otras no especificadas. En cambio, los “contenidos disciplinares” remiten a un conjunto de conocimientos de determinada disciplina. Los significados de “competencias” y “contenidos” -en este contexto- establecen diferencias entre ambos y la comunicación queda propuesta dentro de las primeras. Nótese que entre las que se enumeran, “comunicación” resulta la de significado menos preciso.

En otro párrafo se alude nuevamente a la comunicación como aspecto, enunciado que se advirtió en el apartado del Plan de Estudios que presenta el Ciclo Introductorio. Surge reafirmada la presuposición sobre la existencia de los “aspectos de comunicación”, a los que se suman los “éticos, sociales y culturales”.

Se abordan temáticas sociales y culturales que interconectan los procesos de salud/enfermedad. Se proponen actividades en terreno tendientes a relacionar Universidad, Salud y Comunidad, reforzando aspectos de comunicación, éticos, sociales y culturales.

Entre los objetivos que se propone la asignatura, también se enuncia la comunicación.

Adquirir habilidades comunicacionales orales y escritas.

Desde la intertextualidad, se pueden advertir aquí dos cuestiones. La primera es que se presupone que existen este tipo de habilidades y que se pueden adquirir. Al mismo tiempo, se advierte una lexicalización que remite lo comunicacional a la expresión oral y escrita. Vale recordar que el significado de habilidades -en el discurso educativo contemporáneo- se asocia al término destreza, ambos remiten al enfoque de competencias. Enfoque que está actuando permanentemente de manera intertextual. Lo segundo, es que se remite a un texto propio del área y las disciplinas de la lingüística. La lectura, escritura, comprensión oral como habilidades lingüísticas pueden individualizarse, por lo tanto pueden adquirirse. Lo mismo se propone con las “comunicacionales” que se citan aquí.

En los contenidos mínimos de la asignatura se consigna una conceptualización que dista de las concepciones y los tratamientos hasta aquí observados.

(...) Promoción de la salud. Participación comunitaria en Salud. Comunicación comunitaria en Salud. Educación para la Salud. Aproximación al diagnóstico comunitario en Salud (...)

Se incluye como contenido mínimo la “Comunicación Comunitaria en salud”. Desde la intertextualidad se advierte la presencia de un discurso proveniente del campo de la comunicación social. La Comunicación Comunitaria se ha desarrollado como perspectiva teórico conceptual, sobre todo en América Latina. Implica todo un posicionamiento teórico-epistemológico, a partir del cual se concibe la comunicación desde una comprensión procesual del fenómeno, en contraposición a las concepciones lineales sustentadas en perspectivas funcionalistas, circunscriptas a la dimensión informacional.

A través de la preposición “en”, se asume y presupone que dicha perspectiva se aplica, se observa, se advierte, se usa en salud en el marco de la PS.

Nótese que en el contexto lingüístico surge relacionada a distintas dimensiones conceptuales que resultan constitutivas de la PS. La inscripción de la Comunicación Comunitaria en la PS o bien su asociación, remite también al campo de la Comunicación y la Salud, en particular a la etapa inicial en la que la PS posiciona política y conceptualmente a la comunicación como una dimensión esencial para ejercerla y construirla.

La última unidad de contenidos de la asignatura se titula “Comunicación”.

Unidad 11: Comunicación. Comunicación y salud. Esquemas de comunicación. Medios de Comunicación. Comunicación Comunitaria: perspectiva instrumental y procesal. Comunicación y relaciones humanas. Contexto sociocultural: Importancia de los factores socioculturales.
--

Se observa aquí un tratamiento conceptual de la comunicación y la referencia al vínculo comunicación-salud como campo de referencia inmediato. La intertextualidad se advierte en la mención de conceptos, perspectivas y modos de relacionar los mismos, que son propios del desarrollo del campo de la comunicación social. Puede advertirse en la mención a “Comunicación y Salud” un registro epistémico del campo y el reconocimiento del mismo como constitutivo de los contenidos introductorios sobre la comunicación que se dictan en la asignatura.

En el programa analizado se observan diferencias evidentes que revelan un tratamiento heterogéneo sobre el concepto de comunicación y su postulación como contenido. En principio, es dable reparar en el dominio que se va configurando a partir de la lexicalización de habilidades, aspectos y competencias “de”, “vinculadas a” o directamente “comunicacionales” en coherencia y contigüidad con el Plan de Estudios. No obstante, al momento de postularse como contenido, entre los sindicados como “mínimos” y los que conciernen a la unidad, se enuncian definiciones y perspectivas que afirman y priorizan su condición de fenómeno humano, social y cultural. En ese sentido, se va construyendo la implementación de los contenidos desde perspectivas socio-antropológicas inscriptas en las Ciencias Sociales.

5.1.3.2 Atención Primaria de la Salud I (APS I)

APS I forma parte del plan de estudios original. Se dicta desde 1998, año de inicio de la carrera. La asignatura propone conocer, comprender y aplicar los principios de la APS en las prácticas de salud. Profundiza el abordaje sociocultural de los procesos de salud-enfermedad, a través del análisis de determinantes y factores.¹⁶ Conceptualiza la PS para orientar las intervenciones hacia la salud y a la comprensión de la misma en la comunidad.

Parte de la asignatura se cursa en distintos Centros de Salud de las localidades cercanas; se promueve que los estudiantes tomen contacto y conozcan la realidad de los Equipos de Salud y la comunidad de referencia de los mismos. Prioriza la formación en conocimientos de clínicas básicas, medicina preventiva, ciencias de la conducta y sociales.

¹⁶ Los determinantes sociales, se comprenden como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, el proceso en el que despliegan su ciclo vital, lo que incluye las condiciones de su producción y reproducción ampliada, las condiciones de acceso a sus derechos y a la protección social en todas las dimensiones humanas y sociales. El concepto cobró relevancia a partir de la década 1970 en Europa, en el contexto de un cambio de paradigma en la comprensión de la salud pública, en el que comenzó a tener peso el análisis socio-estructural para investigar y desarrollar políticas públicas en el ámbito de la salud.

El programa de la asignatura mantiene, en líneas generales, el formato con el que comenzó a dictarse en 1998. Se han realizado algunas modificaciones y ajustes luego de las evaluaciones de CONEAU.

Ya en la primera unidad, denominada “Salud y Enfermedad en la Sociedad” se menciona la comunicación.

Historia natural de la enfermedad y/o problemas de Salud. Etapas de la misma. Promoción y protección de la Salud. Comunicación y asesoramiento. Concepto de equidad. Acción intersectorial. Paradigmas en salud.

Como se observa, aparece luego de “Promoción y protección” y se suma al “asesoramiento”. El significado de “asesoramiento” moviliza aquí un sentido que se asocia a dar recomendaciones, consejos y, por contigüidad en el contexto lingüístico, el significado de la comunicación sirve o bien se complementa con dicha acción. Cabe recordar que la relación a nivel vocabulario entre “comunicación”-“consejería” se advierte ya en la Resolución 1314.

En la misma unidad, pero en lo que parece ser una segunda parte denominada “Introducción a la Relación Médico Paciente”, aparece nuevamente enunciada la comunicación.

Relación cuerpo-mente. Imaginarios sociales. La mirada médica, la exclusión de la mirada del enfermo y la exclusión de otras miradas. Diferentes formas de encarar la relación médico/paciente. Elementos claves que caracterizan la relación. Destrezas a lograr en la relación médico/ paciente. Empatía, niveles. La importancia del diagnóstico. Reglas prácticas de la relación médico/ paciente. Comunicación humana, patologías de la comunicación.

Se advierte en el fragmento una comprensión de la relación médico-paciente tendiente a identificar modalidades y en función de ellas establecer una suerte de objetivación de los tipos o niveles que caracterizan la relación. Respecto a la comunicación, se revela la intertextualidad a través de la referencia explícita a textos anteriores, provenientes de las teorías sistémicas del campo de la psicología y, específicamente, del interaccionismo simbólico como corriente propia del pensamiento micro-sociológico, aunque constitutiva del desarrollo teórico epistemológico del campo disciplinario de la comunicación. Perspectiva que tal como se ha reseñado en los ejes teóricos, se ocupó de indagar el sustrato simbólico de la interacción humana en la vida cotidiana en relación con la dimensión cultural.

“Comunicación humana” es una denominación que remite a la obra de un autor reconocido y destacado en dichas perspectivas, Paul Watzlawick; quien también formula la noción de “comunicación patológica” en el contexto de dicha obra.

Es importante destacar que Watzlawick no aparece mencionado en la selección de contenidos, sí en la bibliografía de referencia de la asignatura. Se resalta lo que implica la exclusión de la cita de

autoridad en el contexto lingüístico, ya que se construye un sentido unívoco sobre el contenido, basado exclusivamente en una perspectiva del campo de la psicología y la psiquiatría.¹⁷

En una de las últimas unidades, la número 9 y denominada “Medicina Comunitaria”, la comunicación vuelve a enunciarse.

La comunicación humana y el cuidado de la salud individual y colectiva. Herramientas para hablar y escuchar. Barreras para la comunicación. Comunicación con grupos especiales.

En concordancia con el tratamiento en la unidad anterior, se menciona la “comunicación humana” junto al “cuidado de la salud individual y colectiva”. En este caso, el uso del conector expresa una relación causal que postula la “comunicación humana” como elemento, condición, componente del “cuidado de la salud individual y colectiva”.

Aparece también la presuposición sobre las “barreras para la comunicación”. Se anticipa que existen y, por contigüidad en el fragmento, resultan asociadas con las “herramientas para hablar y escuchar” que surgen a modo de eufemismo. En ese sentido, es significativa la ausencia del término “diálogo”. Vuelve a afirmarse una comprensión de la comunicación desde la que puedan individualizarse técnicas, herramientas, en definitiva habilidades sin evidenciar el sustrato complejo y cambiante de la misma, sobre todo en el proceso salud-enfermedad-atención.

Al mismo tiempo, la “comunicación con grupos especiales” se observa como presuposición. Sin embargo, su remisión es más nebulosa, puede pensarse tanto en expresiones de sentido común como en los primeros modelos de comunicación para el desarrollo que individualizaban grupos y segmentos.

Dentro de la misma unidad, en un eje destacado denominado “Cultura y Salud” se alude nuevamente.

Elementos a tener en cuenta de la comunidad del área programa del Centro de salud: características geográficas, historia del lugar, características demográficas y socioculturales, articulación y comunicación con líderes comunitarios, necesidades de la comunidad, cobertura, tipos de demanda y accesibilidad a la atención.

En este segmento, la comunicación aparece entre muchos otros “elementos” que son enumerados. No obstante, se menciona unida a la “articulación con líderes comunitarios” y en continuidad con “necesidades de la comunidad”. El significado de articulación remite a la combinación de elementos, segmentos o sectores sociales, implica una noción de intersectorialidad. En el contexto lingüístico, por contigüidad la comunicación alude a un sentido complementario, que permite tal “articulación”. Se destaca que el término ausente sigue siendo el “diálogo”; ausencia que también obtura

¹⁷ “Teoría de la Comunicación humana” es una obra en co-autoría con Janet Beavin y Don Jackson. Se convirtió en referencia para las terapias sistémicas y las psicoterapias a partir de su aparición en 1970. La obra recopila gran parte de los trabajos realizados por la Escuela de Palo Alto, espacio académico intelectual que reunió al grupo de investigadores y estudiosos de la interacción a través de la teoría sistémica.

la posibilidad de advertir la dimensión constitutiva del poder en la relación médico-paciente. El tratamiento de la comunicación, en estos términos, implica proyectar la recepción como un lugar pasivo al que hay que acercarse y la emisión como lugar de saber a perfeccionar. La explicación es lo que se valora, en cambio la comprensión y la interpretación tienen lugares secundarios. Cabe remitirse al fragmento para dar cuenta de lo que podría sumar el término diálogo, para definir la horizontalidad como atributo central de la articulación comunitaria

Por último, se la menciona en un último eje de la misma unidad denominado “Participación Comunitaria”.

Participación comunitaria, concepto, niveles de participación, comunicación, facilitadores a tener en cuenta en el trabajo comunitario, obstaculizadores para el trabajo comunitario. Recursos de la comunidad- instituciones. Criterios de riesgo social.

La alusión es breve, no obstante al encontrarse en un eje dedicado a la Participación Comunitaria, el significado de “comunicación” surge en asociación explícita y en relación de complementariedad al concepto. Cuestión que se evidencia en el programa de la asignatura IEM. Se resalta que dichas perspectivas han sido fundantes del vínculo comunicación-salud, a través de la postulación y jerarquización de la comunicación en la PS.

En el caso del programa analizado, se advierte el establecimiento de la “comunicación humana” como concepto estructurante para definir y significar la relación médico-paciente así como para comprender y operativizar “el cuidado de la salud individual y colectiva”. Sin embargo, se enuncia sin el adjetivo; es decir, sólo se alude a “comunicación” en los ejes de contenido que trabajan sobre temáticas y nociones ligadas a la participación comunitaria.

Es dable reparar aquí en la intertextualidad para reflexionar sobre el modo en que se reactualizan y naturaliza un saber sobre la comunicación en la APS; ya que de manera explícita se mencionan textos provenientes de una teoría determinada. Se legitiman las calificaciones, sobre todo en lo vincular a través del concepto de “patologías”. Por otro lado, se observa la internalización de una comprensión complementaria de la comunicación en la participación comunitaria.

La ausencia del término “diálogo” es llamativa sobre todo para profundizar el tratamiento de la participación comunitaria, concepto que se presenta en la asignatura IEM. En definitiva, se evidencia la adscripción a una comprensión instrumental-actitudinal de la comunicación que implica una variedad de formulismos, en detrimento de una comprensión dialéctica.

5.1.3.3 Relación médico-paciente

La asignatura también forma parte del Plan de Estudios original y se dicta desde el inicio de la carrera. Como propuesta curricular, intenta contribuir a la formación humanística del estudiante, acentuando la misma a través de la comprensión del proceso salud-enfermedad, los determinantes y “factores socioeconómicos culturales en la salud de la población” (Facultad de Ciencias Médicas,

2016). Asimismo, apunta a la comprensión de “la tendencia del vínculo médico-paciente estructurado desde las relaciones de poder” (Facultad de Ciencias Médicas, 2016).

Presenta contenidos de comunicación desde que comenzó a dictarse en 1998. Se han reportado cambios en función de las evaluaciones de CONEAU y, particularmente, en función de la Resolución MECyT N° 1314 del 2007, cuyo contenido fue analizado anteriormente. Dichos cambios, se reflejan sobre todo en un apartado sobre “Competencias en comunicación humana” que se anexa al programa.

El programa enuncia objetivos generales y específicos. Entre los segundos, se referencia de modo particular la comunicación.

Detectar las patologías de la comunicación humana en la relación equipo de salud y comunidad.
--

De este modo, la comunicación es convocada otra vez a partir de un texto específico que ya fue referenciado en el programa de la asignatura anterior: “las patologías de la comunicación”. En ese sentido, avanza en la internalización de un tratamiento que sostiene la inclusión curricular de la comunicación anclada en el discurso médico, mostrando nuevamente un intertexto determinante para la estabilización del significado sobre el contenido “comunicación”. Cuestión que se evidencia especialmente en la presuposición que asume que las “patologías de la comunicación” pueden “detectarse”.

En la primera unidad de la asignatura, denominada “Epistemología”, se menciona concretamente en el marco de la teoría.

(...) Imaginarios “sociales”. Modelo biopsicosocial, sus orígenes. Medicina Familiar. Teoría general de los sistemas, aplicación a la práctica clínica, dificultades. Teoría de la comunicación humana. Escuelas de la Psicología. Determinantes psicosociales (...)

La “Teoría de la Comunicación Humana” propuesta en el recuento de temas y contenidos es también el título literal del libro de Paul Watzlawick. Se introduce así una especie de cita tácita sin autoría que refuerza, en concordancia con el programa de la asignatura anterior, un sentido unívoco sobre la “teoría”.

La intertextualidad evidencia la remisión a un texto anterior -proveniente principalmente del campo de las ciencias de la conducta- y cómo la distribución y el consumo del mismo en múltiples y muy distantes campos de formación y conocimiento han legitimado las teorías sistémicas para la comprensión de fenómenos y procesos sociales.

La siguiente unidad, denominada “Comunicación Humana Normal” realiza un tratamiento exhaustivo de la comunicación a partir de los conceptos centrales de la obra de Watzlawick.

Introducción, axiomas de la comunicación humana, la imposibilidad de no comunicarse, los niveles de contenido y relaciones de la comunicación, la puntuación de secuencia de hechos, interacción simétrica y complementaria. La circularidad de las pautas de comunicación. Comunicación no verbal. Análisis de la misma, expresiones faciales, la mirada, gestos y posición corporal, lenguaje (...)

En principio, cabe detenerse en la denominación que encabeza a modo de título la unidad. La presuposición de una “Comunicación Humana Normal” convoca textos previos que provienen de la teoría sistémica, del libro de Paul Watzlawick y del discurso normalizador de las ciencias biológicas y médicas, basado fundamentalmente en la construcción de sistemas de clasificación. A través del título aludido también se revela la internalización de convenciones y estructuras acerca de “lo normal” y lo “patológico”¹⁸ y como las mismas influyen en la construcción curricular, hasta para producir norma acerca de la comunicación en el marco de la relación médico-paciente.

Por otro lado, en la selección de contenidos y proposiciones, se observa otra vez la obra de Watzlawick. La mayoría de los mismos son títulos o subtítulos del libro “Teoría de la Comunicación Humana”, desde los que se desarrolla cada uno de dichos conceptos y proposiciones pero no se explicita que figuran literalmente en ese libro.

En la siguiente unidad, se advierte un tratamiento similar que continúa afirmando la inclusión de los contenidos desde el discurso médico-normalizador, cuestión que se evidencia ya desde la denominación contrapuesta a la anterior, “Comunicación Humana Patológica”.

Rechazo y aceptación de la comunicación, descalificación de la comunicación, el síntoma como comunicación. La estructura de niveles de la comunicación (contenido y relación). Confirmación y desconfirmación. Patologías potenciales en la interacción simétrica y complementaria: escalada simétrica y complementariedad rígida. Su aplicación en la relación médico/paciente y equipo de salud.

Vuelven a citarse sin referencia a la obra, la mayoría de los títulos del capítulo que en el libro se denomina de igual manera. Se explicita que los principios y conceptos enunciados se aplicarán a la relación médico-paciente y al equipo de salud.

Una vez más se introduce el término “habilidades” en la siguiente unidad denominada “Relación Médico Paciente”.

¹⁸ En alusión a la obra de George Canguilhem médico y filósofo francés, quien escribió “Lo normal y lo patológico” en 1943. El autor revisa y cuestiona el modo en que la medicina, la biología y en particular la psiquiatría se han constituido históricamente como formas culturales de poder, estableciendo cánones de normalidad y anormalidad afirmados en juicios de valor sobre la existencia material y el comportamiento de los sujetos. Señala la sobrevaloración de la naturaleza humana objetivada para establecer normas. Su principal argumento radica en la condición histórica de las ciencias, por lo tanto advierte el carácter dinámico y mutable de las normas establecidas por el discurso científico. Por lo expuesto, Canguilhem se opone a las nociones psicosociales de la norma que emanan de teorías funcionalistas.

**(...) Habilidades comunicacionales interpersonales en el ámbito individual, familiar, grupal y comunitario. Procesos de comunicación en consejería.
La entrevista clínica. La doble faceta de la entrevista clínica: la comunicación y las tareas técnicas.**

Se observa de nuevo lexicalización en la combinación “habilidades comunicacionales interpersonales”. Las mismas se proponen para ámbitos diversos. La alusión al “proceso de comunicación” en consejería revela otra concepción de la comunicación que remite a textos propios del campo disciplinar. No obstante, queda restringida por estar situada “en” la “consejería”. Tal como se advierte en la Resolución 1314.

Las sucesivas lexicalizaciones de habilidades comunicacionales y técnicas de comunicación en los documentos analizados dan cuenta de la tecnologización del discurso como característica de los órdenes discursivos modernos (Fairclough, 2001). La misma permite un cambio discursivo que en el caso de las habilidades, evidencia claramente como las mismas van postulando y estabilizando un modo, una manera, instrucciones para “comunicarse” en diversos contextos y situaciones. Se preestablece una práctica. Pasan a ser reconocidas e identificadas como técnicas trans-contextuales (Fairclough, 2001). Se reconoce el “aconsejamiento” como dispositivo producto de la tecnologización (Fairclough, 2001).

Por último, se hace referencia a la comunicación para dar cuenta de una “faceta” de la entrevista clínica. Se la postula y define como una parte, un aspecto de la misma que se suma a las tareas técnicas.

En una unidad que no destaca título, se vuelve sobre la postulación de técnicas.

Técnicas de interacción y comunicación con la problemática del paciente, su enfermedad y del enfermo con su familia.

La presuposición de técnicas se sirve de una lexicalización que incluye la “interacción” sumada a la comunicación. A través de la preposición “con”, se afirma que las mismas se desarrollan motivadas por la situación de enfermedad y lo que circunda a la misma.

En la misma unidad, se introduce un nuevo término en el tratamiento de la comunicación.

Modelos relacionales/ comunicacionales en los sistemas de salud actuales.

El significado del término “modelos” alude a una esquemática, a una representación para comprender algo. En el contexto lingüístico referenciado surge con fines clasificatorios para visualizarlos en los sistemas de salud. Por otro lado, cabe reparar en el uso de la barra oblicua. Habitualmente indica opciones y oposición entre las mismas. No obstante, en la oración citada, se advierte principalmente una relación de sinonimia.

En una de las últimas unidades, denominada “Participación Social y Relación Médico Paciente”, se apela a la diferencia comunicación/ información y a la Comunicación en Salud en el marco de la gestión.

Niveles de participación: manipulación, tratamiento, comunicación/ información, consulta, negociación, colaboración, poder delegado, control social.

Nótese también que en este caso, el uso de la barra oblicua parece precisar una oposición pero, al no desarrollarse, el tratamiento resulta ambiguo.

Calidad de la atención, normatización de la calidad en la atención de salud, atención primaria de la salud. Nuevos paradigmas en la Calidad de los Servicios de Salud. Modelos de Gestión y comunicación en salud. Actores sociales.

Es significativo que la mención a la “comunicación en salud” se da en relación a la gestión. El uso del conector suma, agrega, por lo que se observa una relación de complementariedad o bien puede interpretarse que hay “modelos de gestión y modelos de comunicación en salud”. Por otro lado, se reconoce la introducción de un texto que remite al campo de la Comunicación y Salud, a sus antecedentes, perspectivas que si bien se capitalizan en la PS, en la actualidad se reformulan desde dicho campo comunicacional.

El documento que se anexa al programa, denominado “Competencias a adquirir en comunicación humana”, afirma el posicionamiento en las teorías sistémicas para el tratamiento de la comunicación al enunciar en su título nuevamente la “comunicación humana”. Por otro lado, también lo hace en términos de competencias, en clara correspondencia con el enfoque que a partir de las reformas y la Resolución 1314 se aplica para los contenidos mínimos de las carreras de Medicina. De hecho, se transcriben las actividades que en dicha Resolución se explicitan dentro del componente “Comunicación”. Sin embargo, en el documento anexo a la cátedra son presentadas como “las tres competencias mínimas básicas en comunicación humana”. A través de la transcripción, se advierte una alusión explícita y literal, típica del fenómeno de la intertextualidad, que en este caso permite dar cuenta del vínculo con la coyuntura de reformas.

El documento define lo que considera las “Competencias relacionales/comunicacionales más importantes”. Sólo algunas de ellas refieren literalmente a la comunicación.

**Capacidad de comunicación oral y escrita. Capacidad de comunicación según cultura, estilo de los pacientes, grupos étnicos, religiosos, etc.
Habilidades comunicacionales interpersonales en el ámbito individual, familiar, grupal y comunitario (...)**

Se señala un fenómeno de lexicalización en el que se introduce un término que no había sido mencionado anteriormente, “capacidad”. La “capacidad de comunicar” remite a recursos y aptitudes para ejercer dicha acción. Lo que transmite la lexicalización es que existe un repertorio de actitudes y aptitudes que garantizarían alcanzar tal capacidad. Se establece para las distintas cuestiones en las que se presupone que se debe desarrollar una cualidad para poder llevarlas a cabo. Lo que subyace del tratamiento en estos términos es la posibilidad de poder desarrollar y legitimar en la circulación del discurso un repertorio de habilidades, capacidades, que en la competencia se constituyan como una especie de genéricos o bien un contenido común.

El mismo documento culmina con la mención de las “competencias en comunicación que entran en juego en toda entrevista clínica”. Las mismas son distintas a las enunciadas anteriormente. Para cada una de ellas se establecen definiciones que comprenden acciones y ejemplos.

En la definición y descripción, se advierten textos provenientes de la lingüística.

Competencia lingüística: se trata de un conjunto, podría decirse infinito, de elementos adicionales que acompañan al lenguaje (bien sea escrito u oral), y que ayudan a complementar lo verbal y lo escrito (atención con la letra y la jerga médica).

Paralingüística: (como debe entenderse el mensaje) El cómo preguntan y dicen las cosas. Es el desarrollo de capacidades para convencer y persuadir a los demás. Ej. en el asesoramiento /consejería

Proxémica: no verbal

Textual: la postura, los gestos, la mirada, el rostro, el cabello, las manos... todos son dispositivos de comunicación mediante los cuales estamos diciendo cosas permanentemente, aunque no lo sepamos.

Pragmática: la comunicación que afecta la conducta de las personas o la ansiedad/ nerviosismo que les genera al hacer una entrevista a ustedes y al paciente/ familia etc.

Quínésica: el manejo del cuerpo que está ubicado en un espacio / las distancias, si ofrecen una silla etc.

Cronética: en muchas ocasiones generamos problemas, no tanto por lo que decimos sino por el momento en que lo decimos. Las edades de los entrevistados también marcan diferentes temporalidades

Cómo dosificar la información y anticiparse a los hechos.

Y recordar siempre que: la escucha activa es la primera de las competencias de la comunicación humana.

La definición de competencia comunicativa, inaugurado en el campo de la lingüística, ha variado a lo largo del tiempo. El concepto reviste una complejidad constitutiva, cuestión que se revisó desde el campo de origen con aportes de la sociología, la psicología y la pedagogía. Las discusiones y aportes centraron el interés en la dimensión sociocultural como determinante de la competencia. De hecho, la discusión sobre el contexto y la determinación social fueron el punto central de los debates y discusiones que se dieron en torno al desarrollo conceptual original que realizara Noam Chomsky.¹⁹

¹⁹ Chomsky desarrolló el concepto de competencia lingüística (1965) centrándose en los principios que rigen el comportamiento del lenguaje a través de reglas. La noción fue reelaborada y resignificada como “competencia comunicativa” por Dell Hymes en 1972. El autor incluye dos cuestiones: el significado referencial y social del lenguaje y la coherencia de las oraciones con el contexto. En función de esta reformulación, la competencia comunicativa no es solamente una extensión de la competencia lingüística, a la que se suman las reglas relacionadas con el uso. Es un concepto dinámico y relativo, nunca absoluto y estático, dado que su base es social y depende de la negociación del significado entre dos o más personas que comparten hasta cierto punto el mismo sistema simbólico. En el marco de la perspectiva que aporta Dell Hymes, distintos autores han propuesto componentes diversos de la competencia comunicativa. Han sido ampliamente considerados los aportes de Canale y Swain (1980) sobre la competencia sociolingüística, la estratégica y la discursiva. También el de competencia

La intertextualidad da cuenta de la relevancia de un concepto que ha sido recuperado por diversas disciplinas y campos profesionales y que en la actualidad se reactualiza desde un discurso que equipara profesionalismo con competencia, sin acentuar la complejidad intrínseca del mismo, sobre todo respecto a las comunicativas. Fairclough define el fenómeno como “la universalización actual del entrenamiento en habilidades lingüísticas” (Fairclough, 2001, p.267).

En la enumeración de definiciones y acciones que le corresponden a cada una de las competencias mencionadas, se reafirma un tratamiento que intenta establecer acciones observables, prescriptas para determinados fines.

También cabe advertir la interdiscursividad en el cambio de registro que se da a través de la incorporación de la primera y la segunda persona del plural. En este cambio se inscribe un estilo informal. Se pasa de un escrito formal para “ser leído” a un “escrito para ser hablado”. La interdiscursividad, en este fragmento pone a los estudiantes en situación, se los interpela a través del cambio de registro a “ponerse en el rol” y aprehender estas ‘competencias’ en la entrevista clínica.

Finalmente se alude a la “escucha activa” como la “primer competencia de la comunicación humana”. Nuevamente, se opta por una lexicalización en vez de recurrir al término diálogo.

En el programa de la asignatura Relación Médico Paciente se observa -en general- un tratamiento de los contenidos de comunicación, que profundiza la implementación de los mismos desde la teoría sistémica. Fortalece el concepto de comunicación humana y despliega las categorías y clasificaciones que surgen de la obra de Paul Watzlawick. Algunas de las categorías, presentadas como títulos de las unidades -comunicación normal/patológica- resultan funcionales a la inclusión de los contenidos desde el discurso médico. En ese sentido, es consecuente con el tratamiento que se inaugura en la asignatura APS I. Lo que se agrega es la enunciación de las competencias en comunicación a través de un discurso que recupera nociones de la perspectiva sistémica, al que se suman categorías de la lingüística. El término “competencia” refleja, en el tratamiento citado, un sentido amplio que redundante en la ambigüedad; la misma se manifiesta en el arco de posibilidades que va desde lo que se “debe comunicar o informar o mostrar o saber hacer” al “cómo se debe hacerlo”. En lo que se postula como competencias relacionales/comunicacionales se advierten presupuestos sobre la capacidad según cultura pero se omite -por ejemplo- aludir a una competencia sociocultural que implicaría en sí misma la capacidad de comprender y producir significados.

Por último, es necesario destacar que los contenidos de comunicación se reformulan en el discurso de las competencias principalmente desde una dimensión actitudinal y conductual que admite clasificaciones, categorías, propiedades y atributos que vuelven a postularse demostrables, tangibles.

sociocultural de Celce-Murcia, Dornyei y Thurrell. Cabe destacar la variedad de los componentes que se jerarquizan ya que atienden a la determinación sociocultural del concepto y su complejidad, cuestión que va mucho más allá de una concepción sistémica.

5.1.3.4 Atención Primaria de la Salud II (APS II)

Al igual que APS I y Relación Médico Paciente, esta asignatura se dicta desde 1997. Apunta a fortalecer la formación en APS, poniendo el acento en la relación equipo de salud / comunidad. Como las asignaturas anteriores, reporta modificaciones en lo tocante al contenido luego de los procesos de acreditación y evaluación.

En líneas generales, propone fortalecer la formación humanística para el conocimiento y análisis de los “factores socio-económicos y culturales” que influyen en la salud de la población. También apunta al diseño de análisis de situación en salud y al trabajo conjunto con las comunidades. Aborda nociones relacionadas a la gestión en salud, sustentadas en la investigación epidemiológica y en bioestadísticas.

Gran parte de las actividades de la cursada se realizan en Centros de Atención Primaria (CAPs) y en hospitales. En los objetivos de la asignatura se menciona la comunicación.

Ejecutar acciones de promoción y protección de la salud, con una adecuada comunicación, a los efectos de acrecentar y proteger la salud de la comunidad.

Calificada a través del adjetivo “adecuada” remite a un tipo, a un modo de comunicar que conviene a determinadas circunstancias y determinados efectos. Tales efectos serían potencialmente “acrecentar y proteger la salud de la comunidad”. Ahora bien, la acción de “adecuar la comunicación” a determinados fines, resulta ambiguo, al mismo tiempo que conlleva preguntarse por las implicancias que debería tener en el marco de la PS. Cabe recordar que los modelos persuasivos, tendientes al cambio de conductas, fueron cuestionados por reproducir enfoques individualistas y fue justamente, en el marco de la PS, que comenzaron a plantearse perspectivas integrales tendientes a jerarquizar la dimensión simbólica de la comunicación para pensar y analizar los procesos no sólo para conducirlos desde saberes específicos.

En la primera unidad denominada “Salud Pública”, se menciona vinculada a los sistemas y los servicios de salud.

(...) Problemas de Salud. Requisitos de la atención médica. Organización y comunicación de los servicios de Salud (...)
(...)Elementos para el análisis. Sistemas de salud formales e informales, articulación y comunicación. Políticas de Salud. Programas Nacionales de salud. Programación local (...)

En el primer fragmento, la presuposición indica que existe -en el contexto de los servicios- un tipo de comunicación que le es propia, que le pertenece. Luego se la relaciona y suma a la “articulación”.

En una unidad denominada “Riesgos medio ambientales y laborales”, se alude de nuevo a la relación comunicación-consejerías.

(...) Trastornos musculo esqueléticos. Cáncer ocupacional. Medidas preventivas. Aconsejamiento con énfasis en la comunicación.

En este caso, se menciona como un atributo, como algo que debe agregarse, aumentarse y destacarse en el “aconsejamiento”. Es necesario interrogarse por un tipo de “aconsejamiento” en el que no exista este “énfasis”, qué implicancias tendría y como se proyectaría en Salud Pública.

La unidad denominada “Salud escolar-La escuela como sistema” se inicia con una alusión explícita a la comunicación.

Comunicación entre equipo de Salud-escuela y familia. Posición del profesional de salud (...)

Aquí, el juego de las presuposiciones afirma la comunicación a través de una relación con sectores determinados. No es casual que dicha relación se describa encabezada por el “Equipo de salud”, de hecho puede leerse desde un pre-construido que concibe al Sector Salud como proveedor de información para la escuela y la familia.

En una de las últimas unidades, denominada “Nutrición y estilos de vida, abordaje en la desnutrición”, vuelve a evidenciarse un tratamiento que concibe a la comunicación como instrumento que viabiliza el cambio de conductas.

La comunicación para estimular a la población a estilo de vidas saludables.

Se advierte la remisión a textos anteriores, en particular a los antecedentes del campo de la Comunicación y Salud, relacionados primordialmente con el cambio de conductas. También puede leerse una presuposición de la comunicación como proveedora de información que detenta el sistema de salud y los profesionales; en definitiva, el saber médico-científico.

Después del desarrollo de cada una de las unidades, se explicitan en el programa áreas de contenido que se agrupan por “Conocimiento”, “Actitud, aspectos relacionales” y “Habilidades y Competencias”. En las tres citadas, se convoca la comunicación desde concepciones que resultan ambiguas.

Área del conocimiento

Comunicar al paciente y a su familia información sobre las enfermedades que padecen su tratamiento y prevención.

Se postula un tratamiento conceptual ya que se ubica en el área de conocimiento. Por otro lado, la acción de comunicar se restringe al “paciente y su familia”, quienes se ubican claramente en el lugar de receptores a través del uso de las preposiciones. La ambigüedad se observa en el tratamiento como

área de conocimiento, ya que lo que se propone es informar, con lo cual es difusa la propuesta en tanto contenido conceptual. Resulta confuso en términos de conocimiento qué es lo que se postula como tal. Al anteponer el verbo comunicar, remite a la acción, por lo que podría considerarse como un contenido que se inscribe en lo actitudinal más que en el conocimiento per se. Al mismo tiempo, no queda clara si la propuesta se circunscribe exclusivamente al conocimiento de los procedimientos médicos para dar la información o si es más amplia y postula la comunicación desde una comprensión integral en la que la información sea parte del proceso.

Área de la actitud/ aspectos relacionales:

Entender la integración y comunicación de otros individuos y con la comunidad.

Puede señalarse una presuposición que postula la comunicación como una acción específica o especial de o para “otros” y de esos “otros” con la comunidad. Sumada a la “integración”, el sentido de la comunicación en la frase se vuelve un tanto difusa porque “integración” remite a completar un todo o que algo pase a formar parte de un todo. Cabe reflexionar acerca de lo que se considera aprendizaje actitudinal a través del fragmento citado. Algunos de los interrogantes que surgen podrían ser ¿quiénes son esos “otros”? ¿Con qué fines se propone, desde lo actitudinal, entender la comunicación de “otros”?

Área de las habilidades y competencias

Adquirir habilidades en la comunicación en prestaciones de atención de la salud y emergencias y en la gestión de servicios y equipos de salud.

Una vez más se presenta el término “habilidades”. Ahora se vincula con la “comunicación en prestaciones de atención de la salud y...”. Si bien no se observa una lexicalización explícita, el primer término vehiculiza una significación genérica de las habilidades que prescribe ciertos modos, maneras de comunicar en los sectores y contextos enunciados.

El programa de APS II profundiza un tratamiento instrumental de la comunicación. La proyecta en el ámbito de la gestión y planificación en salud, sin optar por tradiciones o perspectivas específicas. Continúan las presuposiciones que la postulan en el marco del cambio de conductas y asociada en términos estratégicos con las consejerías/ asesoramiento.

5.2 Análisis de las entrevistas

El análisis del corpus que surge de las entrevistas, se propone revisar en clave discursiva, las concepciones, fundamentos y opiniones que sostienen la inclusión curricular de la comunicación en la carrera de medicina de la UNCo por parte de actores institucionales -docentes, estudiantes y graduados.- Los ejes de indagación, en que los que se focalizó a través de las preguntas fueron: la concepción de comunicación, la relación/aporte de la comunicación a la formación médica y el reconocimiento de algún tipo de tratamiento teórico-conceptual de la comunicación en la curricula. En las entrevistas a

docentes, se indagó en particular sobre la incidencia de la formación en comunicación en el perfil al que apunta la carrera: médico generalista. También se les preguntó por el concepto de “competencias de comunicación” y sobre el conocimiento de la Resolución 1314 y su incidencia/ impacto sobre la inclusión de los contenidos de comunicación en la carrera. A los estudiantes y graduados, se los interrogó especialmente sobre el tipo tratamiento que recuerdan en relación al contenido en cuestión y lo que creen que han capitalizado de las cursadas en los que se impartía al mismo, tanto para la continuidad en la carrera como en su vida profesional, respectivamente.

5.2.1 Concepciones de comunicación

5.2.1.1 Docentes

Las concepciones de docentes sobre la comunicación combinan significados muy diversos. La pregunta apuntó a que puedan enunciar -en lo posible- una concepción propia, despojada del conocimiento científico académico; que surja de su vida profesional, de sus propios valores o bien desde los significados que tienen internalizados desde distintos saberes.

Los términos que encabezaron las definiciones fueron: “conducta /comportamiento”, “acto social”, “habilidad”, “destreza”, “interacción”, “entendimiento”, “transmisión”, “relación”, “encuentro”, “compartir”, “proceso”, “intercambio” y “recepción”. En este recuento, pueden reconocerse desde la fuerte influencia de las teorías conductuales y sistémicas hasta la matriz socio-cultural que presupone que la comunicación pasa por la unión y el encuentro.

La valoración de la sistémica y de la psicología en general se advierte ya antes de definir la comunicación como conducta/acto social. Se apela a una cita de autoridad que revela la intertextualidad para lograr enunciar una concepción que da cuenta de un conocimiento científico sobre el tema, basado estrictamente en dichas perspectivas.

***D.1** “Lo que conversamos con los alumnos de las entrevistas que hacemos clínicas, todo, que seguimos la teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick; un enfoque sistémico, pero no solamente esa. Para la entrevista sí, y sobre todo como los médicos generalistas o los médicos de familia trabajan con todo el núcleo familiar y la familia es un sistema en interacción. Ellos ven en la materia todas las escuelas de la psicología y cuál es el objeto de estudio para cada una de ellas. Pero el concepto es que toda conducta o comportamiento, es comunicación. O sea, toda conducta que sea verbal o gestual, que hace el alumno, el paciente o el integrante del equipo de salud es comunicación”.*

En el fragmento de **D.1** también la intertextualidad se evidencia a través de la alusión a un principio de la Teoría de la Comunicación Humana de Watzlawick; el que afirma que “toda conducta o comportamiento es comunicación”.

Una concepción enunciada desde las habilidades y las destrezas, surgió en relación estricta con la experiencia docente, el trabajo de gestión y planificación de contenidos en Facultades de Medicina. En ese sentido, la misma concepción admite que dichas habilidades y destrezas pueden “adquirirse”, que tienen “dimensiones”.

***D.2** “Yo estoy influenciada por conceptos que he escuchado sobre comunicación en carreras de medicina, donde he visto diseños curriculares en los cuales la comunicación es una especie de ruta de subterráneos, donde tiene distintas estaciones que van entrando como un peine en distintas asignaturas. Entonces, la comunicación sería una habilidad y destreza que tienen que adquirir todos los profesionales; especialmente los de la salud y que pueden ir adquiriendo en sus distintas dimensiones en distintas asignaturas: ya sea básicas, sociales, clínicas, en bioética”.*

En el fragmento de **D.2** se advierte, consecuentemente con el enfoque de competencias, una concepción que desagrega porque presupone qué habilidades y destrezas se pueden adquirir.

Las concepciones que se observaron vinculadas a matrices culturales de interpretación o bien a creencias compartidas socialmente, ya no tan influidas por un saber certificado en la comunidad académica de referencia, remitieron a la comunicación como “proceso” e “interacción” y a la comunicación como una “acción entre un emisor y un receptor”.

Se puede identificar que en las concepciones previas surge un significado local amplio, desde el que se expresa solapadamente la complejidad como característica para definir y describir la comunicación. Cuestión que se evidencia en el uso de conectores que intentan reformular, explicar, comparar.

***D.3** “Tiene que ver con cómo cada uno va construyendo la interacción con el otro, con cuestiones más formales que tienen que ver con transmitir una información, una fecha, un dato”.*

***D.4** “Comunicar es un poco encontrarse con el otro y compartir algo que es el motivo de la comunicación. Es como un proceso. Compartir es intercambiar, escuchar al otro, responder preguntas, formular nuevas preguntas y plantear opciones para definir caminos de decisiones”.*

En el último fragmento, el uso del “como” da cuenta de una relación de semejanza que describe el significado en relación al “proceso”.

No obstante, también aparecen concepciones previas más lineales que se corresponden con el dominio y la trascendencia del modelo de transmisión de corte funcionalista, basado en el esquema emisor-mensaje-receptor. Modelo que también pertenece en la actualidad a un saber colectivo, tácito sobre la comunicación

***D.5** “Para mí, la comunicación es una acción donde hay un emisor y un receptor. Y donde el emisor puede comprobar que ha sido receptado y el receptor toma cuenta del emisor. La comunicación es cuando el emisor puede probar que ha sido receptado y el receptor toma cuenta del emisor”.*

5.2.1.2 Estudiantes

Para los estudiantes fue más simple definir la comunicación desde concepciones personales e intuitivas. Los entrevistados reflejaron en sus respuestas significados locales que vinculan la

comunicación a un recurso, una herramienta para la expresión de sentimientos, emociones, pensamientos, necesidades. También la definieron literalmente como “información” y “transmisión”.

Se reconoce en la selección que realizan los entrevistados, la primacía de una concepción utilitaria de la comunicación. Cuestión que obedece a la influencia de teorías propias del campo que han trasvasado el ámbito académico específico para instalarse socialmente. El significado local que enfatizan los estudiantes se afianza en la consideración del “medio para”, en algo que sirve para alcanzar un fin; que si bien puede no ser tangible -se citan sentimientos, emociones, pensamientos- incide en la construcción de un significado potencial que tácitamente asume la condición performativa de la comunicación. Por ella y a través de ella se pueden hacer y conseguir cosas.

E.1 *“Comunicación... a ver... es la forma que tienen los seres vivos para comunicar sentimientos, emociones, pensamientos, para comunicar necesidades, no sé...”*

E.2 *“Es un medio, o cualquier medio, a través del cual se intercambia información, opiniones, se dan a conocer sentimientos, dudas, un montón de cosas pero básicamente sería un medio a través del cual se logra un intercambio”.*

E.3 *“Para mí, la comunicación es la herramienta que tenemos para poder relacionarnos con otros”.*

En los fragmentos citados puede sobreentenderse, en la alusión a los “seres vivos” o bien los “otros con los que me puedo relacionar”, que todas las personas “tienen” o bien acceden a esa “herramienta”, a ese “medio”. Se implica y sobreentiende que la capacidad de usar la “herramienta” es de todo ser humano. Subyace una concepción previa en la que la comunicación iguala, une, es humana, es social.

En cambio, las concepciones más ajustadas a una concepción informacional no enfatizan el sustrato humano-social.

E.4 *“Es la información, el intercambio que se puede producir entre dos partes... O sea sería entre dos o más partes, que sé yo, si me pongo a pensar, se me viene la palabra transmisión”.*

5.2.1.3 Graduados

Sólo en las concepciones de los graduados entrevistados se registró una mención directa a la complejidad como característica intrínseca de la comunicación. No obstante, dicha característica fue acotada por una selección tácita que opera por medio del significado local.

G.1 *“En realidad es difícil de definir. Es muy compleja la comunicación y, a la vez, es simple. Compleja porque tiene muchos aspectos: lo oral, lo corporal, lo actitudinal. Y, a la vez, es simple porque es algo que nos sale desde que nacemos, nos comunicamos de alguna manera: desde el llanto cuando tenemos hambre, y la madre cómo sabe identificar cada una de las señales de los bebés”.*

En el fragmento se identifica una explicación de la complejidad que se fundamenta en los “muchos aspectos” que tiene pero, en esos “muchos”, el recorte es habla-cuerpo-actos. La primacía de

la concepción “compleja” se recorta en función de lo que se ve, se escucha, se demuestra. La explicación de lo “simple” repara en el carácter de fenómeno propio de la naturaleza humana.

Es necesario señalar lo que no se dice sobre la complejidad, porque no surge, porque el significado local lo excluye. Y en este caso, es la dimensión sociocultural la que no aparece.

Otras concepciones han referido nuevamente a la interacción. En la idea de interacción se observa una selección que de acuerdo al significado local, parece restringirla a dos personas. No hay consideración o alusión alguna al contexto.

G.2 *“La forma de interrelacionarme con un otro, que puede ser por distintas vías digamos, no solamente, eh hh verbal o no verbal, ya sea desde lo gestual o desde lo cibernético, ya sea por celulares u otros medios pero básicamente para mí la comunicación sería eso, la forma de interactuar con otra persona”.*

5.2.2 Relación/ aporte de la comunicación a la formación medica

5.2.2.1 Docentes

Para la mayoría de los docentes la relación y/o aporte de la comunicación en la formación es “esencial”, “importante”, “valiosa”. Significativamente, algunos docentes no la reconocen como un contenido individualizado, que esté “escrito”, afirmado curricularmente y en relación a esa percepción señalan la necesidad de un fortalecimiento que, en todos los casos, pasa por la opción de transversalizar el contenido; es decir, destinar un espacio en cada asignatura para incluirlo.

D.2 *“Porque como no está escrito como contenido, queda un poco sometido a la voluntad de cada uno de que lo interprete. Te puedo decir que en una materia básica como histología en segundo año, la comunicación se trata como algo empírico, subjetivo”.*

D.4 *“Más allá del contenido explícito que uno pueda tener en las asignaturas, lo aprenden en el trabajo profesional. Por eso, hay que tener en cada asignatura, un espacio para hablar de este tema y para analizar cómo es la práctica diaria; hacerlo consciente”.*

D.5 *“Cada asignatura tendría que tener un pedazo que diga cómo comunica esto: si le tiene que contar cómo se infectó de tuberculosis el paciente y a toda la familia y a los vecinos ¿cómo les cuenta?”.*

Entre los fundamentos que sostienen la “importancia”, se reconoce en primer lugar la preeminencia de la relación médico-paciente para la formación. La misma parece condensar mayormente lo concerniente a la comunicación en la formación médica. En el marco de la teoría de la argumentación y la categoría de topos, aparece como lugar de “importancia” que vincula el argumento y/o la calificación de “esencial”, “valiosa” con la conclusión que expresa la centralidad de la relación y lo que implica. En ese sentido, el topos aparece como un lugar especial, dador de sentido, sobre el que existe consenso y legitimidad en la comunidad académica médica. Por ello, no se explica en qué consiste la relación y, en los casos en que se justifica, se califica sin ahondar en lo que supone que se dé una “buena comunicación”; salvo por la referencia al diagnóstico. Es dable recordar que a partir de la

relación médico-paciente postulada específicamente en el contexto de la entrevista clínica comienza a formalizarse la comunicación como contenido en las carreras de medicina tanto en Europa como en Latinoamérica.

D.6 *“Que es importante porque en eso se va a basar la relación que tenga el médico con el paciente y eso va a ser el diagnóstico para mí, visto de afuera. Es lo que espera el paciente, una buena comunicación con el médico y es lo que debería tratar de conseguir el médico con su paciente. Si no hay una buena comunicación es medio difícil que se llegue a un diagnóstico certero”.*

D.5 *“Un aporte muy valioso porque gran parte de la formación médica tiene que ver con la relación del médico con el paciente, con la comunidad y con el entorno ambiental. Y entonces, tiene que saber comunicarse. Es vital para mí la comunicación”.*

El fundamento del aporte/relación de la comunicación para la formación médica pasa por este énfasis en la relación médico-paciente, que afirma en el diagnóstico, en lo que el médico tiene que “saber comunicar” al paciente, una especificidad característica de la profesión. Y si bien, se configura como lugar especial en el discurso de los entrevistados, porque forma parte de la ‘jerga’ profesional- siempre se enuncia así, nunca de forma inversa ‘Relación paciente-médico’-. en algunos casos el fundamento recurre primordialmente a un topos de utilidad, propio de la argumentación por el lugar común.

D.1 *“Es esencial porque, en el 90% de los juicios de mala praxis, está presente la comunicación y el problema. Y eso tiene que ver con la competencia lingüística, lo oral y lo escrito. La letra de los médicos no se entiende, ¿cuántos errores hay porque la enfermera no entendió la letra e hizo otra dosis de medicamento?”.*

En el fragmento citado se advierte el topos de la utilidad, sobre todo en el sobreentendido que se expresa a través de la pregunta. Además, recurre a otro lugar especial propio de la jerga médica, “los juicios de mala praxis”, que también resulta combinado con la utilidad y la cantidad por medio del porcentaje. La explicación sería: si en el 90% de los juicios por mala praxis está presente la comunicación como problema, hay que fortalecer la formación en la comunicación médico-equipo de salud-paciente.

En la fundamentación también se menciona a la competencia lingüística, cuestión que ya ha sido expuesta en el análisis del corpus documental y, específicamente, en el programa de la asignatura Relación Médico-Paciente.

Cabe reparar en un fragmento en el que la relación médico- paciente, como lugar especial en la fundamentación del aporte de la comunicación a la formación médica, evidencia implícitamente una concepción más holística, no lineal, en la que se incluye la relación poder-saber. En este sentido el lugar especial devela un principio ideológico que subyace a la relación y permite salir de los fundamentos que priorizan la utilidad para considerar otro centrado en una dialéctica. Sin embargo, se señala que es justamente dicha consideración la que no se fortalece como contenido en la enseñanza.

D.4 “Es importante porque la figura del médico o la del que tiene el conocimiento y el poder sobre lo que le está pasando al otro. Cuando uno comunica (...) uno va logrando que ese conocimiento sobre el otro sea apropiado por el otro. Cuando el médico está haciendo un diagnóstico con respecto a su paciente, en ese momento, es portador de un conocimiento sobre el otro que el otro no lo tiene. Entonces, a través de la comunicación uno trata de acercar y devolverle la propiedad de ese conocimiento. Y eso es a través del lenguaje verbal y gestual: los lugares, los momentos que se eligen para tener ese intercambio. Eso en la formación médica aparece desdibujado; no es un contenido propio por más que esté como contenido”.

5.2.2.2 Estudiantes

Los estudiantes entrevistados creen que la comunicación tiene una estricta relación con la medicina. Los fundamentos de dicha creencia oscilan entre la utilidad y las ventajas y la valoración de la condición humana en la práctica; encarnada en la alusión al “otro” en tanto paciente, usuario, persona. Dos topoi que pueden explicitarse al postular, en el primero, el esclarecimiento que permite transmitir saberes, que permite entender, por eso reporta mejoras, beneficios. En el segundo, la fundamentación pasa por la convicción de que la comunicación define el vínculo humano y que dicho vínculo define la profesión, que no sólo se comprende a través de la relación médico-paciente sino en el trabajo en equipo y en la relación con la comunidad.

E.4 “En esto de transmitir saberes, por ejemplo, saberes técnicos que son los que adquirimos, se los tenemos que transmitir a personas”.

E.2 “Si yo soy capaz de transmitirle o, al revés, soy capaz de recibir, de interpretar correctamente lo que me está diciendo el paciente, eso termina en una mejoría para los dos, para su salud y para mi entendimiento, para mi desempeño igual que para él”.

Así el topos de la utilidad y las ventajas se explica, en primer lugar, por la asunción de la transmisión del saber que debe realizar el profesional y, en segundo lugar, por una suerte de “beneficios” que se obtienen de acuerdo a los términos del intercambio en el marco de la entrevista.

En el caso del E.2, el fundamento por la utilidad se refuerza aún más con el relato de una situación presenciada a través de la que se ilustra y explicitan las desventajas y cómo la comunicación condiciona el entendimiento, siempre en el marco de la relación médico-paciente, específicamente en la instancia de diagnóstico.

E. 2 “Hoy por ejemplo llegó una señora, hace 11 años que le habían hecho un estudio y pensaba que tenía SIDA, que tenía VIH positivo y leyendo la historia clínica, tenía VPH (...) Sabía que no era lo mismo pero igual pensaba que tenía VIH... una locura (...) El médico, el ginecólogo con el que estaba se quería matar. No podía creer lo que le había pasado (...) Y bueno sí, evidentemente hay un fallo en la comunicación, en el entendimiento”.

En relación con la centralidad de los argumentos que valoran la utilidad del entendimiento, otra de las entrevistadas explicita su fundamentación remitiéndose a las dificultades que se generan no sólo en el vínculo médico-paciente sino a nivel equipo. Resalta cómo se convierte en un pretexto al que se

le atribuyen “los errores” en lugar de asumirlos como rasgos característicos de la profesión que se corresponden con características del modelo médico hegemónico.

E.3 “Y... siempre pienso primero en la comunicación en el equipo de salud y en todos los problemas que genera, en las dificultades, en el entendimiento. Muchas veces uno... bueno usa la comunicación como una excusa de una intencionalidad clara ¿no?, como decir, no... ‘es error de comunicación’ y se le atribuyen a la comunicación intencionalidades que no están buenas (...) Y que tiene que ver mucho, me parece que tiene que ver mucho con el egoísmo... los médicos somos todos re ególatras ¿viste?, entonces si el otro no me entiende, es problema del otro, no es problema de uno”.

En el fragmento del E.3, las preguntas retóricas afirman un “uso” y hasta un “abuso” de la comunicación por parte de los profesionales; como una suerte de excusa que enmascara, por ejemplo, la asimetría del vínculo médico-paciente. Es interesante como lo asume y expone la estudiante entrevistada ya que da cuenta de la complejidad de la comunicación y de un ejercicio reflexivo al respecto.

Por otro lado, la fundamentación acude al topos de la condición humana y su valoración para definir la práctica médica. La explicación que emana de este topos sería: el médico trabaja con personas y trabajar con personas implica comunicarse. En definitiva, a través del recurso al topos señalado, se involucra una ética que implica al rol del médico una responsabilidad sobre la disposición de los sujetos en la escena que se representa en la interacción médico-paciente.

E.1 “A por supuesto, porque tratamos con personas... claro que sí, porque estamos en constante vinculo, relación con las personas y necesitamos comunicarle a ellas, no solo a los pacientes o usuarios como me gusta decir a mí, sino que también a nuestros colegas y a los demás participantes de la salud. Sí sí, muy relacionada”.

E.3 “(...) porque el laburo del médico es con el otro sino dedícate a ser investigador, dedícate a ser patólogo para que el médico lea tu informe y nada más. Hay momentos y momentos para usar la comunicación técnica y para usar una comunicación que sea como más coloquial por así decirlo ¿no? Y bueno creo que tienen que ver con eso, con que en medicina trabajamos con el otro y sin comunicación no existe esa posibilidad”.

Ambos fragmentos ponen en primer lugar a “la persona” o al “otro”, aquel al que hay que comunicarle. No obstante, de manera tácita se evidencia un pre-construido que asume al médico como emisor o bien interlocutor privilegiado.

En términos de significados locales, la selección que realizan los estudiantes entrevistados puede resumirse en la ecuación que vincula directamente la importancia de la comunicación con la transmisión del saber específico a las personas (otro/paciente/usuario).

5.2.2.3 Graduados

Se preguntó a los graduados por el nivel de importancia que le asignaban a la comunicación en el ejercicio de la medicina; ambos respondieron que era “esencial”, “primordial”. Lejos de mencionar solo un adjetivo, fundamentaron la calificación -al igual que los estudiantes- a través del topos de las

ventajas/ utilidad de la comunicación, centrándose en el diagnóstico y el tratamiento a transmitir como producto de la comunicación.

G.2 *“Y es esencial, por muchos motivos. Uno, porque tenemos una comunicación interna sobre... que nos permite tomar decisiones respecto de los pacientes y después hay otro tipo de comunicación que es la definida por el grupo para saber qué información se le transmite por ejemplo en nuestro caso a los padres de los pacientes, para poder brindarles todos un mismo mensaje y que no sean cuestiones encontradas (...) poder tener siempre una misma transmisión del mensaje”.*

G.1 *“Primordial, de hecho es de las cosas más lindas que tiene la medicina. En la relación con el paciente, es lo primero. Me acuerdo que cuando cursé semiología, lo que más me costaba no era aprender a palpar un abdomen era aprender a preguntar cosas concretas que uno necesita para el diagnóstico. O cosas cotidianas de la vida de las personas; qué necesitas saber para poder llevar un diagnóstico o poder acercarte a un diagnóstico (...)”.*

En ambos fragmentos, la utilidad de la comunicación se afirma a través de un significado que prioriza la dimensión informacional; es la información lo que se valora, la información coherente, consensuada en el equipo. Vale la pena reparar en la alusión a la dificultad a la que hace referencia **G.1** en relación al aprendizaje de la entrevista clínica. La referencia expone implícitamente la complejidad propia del intercambio médico-paciente.

5.2.3 Preguntas específicas para docentes

5.2.3.1 Incidencia/ relación/ aporte de la formación en comunicación con el perfil profesional al que apunta la carrera

Sobre este eje se consultó a docentes, asumiendo que podrían expresar opiniones de acuerdo al conocimiento del Plan, en términos pedagógico-curriculares. La orientación hacia el perfil generalista surge de manera explícita en el Plan de Estudios, lo que implica una suerte de consenso político y pedagógico tácito -por parte de la docencia y las autoridades- sobre cómo desarrollar y fortalecer una curricula coherente con dicho perfil. En la presente investigación, se asume como premisa que los contenidos de comunicación inciden en la consolidación de dicho perfil.

La indagación sobre el eje en cuestión busca advertir los fundamentos que explicitan correspondencias –o no- entre el discurso que se construye alrededor de la incorporación de la comunicación como contenido y el desarrollo del perfil generalista a nivel curricular.

Algunos docentes destacan una clara correspondencia que se fundamenta por medio de la representación del rol del médico general.²⁰ Representación que surge como un pre-construido, en el

²⁰ La Federación Argentina de Medicina General (FAMG) es una asociación civil de carácter científico-académico que agrupa los médicos generales del país y promueve la especialidad a través de jornadas, congresos y cursos. A través de su página web <http://www.famg.org.ar/> difunden información pertinente y materiales de formación académica y para el debate en equipos de trabajo. En la sección institucional, definen el perfil del médico general como “un profesional que forma parte de un equipo interdisciplinario como especialista”, que “trabaja en el seno de la comunidad asumiendo la tarea de promover y proteger la salud y su derecho a la misma, prevenir las enfermedades endémicas y prevalentes, diagnosticar y tratar a los individuos de esa

que se destaca la inserción en la comunidad, la consideración de la diversidad cultural y la proyección de la práctica más allá de la medicina asistencial; tres características que los entrevistados enfatizan y asumen que se ponen en juego a través de la comunicación.

D.2 “Porque un médico general, que atiende el 95% de las patologías ambulatorias, tiene que ser un experto en comunicación, porque tiene que saber leer lenguajes corporales, escuchar discursos de diferentes poblaciones de diferentes países y etnias. Y es muy importante que sepa escuchar, entender esos diferentes lenguajes”.

D.5 “Es prioritario porque esta carrera forma médicos generales, que tienen que saber las cuatro materias básicas y saber comunicarse porque tienen mucho trabajo comunitario. Y el trabajo comunitario se basa en uno de los pilares fundamentales que es la comunicación porque el perfil del egresado es ser un médico general”.

Si bien en estos dos fragmentos se recurre a un topos de utilidad que se explica en torno a lo que se consigue o bien se logra a través de la comunicación, el “trabajo comunitario”, “la escucha de diferentes poblaciones”, se advierte que la “utilidad” de la comunicación va más allá del diagnóstico y el tratamiento. Sale del consultorio, de la estructura vincular médico-paciente. De todas maneras, aún es válido interrogarse sobre las implicancias del “trabajo comunitario” al que se menciona en el fragmento de **D.5**, sobre todo detenerse en la fuerza de la conclusión a través de la expresión “pilar fundamental”, que apunta a jerarquizar la comunicación en el trabajo comunitario, sin explicitar por qué.

Por lo expuesto, puede señalarse una correspondencia desde lo discursivo entre una concepción de comunicación -que no remite estrictamente a lo informacional- con el perfil del médico general. En ese sentido, cabe recordar las estrategias que en el marco de los debates más actuales sobre la formación académica en Medicina apuntan al fortalecimiento de la formación centrada en la APS. En ellas, se enfatiza la orientación generalista y, uno de los ejes que surge -valorado dentro de la curricula de dicha orientación- es la comunicación, desde la que se proyecta trabajar tanto la relación médico-paciente como la noción de comunidad (Borrel et al., 2008).

En concordancia con los debates reseñados surge también una opinión, un posicionamiento que atiende al contexto de la carrera sobre la relación/aporte de la formación en comunicación y el perfil generalista. No se advierte una valoración y una fundamentación consecuente, en cambio sí se explicita una reflexión sobre la transformación curricular que habilitó a proyectar la comunicación como un contenido superador del vínculo médico-paciente, proyección que la entrevistada percibe fortalecedora del perfil en cuestión.

comunidad que enferman, en forma continuada e integral y organizar y referenciar su paso a través del sistema de salud en el caso de que algún tipo de complejidad técnica mayor sea necesario”. En la definición del perfil agrega que “entiende que el proceso SALUD-ENFERMEDAD es un fenómeno continuo, dinámico e histórico donde no existen definiciones absolutas sin hacer referencia a los aspectos sociales, culturales, económicos, biológicos, psicológicos y ambientales de cada comunidad en particular y en un momento dado de su evolución”.

D.6 “Creo que hay una mejor orientación desde que está en la carrera el Ciclo Introductorio porque antes había muy poquito en APS I ...yo creo... y en Relación médico paciente, pero ya visto desde la relación (...) no desde la comunicación en relación a la participación del médico en otras actividades ciudadanas (...) si bien el perfil teóricamente es uno, el sistema en el que se desarrolla la carrera, no hace tanto al perfil, entonces... bueno... te encuentras con algunos obstáculos para poder realmente desarrollarlo (...) Lo que se desarrolló en el introductorio fortalece el perfil porque no sólo habla de la relación médico- paciente sino del médico en la comunidad, el médico como ciudadano, el médico como un montón de otras cosas, de otros roles, más allá del diagnóstico”.

En el fragmento de **D.6** se explicita la problemática de un sistema de salud que parece no contener el perfil de médico general, ni su inserción. Resulta significativo que la referencia a dicha problemática surja en la indagación sobre el discurso acerca de los contenidos de comunicación; lo que da cuenta del desplazamiento del discurso (Wodak, 2003) y del reenvío que el mismo realiza a un tema que resulta conflictivo y al que, evidentemente, se encuentra vinculado.

En otros fragmentos no se identifica una correspondencia específica entre la formación en comunicación y el perfil generalista; el discurso apunta a proyectar los contenidos desde la dimensión actitudinal para un perfil profesional genérico.

D.1 “Tiene que ver no solamente con la orientación del médico general, porque puede ser médico general o especialista y tener actitudes saludables en la relación con el paciente. Una actitud comunicativa, clara, precisa. No pasa sólo por ser médico general, puede serlo y seguir con el modelo biomédico y no darle importancia a la comunicación. (...) No solamente pasa por saludar al paciente sino una actitud de humildad”.

En el fragmento de **D.1**, el discurso sobre los contenidos de comunicación y su relación con el perfil generalista, se diluye para replegarse de manera enfática en la relación médico-paciente; se pone de relieve una concepción de comunicación en términos conductuales en la que surgen ahora calificativos que describen una especie de “decálogo” para la relación con el paciente.

La referencia a la comprensión actitudinal continúa destacándose como parte de la selección significativa que realizan algunos de los docentes para dar cuenta de la comunicación en la formación médica. En el discurso de varios de los entrevistados, dicha comprensión se vincula con la consideración del perfil general.

D.3 “Y esto de poder pensar que no hay personas que son las dueñas exclusivas del saber, y otro que es una persona que tiene que escuchar y tiene que adoptar lo que yo diga, como voy negociando estas cuestiones con el otro. Me pongo en el lugar de paciente. Me molesta mucho cuando el médico te dice: ‘tiene que hacer este tratamiento’ y le preguntas ‘por qué’ y te habla de la patología y ahí se cierra”.

5.2.3.2 Conocimiento/reconocimiento, referencias y opinión sobre el tratamiento conceptual de la comunicación en la carrera y en el Plan de Estudios en particular

Se indagó sobre el conocimiento que tenían los docentes entrevistados acerca del tratamiento conceptual de la comunicación en la carrera y el reconocimiento de alguna perspectiva enunciada en el

Plan de Estudios. La pregunta apuntó a revisar el conocimiento objetivado sobre los contenidos en cuestión que pudieran reconocerse transversalmente en el Plan o en alguna asignatura de la carrera.

La mayoría de los docentes explicitaron que “no conocen” un tratamiento conceptual, ni perspectivas teóricas asociadas. Sin embargo, hicieron referencia a diversas cuestiones desde las que pueden identificarse significados locales que van configurando un discurso sobre los contenidos.

D.1 *“Lo conozco parcialmente porque no estoy metido en todas las cátedras. Siendo este eje tan importante, la comunicación, deberíamos capacitarnos todos los docentes de todas las cátedras, todo el personal de las instituciones. Porque a diario yo veo a través del maltrato de la ventanilla de un centro de salud, desde lo gestual en los pasillos de la facultad, se ven las fallas de la comunicación”.*

En el fragmento de **D.1** vuelve a afirmarse la comprensión actitudinal desde una perspectiva centrada en lo conductual. Es desde esa comprensión que se presuponen las “fallas de la comunicación”.

También se observa el reenvío a otro tema discursivo que pone el foco en la comunicación institucional.

D.1 [En relación al Plan] *“Se enfatiza desde lo que es brindar la información clara y precisa para darle el diagnóstico al paciente, el tratamiento, una anamnesis correcta. Dar la información correcta y pedir consentimiento informado al hacer determinada práctica. Es decir, tener la habilidad para hacer una interconsulta médica, referencia contrarreferencia en el manejo”.*

Respecto al Plan, la perspectiva de tratamiento que se advierte es referenciada desde lo informacional y en ese marco se alude a las “habilidades”.

Otro fragmento da cuenta de un tratamiento librado a los modelos mentales (Van Dijk, 2003) de cada docente.

D.4 *“No. Me parece que está liberado a lo que cada uno considere que debe ser”.*

En la expresión, “lo que cada uno considere que debe ser”, se revela que el tratamiento de los contenidos puede estar basado en la representación organizada del concepto y no de un concepto o una perspectiva particular teórica per se.

D.4 [En relación al plan] *“Como enunciado está, pero ni siquiera uno lo puede visualizar. Porque no es muy distinta la comunicación que va a tener el médico con el paciente con la que tiene el profesor con el alumno. Si uno lo ve como observador, se queda en el enunciado pero no veo que se lo lleve a la práctica cotidiana. O sea, está en lo discursivo (...) Como contenido está, pero no lo veo que esté incorporado en la práctica o que se analice o se trabaje (...)”.*

En el fragmento relacionado al Plan, se destaca una noción de “lo discursivo” fundada en un pre-construido que lo considera meramente declarativo y opuesto a la práctica. Esta polarización sobre lo que “se dice y lo que se hace”, revela una expectativa sobre el contenido que, si bien no se explicita aquí, convoca muchas de las concepciones instrumentales y que se han advertido en el análisis.

En otro fragmento surge un reenvío del tema discursivo hacia una reelaboración desde la disciplina de origen de la entrevistada. No se reconocen perspectivas teóricas pero sí apela a postularlo desde el conocimiento de la comunidad en la cual se comparte.

D. 6 “Yo lo veo desde la perspectiva biológica. El mensaje del emisor no siempre va a ser traducido de la misma forma por el conjunto de receptores porque la percepción que construye cada individuo hace a su historia. Y eso es lo que me parece más rico. (...) Me parece esencial visualizarlo como un hecho social y un hecho biológico... Me parece que estas dos perspectivas no están integradas en el Plan. Cuando te das cuenta que la otra persona puede no interpretar lo que vos le querés decir porque su construcción histórica es distinta y eso está en su biología, sos más abierto a entender a la otra persona”.

5.2.3.3 Conocimiento/ referencias sobre el concepto de competencias de comunicación, la Resolución 1314 y su incidencia en los contenidos de comunicación

La indagación sobre el concepto de competencias de comunicación, la Resolución y su incidencia -en términos de fortalecimiento o bien jerarquización de los contenidos- apuntó a revelar lecturas, posicionamientos y opiniones sobre el impacto de la coyuntura de reformas en la curricula y, en particular, sobre las marcas discursivas de dicha coyuntura en relación a los contenidos de comunicación.

Algunos de los entrevistados afirman conocer el concepto de competencias y lo definen en términos de habilidades y destrezas, dos de las expresiones más repetidas tanto en el Plan de Estudios como en los programas de las asignaturas analizadas. Sin embargo, no mencionan referencia alguna que pueda hacer distintiva a la competencia de comunicación.

D.2 “La palabra competencia en sí ha sido bastante discutida desde el punto de vista conceptual. Pero si tomamos esa línea de pensamiento, de investigación educativa, podemos decir que las competencias en comunicación serían habilidades o destrezas que deberían alcanzar nuestros estudiantes en diferentes niveles (...) Y las deberían alcanzar durante su formación académica y deberían ser susceptibles de ser evaluadas con algún elemento propicio, durante esa formación académica (...) Deberían evaluarse con metodologías adecuadas para ver si el individuo es competente”.

En este primer fragmento, se advierte un conocimiento específico sobre el enfoque de competencias ya que destaca su controversia. Presupone que las competencias están dentro de una “línea de pensamiento en la investigación educativa” pero no la identifica. La entrevistada recurre a esta aclaración y, luego, define a través de un verbo condicional. Explicita aún más el carácter gradual, medible, propio de las habilidades en el discurso educativo mercantilizado (Fairclough, 2001) ya que sugiere la inclusión curricular por niveles y una necesaria evaluación. Tiempos breves de aprendizaje, con una utilidad específica, caracterizan la construcción discursiva de las habilidades y destrezas como componentes clave en el enfoque de competencias. Por otro lado, no se alude a una noción característica o elemento específico que haga referencia a la comunicación, sólo se explicita en qué consiste la competencia de manera genérica. El discurso revela la génesis de un concepto que podría designarse metafóricamente como “recipiente”. Se explicita su forma pero no su contenido distintivo. La

ambigüedad del término competencia resulta funcional a un tratamiento curricular discrecional de la comunicación.

En otro fragmento la definición se repite casi en los mismos términos, no obstante acentúa más el carácter demostrativo, de reproducción que encarna la puesta en práctica de una habilidad.

D.5 “Es la habilidad y destreza de poder enseñar, de poder mostrar, de poder ayudar que la otra persona tome lo que uno está mostrando para sí y lo pueda desarrollar ella”.

Se evidencia una internalización de la noción de competencia que se define por alusión a la habilidad, noción que presupone un “alcance” inclusivo, abarcador, al que todo individuo sería capaz de acceder con un entrenamiento adecuado (Fairclough; 2001). Se afianza también una concepción genérica de la habilidad que no termina de especificar un contenido distintivo en referencia a la comunicación.

Asimismo, surge una concepción de competencias de comunicación que se orienta a las competencias lingüísticas, tal como fueron advertidas en el análisis del programa de la asignatura Relación Médico Paciente.

D.1 “Nosotros se las damos y están subidas en el aula también, que los alumnos cuando van a hacer una entrevista tienen que prestar atención. La primera competencia es la lingüística, verbal, cómo hablan. Y escrita; cómo la escriben. Y evitar la jerga médica. La otra es la competencia paralingüística: sería el cómo le dice las cosas, el significado que tiene, cómo lo entendió. Porque después de la palabra está el contacto ocular, los gestos (...) Después tenemos la competencia pragmática, que es muy importante y es la comunicación que afecta a la conducta. Sería el síntoma como comunicación”.

El fragmento de **D.1** es el único en el que se define el contenido de la competencia comunicativa. Se observa la intertextualidad al apelar a una clasificación conocida que referencia el campo disciplinario de la lingüística. Es pertinente recordar que es justamente el campo mencionado, una referencia histórica a la que el enfoque de competencias recurre para individualizar, dividir, crear unidades discontinuas, aislables tales como las habilidades lingüísticas. También es necesario analizar la definición del contenido como efecto de la universalización de las habilidades lingüísticas (Fairclough, 2001) al que ya se ha hecho alusión, en el análisis de la asignatura Relación Médico Paciente.

En otro fragmento aparece explícitamente el interrogante sobre lo que implican las competencias de comunicación. Se evidencia en el mismo, la ambigüedad a través de preguntas que funcionan como presupuesto.

D.6 “Entiendo el concepto después de haber leído y estudiado lo que son las competencias... Podría imaginarme lo que son [las competencias de comunicación] pero no tengo la certeza de que sean éstas. Puedo imaginarme cuales son las esperables, posiblemente sea... ‘se espera que el alumno adquiriera habilidades en la comunicación’... y ¿después? ¿Cuáles? ¿Cómo?... Creo que a lo mejor tendrían que estar un poquito más desglosadas pero también corres el riesgo de olvidarte de alguna y te pueden acusar de un perfil de algo y en realidad fue un olvido... pasa eso...”

Entonces yo creo que a veces dejándole el ‘general’ sabés que involucras todo, todas las perspectivas”.

Cabe detenerse en la valoración de la “generalidad” como un atributo que resuelve no quedar “identificado” curricularmente. En ese sentido, si bien el fragmento de **D.6** señala la ambigüedad del concepto de competencias, también termina valorándolo y reconoce un uso a medida. Dicho reconocimiento, se evidencia a través del involucramiento de la entrevistada que de alguna manera manipula su propio discurso, se ubica como observadora de la ambigüedad de las competencias y también las reconoce como un recurso que permite disuadir identificaciones.

Respecto de la Resolución 1314/07, documento que fue caracterizado y analizado como parte del corpus, todos los docentes afirman conocerla pero no advierten una influencia concreta de la misma en el tratamiento de los contenidos de comunicación. En uno de los fragmentos se destaca justamente que la ordenanza sólo fortalece la dimensión informativa propia de la instancia diagnóstica.

D.1 *“No se jerarquiza. Se incluye nada más, en lo que te decía de dar la información, para diagnóstico, tratamiento, para las consultas, una historia clínica; en lo básico digamos ¿Por qué tiene importancia eso? Porque en el 90% de los juicios tienen problemas de comunicación”.*

Nuevamente dicha opinión se apoya en un topos al que el mismo entrevistado había recurrido para fundamentar la importancia de la formación en comunicación en la formación médica.

Por otro lado, las respuestas se centran también en una valoración de la Resolución sobre las implicancias generales para la formación del pre-grado de Medicina, cuestión que evidencia el reenvío a un tema discursivo que se entrelaza con el discurso acerca de los contenidos de comunicación.

D.5 *“No (...) Y está porque los asesores del Ministerio de Educación obligaron a que se ponga, pero no porque la gente esté convencida que eso tenga que ser. De hecho, el que la ejecuta no está convencido de que tiene que ser. Pero la 1314 es puramente la medicina asistencial. Te diría que tiene efectos serios en cuanto a lo que es la prevención porque ¿quién es buen médico? El que la gente no se le enferma, no el que sabe curar una enfermedad. Y eso es difícil de imponer culturalmente”.*

Las respuestas que pueden establecer un vínculo más directo, entre los contenidos de comunicación y la resolución, destacan o bien reclaman que la misma no aporta instrumentos para “evaluar” los contenidos de comunicación.

D.2 *“Tengo una opinión bastante negativa de esa ordenanza. Porque trabajé con la anterior que hubo en el 2004 y esa era buena. Y después esta ordenanza 1314 fue redactada principalmente por Facultades de Medicina privadas porque eran las que dominaban en ese año. Entonces, los decanos de esas Facultades ayudaron a la redacción de esa ordenanza y desviaron la evaluación de las Facultades de Medicina hacia los perfiles que tenían esas propias Facultades (...) Creo que lo menciona [los contenidos de comunicación] pero no sé si realmente evalúa su instrumentación o no. No recuerdo algo muy importante al respecto”.*

D.4 *“Los menciona [los contenidos de comunicación] pero faltan los mecanismos de la puesta en marcha y los mecanismos de evaluación. Nunca se dice qué haces si no se*

cumplen o si no los logramos. Es como una declaración pero nunca se dice qué haces si no se logra”.

En ambos fragmentos se destaca la internalización de la “evaluación” como mecanismo, regulación y su correspondencia con el discurso sobre los contenidos de comunicación. Discurso en el que, a través del dominio del vocabulario, se evidencian lexicalizaciones que le imprimen una significación técnico-instrumental coherente con su postulación en tanto habilidad, destreza o bien competencia. La práctica discursiva revela una naturalización del contenido en esos términos y la necesidad de evaluación se presupone para calificar -más que para evaluar- el mismo bajo el influjo de la significación que se construye y opera.

5.2.4 Preguntas específicas para estudiantes

Se preguntó a los estudiantes sobre las asignaturas en las que recordaban haber abordado contenidos de comunicación, si podían referenciar algún tema en particular que les haya resultado significativo, que los haya interpelado. Por último, se preguntó si consideraban que la carrera debería fortalecer la formación en comunicación.

En cuanto a las asignaturas, todos hacen mención a IEM, Relación Médico Paciente, APS I y APS II. La mayoría de los estudiantes entrevistados recuerda temas que califican la comunicación, que se remiten al trato con el paciente en contexto de entrevista. Lo que rescatan los estudiantes evidencia el dominio de perspectivas sistémicas y conductuales y concepciones actitudinales. Algunos de los entrevistados lo enmarcan claramente en la teoría sistémica y desde la intertextualidad, explicitan la relación.

E.2 “Si hemos visto comunicación, actores, actores de la comunicación en diferentes materias, en IEM y en Relación Médico Paciente sobre todo. Si bien tengo conceptos sueltos, uno del que siempre me acuerdo es el de la puntuación de los hechos, de cómo los actores de la comunicación hacen la puntuación de los hechos (...) Hay que lograr como un acuerdo a ver... a partir de donde empezamos a comunicarnos porque es importante. Eso fue lo que más me quedó a mí”.

“Puntuación de la secuencia de los hechos” es un subtítulo del libro “Teoría de la comunicación” de Paul Watzlawick. En el fragmento de *E.2*, se lo referencia para lograr acuerdos. Lo que surge implícitamente, a través de lo que recuerda el entrevistado, es la consideración de un encadenamiento de sucesos causales que habilitan a calificar la comunicación, entendida principalmente en términos de intercambio.

Otros fragmentos referencian la consideración de la organización espacial para construir relaciones más horizontales y, de alguna manera, evidenciar rasgos del modelo médico hegemónico.²¹

E.4 “Siempre tengo la imagen de cómo transmitir esa información dentro del consultorio. Esto de que no haya un escritorio para no establecer una relación

²¹ El concepto y los rasgos sobre el modelo médico hegemónico fueron desarrollados en el marco del capítulo precedente, en el que se precisan las consideraciones teórico metodológicas de la investigación

verticalista con el paciente sino tratar de generar otra situación por ahí más amena en esto de la comunicación”.

E.1 “Hay algo que a mí me quedó de relación y creo... no sé si lo voy a poner en práctica, yo calculo que sí, es esto de no tener una barrera para comunicarse, o sea de tener el escritorio seguramente porque está bien para dejar tus cosas... pero de poner la silla a un costado yo ahí y el usuario acá sería. No tener algo... una barrera que me haga poner a mí como alguien superior a la otra persona... para decir yo estoy detrás de esto porque sé más que vos”.

E.3 “Hemos trabajado algunas estrategias de comunicación que también tienen que ver con lo verbal y con lo no verbal, por ejemplo la forma en la que debe estar estructurado un consultorio para que la persona no se lleve esa impresión de estar charlando con un semi-Dios, ¿viste?”.

Nótese que la referencia a estos contenidos siempre se remite a la situación de entrevista, que implica al consultorio como espacio privilegiado de la práctica. En otro fragmento, lo que recuerdan surge presupuesto como “estrategia”.

E.3 “Estrategias de comunicación en el consultorio en cuanto a cómo preguntar, que las preguntas sean abiertas para no condicionar a la otra persona, que sea un ambiente de escucha activa, que no es que le preguntamos algo porque simplemente sabemos que el protocolo dice que hay que preguntarlo, porque realmente nos interesa el hecho de darle el espacio a la otra persona para que se exprese, no interrumpirla... Son así como estrategias que me parece que mejoran el ámbito de la entrevista clínica”.

Todos los estudiantes entrevistados coincidieron en que debe fortalecerse la formación en comunicación en la carrera. Las razones y fundamentos que esgrimieron al respecto combinan un topos de utilidad, con explicaciones que ilustran situaciones en las que se generan inconvenientes. Es posible subsumir las mismas en un topos de realidad que, en tanto esquema argumentativo tautológico, se explica considerando que tal como se presenta la realidad amerita a realizar una acción específica o bien adoptar una decisión concreta (Wodak, 2003).

E.4 “Si, indudablemente sí. Justo hoy comentaba que estuve en consultorios y... veía cosas o sea pacientes venían a hacer consultas y contaban por qué o sea preguntaban qué era lo que tenían porque otros médicos no le habían sabido explicar o médicos que pedían cosas o sea estudios y los pacientes no sabían por qué se los tenían que hacer”.

E.2 “La tiene que fortalecer (...) después cuando vas al consultorio justamente pasan estas cosas ¿viste? [en relación a la situación de la mujer que creía que tenían VIH] O también hay médicos... clínicos sobre todo que retan al paciente o los tratan mal y se enojan porque no les cumplen las cosas. Hay un desfasaje entre lo que se dice y se profesa y lo que realmente pasa... De alguna forma hay que trabajarlo. No sé si metiendo más contenido o llevándolo más a la práctica en realidad”.

Llama la atención la asociación directa entre comunicación y explicación. El que explica es el médico, una “buena comunicación” se equipara con la explicación correcta. En ese sentido, las

reflexiones de los estudiantes se equiparan con la sobrevaloración de la explicación que se destacó en el análisis del programa de la materia APS I.

La polarización entre “lo que se dice y lo que se hace” continúa evidenciándose como producto de un modo naturalizado de entender el contenido orientado más a las acciones y conductas y lo que resulta de ellas.

Vale la pena reparar en el fragmento de una de las estudiantes entrevistadas que advierte una suerte de insuficiencia en las perspectivas y concepciones actitudinales. Se basa también en ilustraciones o casos, que consolidan en su fundamentación nuevamente, un topos de realidad. Señala la complejidad y la relatividad del contenido cuando es proyectado exclusivamente desde lo actitudinal.

E.3 “Es como que la comunicación con el otro queda en una actitud propia de la persona para la que es predispuesta, para la que está predispuesta (...) ¿Vos te pensás que el cirujano se hace entender? No le importa nada... para él es un trámite... si gasta más de 5 minutos en explicártelo le parece una pérdida de tiempo, se ofusca, se empieza a poner ansioso. Con toda su gestualidad te está diciendo que el tipo no quiere estar ahí, no le interesa lo que está haciendo y mucho tiene que ver con esto, con reconocer a la otra persona como sujeto de derecho y no como objeto de estudio y de intervención, ese me parece que es el kit de la cuestión: que la otra persona en el ambiente médico, o sea el usuario, no es un sujeto de derecho y por lo tanto no vale la pena que lo entienda. Y es como... bueno es re lapidante [lapidario] lo que estoy diciendo...pero existe, pasa mucho”.

En el fragmento de E.3, es interesante señalar cómo el fundamento sobre el fortalecimiento de la formación en comunicación en la carrera, reenvía a un discurso en el que se plantea una especie de argumento de fondo que instala en el discurso, el tema del paciente/ persona como sujeto de derechos. Tema que hasta el momento había estado ausente dentro del discurso sobre los contenidos de comunicación.

5.2.5 Preguntas específicas para los graduados

Se indagó en los graduados si efectivamente creían haber tenido formación en comunicación en la carrera, las asignaturas que recordaban que impartían contenidos, algún tema en especial que los haya interpelado y los aportes de dichos contenidos en sus prácticas profesionales actuales.

Los dos entrevistados graduados manifestaron haber tenido muy poca formación en comunicación en la carrera. Fundamentaron su opinión a través de la polarización discurso versus práctica.

G.2 “Muy poca. Creo que en la materia Relación Médico Paciente, y era más desde el discurso que desde la práctica. O sea, con algo de teoría y sola tenía que llevar todo a la práctica”.

G.1 “Ehhh parcialmente, ehhh algo vimos de comunicación en Relación Médico Paciente, en su momento, que yo lo tengo en cuenta, vimos el lenguaje no verbal, vimos los axiomas de la comunicación. Todas estas cuestiones las vimos. Sin embargo, considero que fue insuficiente (...) yo entiendo la idea de querer desarrollar habilidades de comunicación pero es con chicos que todavía no se enfrentaron a esa realidad, entonces para mí sería mejor aprovechada esa misma materia en los últimos

años de la carrera, donde incluso se pueden hacer análisis más profundos porque como la práctica va a ser algo de todos los días”.

Resulta revelador hallar nuevamente esta polarización de “lo discursivo” opuesto a la práctica. En el discurso, sobre los contenidos de comunicación, ha funcionado a lo largo del análisis a modo de convención social, como criterio de valoración, de legitimación. Es evidente una noción coloquial de discurso que lo opone a la realidad, noción que incide de manera decisiva en la configuración discursiva sobre los contenidos de comunicación. Es el carácter significativo de toda práctica comunicacional, su potencial como praxis, lo que se obtura a través de esta polarización permanente entre práctica y discurso.

Respecto de los temas que recuerdan, no refieren ninguno en especial. Hacen hincapié en que no se “ejercitaba” y quedaba librado a la voluntad de cada uno. Sólo una de las entrevistadas menciona algunas recomendaciones para tener en cuenta en el marco de la entrevista.

G.2 *“Había como muchas cosas de la comunicación que eran como para memorizar. No eran prácticos, no nos daban ejercicios de eso. No aparecía la complejidad sino que se la daba cada uno. Como que quedaba en cómo cada uno se quiere comunicar (...) Un concepto que me queda es saber cómo preguntar, que a veces no es preguntar cualquier cosa por preguntar sino hacer preguntas muy dirigidas. Y como práctica médica es eso, saber a dónde vas”.*

G.1 *“Sí fue una mirada inicial, me permitió saber que el tema existía y que bueno que había algo importante vinculado a la comunicación que no podía desatender. Nada más. Pero bueno, fue como una noción y ya está. Después fue como que quedaba en mí el resto como y que hacía con eso. Pero fue eso”.*

Se advierte en estos últimos fragmentos una comprensión general de la comunicación y ciertas recomendaciones que los graduados identifican como conceptos.

5.3 Resultados

El objetivo de este último apartado es reconstruir y mostrar los discursos y los significados que se han evidenciado, a lo largo del análisis del corpus documental y las entrevistas, acerca de los modos de concebir la comunicación en la formación médica de pre-grado. A partir de los mismos, se apunta a dilucidar e identificar la configuración de órdenes discursivos que resultan dominantes y las formas que pueden considerarse alternativas a éstas. Se asume que los discursos, los órdenes incipientes y formas de generar significado que los constituyen tienen un correlato en los modelos de formación y en el perfil profesional a proyectar por la unidad de análisis estudiada

Es pertinente destacar tres ejes emergentes que –entrelazados– conforman una especie de superficie contextual/institucional que se evidenció a lo largo del análisis. Dicha superficie funciona como clave de lectura al momento de dar cuenta de las construcciones y configuraciones discursivas aludidas.

El primer eje se define por la constatación de un “sentido común académico”²² forjado en la valoración de la eficiencia, la evidencia y la técnica. Considerados como atributos que, si bien pueden resultar propios del campo académico de la formación médica, se extienden y abarcan dominios de contenido provenientes de otras disciplinas que se pretende adaptar a los criterios mencionados. La estabilización de dicho sentido, afirma que cualquier proceso puede fragmentarse para que sea identificable, medible, aplicable. Un ejemplo ilustrativo que pudo observarse desde el nivel textual han sido las reiteradas estrategias de lexicalización que crean “técnicas de comunicación”, solicitan “destrezas para la consulta” y califican como “efectiva” la comunicación.

El segundo eje, en estricta relación con el anterior, es la influencia de la coyuntura de reformas que desde la década de 1990 viene fortaleciendo y consolidado el discurso neoliberal en el ámbito de la educación superior. Tal como explica Pini (2009), la aplicación indiscriminada de vocabulario y estrategias gerenciales, teorías de liderazgo y principios del marketing así como la simplificación de importantes cuestiones y procesos sociales constituyen las muestras de una matriz instrumental y pragmática, que se afirma al nivel de la práctica discursiva. La aceptación tácita de términos como habilidades y competencias en la unidad estudiada forma parte de dicha matriz. En el corpus documental y en las entrevistas, la inclusión y el tratamiento de los contenidos de comunicación pueden leerse en el marco de una práctica discursiva conformada de manera dinámica por la circulación y el consumo de textos propios de los estándares de acreditación y evaluación. Por ejemplo, la Resolución 1314 que establece los contenidos mínimos y la propia LES.

El tercer eje surge a nivel de la práctica social y en él se fusionan los otros dos ejes. Teniendo en cuenta que en este nivel resultan discernibles los efectos de verdad, la construcción ideológica que surge de la legitimación de los mismos y su impacto en un orden social es dable considerar la dinámica del modelo médico hegemónico, su influencia sobre la formación y el fortalecimiento de un modelo, como una cuestión que se cristaliza y expone en el discurso acerca de los contenidos de comunicación. Lo que se ha podido identificar, a través de los procesos intertextuales registrados en el corpus documental y en las entrevistas, es la continuidad del modelo médico hegemónico en la formación médica por medio de los procesos de cambio discursivo operados por la mercantilización y la tecnologización del discurso (Fairclough, 2001). El primero se evidencia en la estabilización y naturalización del dominio habilidades-competencias que supone, en concordancia con el segundo, una especificidad técnica que adquiere el potencial profesional y que postula a la comunicación como una rutina adecuada, acorde a los estándares de calidad para la “vida moderna”.

Como es propio de la dinámica hegemónica, se han registrado también discursos sobre los contenidos que evidencian procesos de reestructuración y disputa, cuestionadores del modelo médico

²² En referencia al concepto que Bourdieu (2000) acuña en el marco de una lectura crítica sobre la investigación académica, especialmente en el campo de las Ciencias Sociales. Enfatiza la expresión “*sens commun savant*” para dar cuenta de las construcciones de sentido común que también la academia reproduce y proyecta desde una aparente neutralidad.

hegemónico; ya sea objetivándolo o evidenciándolo a través de creencias y concepciones que lo exponen. A la vez, se han advertido algunas reflexiones que dan cuenta de las limitaciones del enfoque de competencias respecto de la comunicación en la formación médica.

Considerando que un orden discursivo da cuenta del aspecto semiótico de un orden social (Fairclough, 2001), orden que en este caso entrelaza el escenario de la educación superior con la proyección profesional del médico y la comunicación en la relación medicina-sociedad, se apunta a exponer las formas de significar dicho entrelazamiento. En el desmontaje de los órdenes discursivos, se observan también re-definiciones, afirmaciones y exclusiones desde las que vuelven a exponerse los ejes teóricos y los antecedentes que constituyen esta investigación.

Por medio del análisis del corpus documental, pudieron constatarse significados dominantes sobre los contenidos de comunicación, afirmados en la combinación del dominio tecno-científico y la sobrevaloración de modos, comportamientos y actitudes. De dicha combinación, resultan mayormente destacadas y, consecuentemente, reproducidas concepciones instrumentales, sistémicas, informacionales y técnicas sobre la comunicación.

El predominio de una significación técnica y la sobrevaloración de lo actitudinal-conductual conforman un discurso dominante como sostén de los contenidos que se plasman y atraviesan el Plan de Estudios, replicándose y acentuándose sobre todo en las asignaturas APS I, Relación Médico Paciente y APS II. Discurso que se afirma dominante no sólo por la profundización en las tres asignaturas sino porque las mismas tienen un peso decisivo en el fortalecimiento del perfil generalista. Atraviesan el trayecto curricular en que los estudiantes profundizan la concepción de APS y la filosofía de la PS y tienen la posibilidad de proyectarse profesionalmente en distintos espacios comunitarios. Es justamente en dichas asignaturas donde cabe profundizar la problematización sobre la comunicación médico-paciente, el proceso de la comunicación como constitutivo del proceso salud-enfermedad-atención, incluso la persistencia del modelo médico hegemónico en las prácticas de salud a partir del análisis del proceso comunicacional. Sin embargo, el tratamiento de los contenidos desde su aplicabilidad obtura la posibilidad de debate y la comprensión de la complejidad, ya que la proyección de los mismos se sustenta en la explicación de procedimientos a realizar sobre la base de clasificaciones y tipologías determinadas, quedando relegada la comprensión de procesos. En consecuencia, se fortalece una consideración de la comunicación como atributo del profesional. Es el médico quien “maneja”, el emisor tácito, el que brinda, el que “da”.

La objetivación de la relación médico-paciente se proyecta por medio de contenidos de comunicación, que se fundamentan conceptualmente desde la teoría sistémica, principalmente, desde los conceptos vertidos en la obra de Watzlawick. Y si bien, tal como reza uno de los preceptos de la perspectiva sistémica, “todo comportamiento humano tiene un valor comunicativo”, la clasificación y advertencia del comportamiento en la interacción resulta insuficiente para dar cuenta de la complejidad de un vínculo atravesado fuertemente por contextos sociopolíticos estructurales en los que se impone un modelo de atención que lo sobre-determina.

Tanto la teoría en cuestión como los conceptos específicos del libro “Teoría de la comunicación humana” aportan -en este contexto- a la construcción de un discurso que sostiene la fragmentación, que resulta funcional al enfoque de competencias y al concepto de habilidades ya que permite establecer criterios para clasificar tal o cual habilidad, en función de lo que se considera “normal o patológico” en el seno de la relación médico-paciente y en la relación servicios de salud- comunidad.

Al reconstruir los significados y el discurso que se revela en el tratamiento de los contenidos a nivel curricular, se visualiza una legitimación sutil pero persistente del modelo médico hegemónico en la formación. La comprensión técnico-instrumental de la comunicación, que presupone aplicabilidad desde lo actitudinal-procedimental, confirma al médico como dador y regulador de la palabra y la información y al “paciente” como receptor y demandante de dicha información.

Lo sutil radica en un tratamiento que, si bien reconoce la exclusión que produce la mirada médica y el poder en la relación, proyecta los contenidos de comunicación atomizados, obstaculizando así la posibilidad de una comprensión dialéctica que podría resultar reveladora de los procesos en los que se fundan (ej. los mecanismos de exclusión y las relaciones de poder). Algunas de las características del modelo como la asimetría y la subordinación se advierten o bien se alude a las mismas y, en algunos casos, forman parte de las mismas unidades en las que se enuncian los contenidos de comunicación. No obstante, las “técnicas de comunicación” son continuamente afirmadas a través de sucesivas estrategias de lexicalización, por lo que se estabiliza un significado de las mismas como un saber específico. La comunicación devenida en técnica es patrimonio del médico, así constituye un “componente” de su profesionalismo, algo que debe conocer y a lo que debe recurrir para realizar su práctica. Un “saber” que se suma a su experticia; saber que naturalmente redundante en mayor poder.

La persistencia se mantiene por medio del discurso de las competencias, cuya premisa fundamental es que el profesional competente “sabe hacer” y ejecuta. Desde esa perspectiva e imbuida en ese discurso, la comunicación debe proyectarse demostrable y tangible, como algo que se pone necesariamente en práctica. Lo que se debe demostrar es que se puede “comunicar al paciente” o a “la comunidad” de manera eficiente pero la “eficiencia” en un proceso de comunicación, la mayoría de las veces, es un valor a construir entre emisores y receptores.

Ahora bien, si la comunicación se incluye y legitima curricularmente como una técnica que el profesional maneja. Si se la conceptualiza como destrezas que practica e incrementa, como una habilidad que permite reconocer una interacción “normal” o “patológica” y que se estandariza de determinada manera ante una familia, un paciente o un grupo ¿en qué lugar queda el diálogo? ¿Dónde reside la posibilidad de acortar la asimetría y de una inclusión equitativa de saberes en detrimento de la subordinación como característica de la relación médico-paciente? Es dable pensar que cuanto más se estandariza y prescribe el proceso de la comunicación en los procesos de atención, en los vínculos y relaciones que de ellos emana, menos margen queda para la construcción conjunta de sentido acerca de los saberes y padecer de los sujetos y las comunidades. Al respecto, Fairclough (1999) considera que la

legitimación de técnicas para hacer ciertas cosas, manifiesta un poder que excluye violentamente otras formas.

Fairclough también menciona la entrevista y la consejería (o asesoramiento) como ejemplos de técnicas de discurso características de los órdenes discursivos que se generalizan y estandarizan en la sociedad moderna. En ese sentido, cabe reparar en la asociación comunicación-consejerías que se advirtió en el corpus documental. Ya el significado del término resulta ilustrativo de una relación asimétrica en la que hay alguien que da consejos y alguien que los recibe. Los contenidos de comunicación tratados desde una concepción técnico-instrumental proyectan un modelo de consejería que reproduce la asimetría.

Por otro lado, surge también -en el corpus documental- un ordenamiento que a través del vocabulario y la intertextualidad da cuenta de la emergencia de un discurso alternativo y potencialmente re-configurador del discurso anclado en el dominio tecno-científico, asentado en el enfoque pseudo-innovador de las competencias.

Principalmente en el tratamiento que realiza la asignatura IEM, se comprobó una diferenciación entre lo que se consideran competencias y habilidades de comunicación y la comunicación como contenido. La alusión a las primeras se da en la fundamentación de la asignatura y entre los objetivos. A esta altura, puede afirmarse que su mención se convierte en una formalidad tácita, sin que medie discusión alguna sobre sus implicancias; cuestión que responde de manera explícita a la coyuntura reformista. No debe perderse de vista que la asignatura comienza a dictarse en 2006 y registra cambios en su programa entre 2009-2014, período en que la carrera ya fuera sometida a varias instancias de evaluación y acreditación por parte de CONEAU por lo que, ya en ese momento, circulan en la institución resoluciones, dictámenes, recomendaciones; todos textos que reproducen los criterios y la estandarización de contenidos.

Tanto en los contenidos mínimos que contempla la asignatura como en la unidad de contenido destinada al abordaje temático-conceptual, la implementación de contenidos comunicacionales se sustenta en la perspectiva de la Comunicación Comunitaria, el campo de la Comunicación y Salud y, además, se alude a la comunicación y las relaciones humanas. Desde la intertextualidad, se reconoce un posicionamiento discursivo centrado en una concepción antropológica-sociocultural de la comunicación. En ese sentido, se diferencia de las asignaturas APS I y Relación Médico Paciente, que sostienen la implementación de los contenidos de comunicación más enfáticamente desde las teorías sistémicas.

La inscripción en el campo de la Comunicación y Salud abre un abanico de posibilidades que llega a disputar el significado estrictamente instrumental, ya que tal como se reseñó entre los ejes teóricos, en la actualidad el campo prioriza la dimensión procesual de la comunicación desde donde apunta a analizar y poner en escena la participación, la construcción de autonomía y la ampliación de ciudadanía tanto en la salud individual como en la salud colectiva (Petracci, 2015).

Cabe destacar que en la asignatura antes mencionada también se fortalece la asociación entre comunicación y participación comunitaria, asociación que si bien se advierte en otras de las asignaturas analizadas, la fuerte inscripción de lo comunitario en la comunicación y en la participación tiende a instalar un discurso que enfatiza la integralidad de los procesos, por lo que colabora a interpelar y cuestionar la figura del profesional en la comunidad.

Es sobre todo el discurso que reúne la significación procesual de la comunicación -inscrita en las Ciencias Sociales y en el campo de la Comunicación y Salud como referente epistémico más próximo- con el tratamiento y la tematización de la participación al nivel de la práctica textual, lo que permite advertir la incipiente configuración de un orden de significados alternativo. Un orden apto para disputar el dominante que, como ya se señaló, tiende a estabilizar el modelo médico hegemónico en la formación. Las posibilidades de disputa residen en el encadenamiento de significados que habilita la comprensión social y dialéctica de la comunicación. Significados que destacan el carácter de proceso, de construcción permanente y compleja que atraviesa la vida en sociedad. Lo que despliegan los mismos, supone la oportunidad de reconocer en la comunicación social una dimensión constitutiva de los procesos de salud-enfermedad-atención que no es patrimonio del médico ni del paciente. Es una construcción de sentidos en la que ambos están plenamente involucrados junto a otros actores sociales. Si bien la comunicación puede planificarse y atender a ciertas normas que forman parte de la trama, sólo puede hacerse comprendiendo primero al otro que comunica y demanda, que padece, que busca, que desea en el marco de contextos, coyunturas y sistemas de salud determinados por la formación social.

Por lo expuesto, en la comprensión dialéctica de la comunicación y el discurso que se construye en el tratamiento de los contenidos a partir de dicha comprensión, reside la oportunidad de polemizar e instaurar alternativas a la hegemonía del modelo médico en combinación con el orden discursivo que instaaura el enfoque de competencias. Particularmente, comenzando por las implicancias que puede tener el último en el tratamiento de contenidos que no encajan fácilmente en la lógica eficientista.

En lo que respecta al análisis del corpus de fragmentos de las entrevistas, este mostró de manera aún más explícita la dinámica del sentido común dominante en relación a la comunicación en la formación médica y cómo dicha relación reproduce y va legitimando un orden discursivo, sobre todo en la forma de concebir la relación médico-paciente. Se resalta que, si bien pueden reconocerse concepciones que dan cuenta y se alejan de las formas más autoritarias, se acentúan la centralidad del diagnóstico y restringen la relación y el aporte de la comunicación en la formación médica desde y por el mismo.

En la dinámica referida surgen también fundamentos, creencias y reflexiones que dan cuenta de características de oposición y alternatividad, cuestionadoras de la forma en que se ha concebido históricamente la relación y de los discursos impostados, que exaltan la importancia de la comunicación en la formación médica y en el vínculo entre médico-paciente.

Precisamente, se evidenció una amalgama de concepciones y posicionamientos en las voces de los entrevistados que mostraron coincidencias, posiciones encontradas y ambiguas. En lo explícito de dicha amalgama se advierte, cómo puede contrarrestarse la hegemonía y la condición abierta de los órdenes del discurso (Fairclough, 2003). Es este el escenario que se revela en las entrevistas y que caracteriza un estado de la cuestión en el que se advierte un discurso dominante basado, fundamentalmente, en una concepción instrumental-actitudinal de la comunicación, remozado a través del enfoque de competencias y una configuración discursiva incipiente que cuestiona formas y arquetipos y, a la vez, comienza a dar cuenta de la vacuidad de dicho enfoque.

En cuanto a las concepciones de comunicación que expresaron docentes, estudiantes y graduados se encontró una gran diversidad. Se enunciaron concepciones instrumentales, informacionales y conductuales pero también otras, más vinculadas a una comprensión social y dialéctica. En general, las concepciones inscriptas en una matriz sociocultural fueron las “previas” mayormente enunciadas desde un conocimiento experiencial, vivencial. En cambio las que referenciaron una comprensión de base informacional/instrumental se notaron mayormente influenciadas por la matriz eficientista.

Las concepciones previas más espontáneas se observan cercanas a una comprensión dialéctica, en las que sin llegar a objetivar la misma, se destaca fuertemente lo relacional, la otredad, el mundo de la vida y el momento de “encuentro” que en alguna respuesta fue explicitado como tal.

Los fundamentos que los entrevistados esgrimen -sobre todo los docentes- sobre el aporte o bien la relación de la comunicación en la formación médica, se repliegan sobre lugares comunes y especiales -topoi- que apelan fundamentalmente a la utilidad, las ventajas y la centralidad de la relación médico-paciente como el argumento por excelencia, que termina suprimiendo la expresión de sus implicancias más profundas y de todo lo que se juega allí.

Del cruce entre los lugares comunes y los lugares especiales surge el fundamento de los “juicios de mala praxis”, al que se apela tanto desde la utilidad como desde el consenso que avala una especie de preparación para enfrentar este tipo de procedimientos. Es pertinente recordar en este punto que la salvaguarda hacia la “reducción de litigios” fue una de las razones fundantes que cuenta como antecedente de la formalización y regulación de los contenidos de comunicación en las carreras de Medicina, sobre todo en países de Europa y en Estados Unidos.

Entre los mismos fundamentos, llama la atención la afirmación casi declamatoria de la importancia de la comunicación para la formación y el reclamo de un tratamiento “como contenido”. Ambos enunciados ponen en evidencia las diversas y ambiguas consideraciones del tema por parte de los docentes así como la continuidad de las tendencias iniciales y antecedentes reseñados en el capítulo dedicado al estado del arte, en los fundamentos que conforman el discurso sobre la incorporación de los contenidos. Es evidente que la inclusión de la comunicación como contenido programático sigue argumentándose desde su funcionalidad para la relación médico-paciente y parece ser un asunto

enteramente justificado por el mismo. No obstante, continúa generando polémica su establecimiento curricular.

Entre los estudiantes surgieron algunos fundamentos que destacan la comunicación para dar cuenta de la condición humana en la práctica médica. Es significativo advertir que no aparecen fundamentos por la relación médico-paciente. Los estudiantes parecen asumirla tácitamente o bien no estar consustanciados con la asimetría de la relación. En cambio, necesitan afirmar que la comunicación es “primordial” para trabajar con “personas”, con “el otro”. El recurso a estos últimos términos puede rescatarse como un significado local que habilita una construcción en la que “el paciente” sale de la sobre-objetivación que reproduce la relación médico-paciente, en tanto lugar especial consolidado.

Por otro lado, se pudo constatar que no existe un discurso unificado sobre el aporte de la comunicación como contenido al perfil de médico generalista al que apunta la carrera. Los argumentos oscilan entre una concepción genérica que se afirma en una concepción actitudinal “de humildad” como característica del profesionalismo y, una distintiva, desde la que la representación del médico generalista es la de un “experto en comunicación”. Entre las últimas, se argumenta la importancia desde la vinculación “trabajo comunitario”-comunicación y la visualización de otros roles que atañen al perfil. En la indagación de este punto, se produjo un reenvío del tema discursivo que evidenció la complejidad de sostener la formación orientada hacia la medicina general en el marco de un sistema que prioriza la formación especializada.

La diversidad de miradas -sobre la relación y el aporte de los contenidos de comunicación en el fortalecimiento del perfil- y la condición de relatividad que se advierte en los fragmentos de los entrevistados permiten dar cuenta del exiguo reconocimiento de un tratamiento conceptual o bien de perspectivas desde la que puedan reconocerse conceptos y teorías de comunicación que resulten más acordes a la orientación generalista. De hecho, se explicitó que el tratamiento queda “librado a lo que cada uno (docente) considera que debe ser”. Se evidencia así una construcción discrecional del contenido -a medida- que empalma perfectamente con la ambigüedad de las estrategias de lexicalización que reproducen el enfoque de competencias. De allí que las opiniones y concepciones sobre tal enfoque adviertan cierta controversia y poca precisión pero se valore el efecto generalizador que instala a nivel curricular.

Los docentes realizan una lectura crítica de la resolución 1314 y no advierten la influencia de la misma en el tratamiento de los contenidos de comunicación. Sin embargo, en sus posicionamientos revelan marcas de un discurso regulador producto de la coyuntura de reformas que ha naturalizado la medición y, consecuentemente, la estandarización de contenidos. Naturalización que se manifiesta en el recurso a la evaluación para definir, alcances e implicancias actitudinales-metodológicas, pasando por alto el marco conceptual de referencia.

También como resultado de dicha naturalización aparece la polarización entre “discurso” y acción; entre lo que “se dice” y lo que “se hace”. Los docentes aducen que el tratamiento curricular se

queda en “lo discursivo”. Estudiantes y graduados afirman que es necesario fortalecer la formación en comunicación en la carrera para superar lo “discursivo”.

La coincidencia en esta polarización -que reclama “aplicabilidad”- retrata una especie de punto de llegada y explica en gran parte que la forma dominante de concebir la comunicación, su circulación y consecuente estabilización curricular tiene correlato directo con un orden discursivo que se estructura a partir de una concepción de conocimiento y de educación que, como producto de los cambios globales, pasa a ser sinónimo de competitividad. Tal como afirma De la Torre Gamboa (2004), se argumenta que ante la globalización y las exigencias de la sociedad del conocimiento, la formación universitaria debe orientarse ineludiblemente a estándares internacionales que hagan a las instituciones competitivas en los mercados y en los organismos acreditadores del ámbito mundial. En concordancia los profesionales se forman desde una nueva construcción del rol, en el que se destacan más sus habilidades y destrezas que su formación humana y social, impulsando así el conocimiento aplicable más que otros tipos de conocimientos.

El mismo orden discursivo se plasma en la relación medicina-sociedad y en la relación médico-paciente.

“Del lado del médico encontramos la exigencia de la eficacia, de efectividad, en una época seducida por los resultados tecnocientíficos. El médico es sometido todo el tiempo a evaluaciones de eficacia. La eficacia se asocia a la rapidez del diagnóstico y al uso adecuado de la tecnología. La salud se ha convertido en una industria donde los procedimientos deben ser rentables. Los avances técnicos ya no pueden dejarse afuera por lo que, si no existe demanda de ellos, habrá que generarla. Pero, entonces, el paciente ya no es un sujeto, es un cuerpo que se presta a la confirmación de la efectividad de los avances de la biología. Y el médico queda atrapado en una operación, en el cumplimiento de una norma que hace callar la pregunta por el sentido” (Manitta, 2005, p.92).

La configuración del orden que se asienta en la competitividad se ha mostrado dominante en los discursos que fundamentan y sostienen la incorporación de la comunicación y ese dominio es lo que impacta y resulta contradictorio con la construcción curricular del perfil de médico general. En cambio, dicha configuración deviene favorecedora de un modelo de profesional más acorde a los preceptos y presiones de un sistema en el que las competencias traducidas en experticia, son lo distintivo.

No obstante, se han observado formas de generar significado alternativas y disruptoras, sobre todo en las concepciones previas sobre la comunicación, en la reflexión sobre los usos de la comunicación en el discurso de algunos de los profesionales, en los argumentos que cuestionan y admiten las limitaciones del modelo de competencias y en los tratamientos de los contenidos aludidos en los que se tiende a privilegiar la comprensión de procesos por sobre la explicación de procedimientos. En estas formas reside la potencialidad de fortalecer la formación social y humana del médico general y de comenzar a proyectar, desde la formación académica, una mirada crítica al modelo médico hegemónico hacia toda la sociedad, no sólo con el fin de advertir sobre sus consecuencias sino también

para apostar cada vez más al conocimiento colectivo y la promoción del mismo en la dialéctica salud-población.

Capítulo 6

Conclusiones

Algunas disquisiciones, cuestiones pendientes y lecciones aprendidas: notas por una praxis político-comunicacional en la formación médica

“La razón tecnocrática, meramente instrumental, encuentra su negación en la versión ontológica-moral de la comunicación, consagrada desde sus orígenes comunicar es comulgar. Más allá de su connotación religiosa, la acción comunicativa es un hecho ético, es decir político, no instrumental”

(Héctor Schmucler, 1997, p.147)

El presente capítulo tiene por objetivo condensar los resultados y señalar las cuestiones que resultan conclusivas. En primer lugar, se retoman y responden las preguntas que guiaron la investigación, haciendo hincapié en las cuestiones más sobresalientes que surgieron del análisis realizado en el capítulo anterior. Luego, se comentarán las particularidades que tuvo la instancia metodológica, repasando tanto los procedimientos vivenciados como obstáculos y los que fueron percibidos como fortalezas.

La lectura integral del proceso de investigación permitirá articular los principales hallazgos que se advierten en la intersección de los campos Educación Superior, Educación Médica y Comunicación y Salud. En ese marco se explicitarán conclusiones y sensaciones que marcaron el proceso investigativo.

6.1 Resultados en foco: discursos que se fortalecen, modelos que se afirman y perfiles que se desdibujan. Alternativas en tratamientos y voces incipientes

La pregunta de investigación que estructuró la presente tesis apuntó a indagar sobre los discursos que construyen, sostienen y normalizan la incorporación de la comunicación como contenido curricular en la formación de grado de la carrera de Medicina que se dicta en la UNCo y cuál es el modelo de formación y el tipo de perfil profesional que contribuyen a fortalecer los mismos.

El análisis y los resultados revelaron concepciones, creencias, tratamientos y fundamentos que dan cuenta de dos discursos dominantes: el discurso de las competencias enlazado al discurso médico normalizador. Ambos, vehiculizan una comprensión instrumental y subsidiaria de la comunicación en la práctica médica que apunta a fortalecer el profesionalismo desde atributos estandarizables, medibles y calificables. Si bien resulta esperable esta valoración en el marco de la especificidad de la carrera y la coyuntura reformista que habilita y estabiliza el enfoque de competencias, debe admitirse que su naturalización obtura la posibilidad de construir el profesionalismo desde una comprensión dialéctica que permita la construcción y búsqueda de una relación propensa a la autonomía del paciente/usuario.

Como ya se afirmó, el discurso de competencias surge con fuerza a partir de las reformas en Educación Superior, que en las últimas tres décadas se han fundamentado desde el avance de la globalización y la inserción de la institución universitaria en la lógica internacionalizada del mercado. La carrera que fue objeto de estudio de esta tesis no escapa a esta lógica ya que fue fundada en plena década de 1990, cuando la LES ya se encontraba sancionada y en vigencia. La perspectiva de competencias se basa fundamentalmente en instaurar los valores del mercado laboral global en la formación universitaria. Los profesionales, en este caso los profesionales médicos, deben distinguirse por sus “habilidades”; entre ellas, la comunicación es propuesta y proyectada mayormente desde procedimientos que apuntan al dominio de supuestas “técnicas”. Además, el discurso de competencias actualiza el discurso médico y en conjunto construyen una transposición de los contenidos de comunicación que responde a la lógica de la evidencia y la efectividad. Desde el predominio de ambos discursos, que en la propia dinámica se aggiornan de modo recíproco para incluir y sostener la comunicación como contenido, resulta fortalecido un modelo de formación que continúa legitimando el modelo médico hegemónico. Sobre todo, desde las características del mismo que dan cuenta de la asimetría, la inclusión subordinada y la exclusión del conocimiento del paciente/usuario/persona (Menéndez, 1988).

En la medida en que sigue siendo el médico quien detenta a través de las “técnicas, habilidades, competencias y destrezas” la comunicación, la subordinación y la anulación/exclusión del conocimiento de la persona sobre sí misma y su padecimiento se continúan garantizando, ya que el monopolio de la palabra -la palabra autorizada- por medio de dichas “habilidades”, se refuerza. En ese sentido, resultó altamente significativa e ilustrativa la ausencia del término “diálogo” en el predominio de los discursos identificados. En cambio, a modo de eufemismo, surgen otras estrategias de lexicalización: “herramientas para hablar y escuchar”, “escucha activa”.

De forma paradójica, el campo comunicacional -que tiene todo el potencial epistémico para democratizar el conocimiento médico-científico en la relación medicina-sociedad y, consecuentemente, comenzar a construir significados acordes a una comprensión dialógica de la relación médico-paciente- se limita a sus perspectivas más antiguas y debatidas, las de base sistémica y funcionalista, por lo que termina legitimando un orden discursivo en la formación en el que la forma dominante sigue confirmando al médico como el emisor por excelencia. Pero ahora con una experticia agregada por las “técnicas y habilidades comunicacionales”. Si bien dicha legitimación se vuelve sutil y hasta disimulada por tratamientos centrados en lo conductual-actitudinal, no deja de advertirse la persistencia de una forma dominante que encuentra en la sobrevaloración del diagnóstico su epicentro.

Por lo expuesto, el perfil profesional que resulta fortalecido -en la curricula de la carrera que se investigó- es el de un médico más atento a las demandas del mercado laboral y a la coyuntura que atraviesa los sistemas de salud de las provincias de Río Negro y Neuquén, en tanto escenario en el que los estudiantes también completan su formación y que tal como surgió en la reflexión de una de las docentes entrevistadas “no hacen ‘tanto’ al perfil generalista”. Un perfil desdibujado de la Medicina

General, en el que la comunicación surge mayormente para completar al profesional, para hacerlo justamente más distintivo y competitivo, dejando de lado el carácter de praxis transformadora que adquiere en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. A pesar de que en algunas de las opiniones de los entrevistados la comunicación surge valorada para el perfil generalista, no se alude a ella desde dicho carácter.

Respecto de los primeros interrogantes que se formularon -a partir de la pregunta principal de investigación- sobre el impacto del discurso de las competencias en el tratamiento curricular de la comunicación, las transformaciones que produce dicho tratamiento en la formulación de contenido y las concepciones teóricas que se priorizan, puede afirmarse que el impacto es la confirmación de la paradoja explicitada anteriormente.

Al repasar la profusa creación de lexicalizaciones -estrategia centrada en la selección léxica y la combinación que funciona estabilizando significado tales como “comunicación efectiva”, “destrezas de comunicación”, “habilidades de comunicación interpersonales”, “capacidades de comunicación”, “técnicas de interacción y comunicación”- cabe advertir como una de las principales transformaciones la dilución de los contenidos en el discurso de las competencias, pasando a postularse como modos, maneras.

Todo es “habilidades” pero no se define el para qué, más allá de la enunciación de dichos modos. Esto legitima un tratamiento discrecional en el que las apreciaciones y los juicios morales y de valor –“comunicación adecuada, buena, efectiva, trato amable, error de comunicación”- ganan terreno en detrimento de una discusión necesaria sobre marcos teóricos de referencia para el tratamiento del contenido en cuestión. En ese sentido, las referencias a la teoría sistémica a la que se alude explícitamente resultan funcionales a dicho tratamiento, ya que la priorización de lo conductual sirve de fundamento a las valoraciones. Por otro lado, también refuerza el aggiornamiento entre los dos discursos dominantes porque combina la “detección de una comunicación normal o patológica”- clasificación propia del discurso médico- con las “habilidades y competencias”.

Al respecto, Moreno Olivos (2010) -en la reseña del libro “Educar por competencias ¿qué hay de nuevo?” de José Gimeno Sacristán (2008)- afirma justamente que

“en la práctica, el discurso de las competencias refuerza la importancia de los métodos y omite los otros elementos del proceso educativo y, antes, pasa por alto el marco conceptual de referencia que dé luz a los distintos elementos que componen la estructura curricular” (Moreno Olivos, 2010, p.296).

Al mismo tiempo, llama la atención sobre la vacuidad característica que adquieren los conceptos de comprensión y conocimiento desde el enfoque en cuestión y agrega que

“sin referentes de conocimiento todo cabe, incluidas las contradicciones, los contrasentidos, las lagunas, la falta de claridad. Sólo hay propuesta de carácter

programático y pragmático, con una tendencia marcadamente operacional, de fuerte connotación eficientista, que apunta a exigencias de carácter económico-productivo ante situaciones socioeconómicas muy competitivas” (Moreno Olivos, 2010, p.296).

Dos preguntas restantes consideraban el surgimiento de discursos y órdenes discursivos alternativos o en pugna y su impacto en el perfil curricular al que apunta la carrera. El análisis reveló la incidencia de discursos alternativos a los identificados como dominantes, que se configuran tanto desde la intertextualidad en el tratamiento de los contenidos de la asignatura IEM como en algunas de las concepciones previas y significados locales que enuncian los entrevistados -tanto docentes como estudiantes- sobre la comunicación y los fundamentos que explicitan su importancia en la formación.

Respecto a la asignatura en cuestión, aparece la diferenciación entre competencia y contenido. Aunque las primeras se enuncian desde la tendencia dominante del enfoque, no vuelven a mencionarse en las unidades de contenido. Desde lo curricular, esta separación colabora a diferenciar conocimiento de competencia y/o habilidad, algo sustancial para comenzar a no reproducir el enfoque de manera acrítica, colonizando el contenido conceptual por modos y maneras.

Los contenidos de comunicación se implementan desde el campo disciplinar homónimo, inscripto en las Ciencias Sociales, hecho que fortalece el tratamiento interdisciplinario y legitima la complejidad como componente esencial de los procesos. El discurso de las Ciencias Sociales inscribe el contenido en cuestión en la dinámica social-comunal, que rompe con la comprensión instrumental y va más allá de lo actitudinal para comenzar a construir un significado político de la comunicación. Es justamente dicho significado, junto a la comprensión de la comunicación como un proceso de producción de significados siempre presente y constitutivo del proceso salud- enfermedad- atención lo que puede advertirse como la configuración incipiente de un orden discursivo alternativo que irrumpe en la legitimación del modelo médico hegemónico en la formación.

De manera explícita, algo sustancial que habilita el discurso de las Ciencias Sociales y particularmente el tratamiento de la comunicación desde lo procesual- político es la constatación de que al nivel de la producción de sentidos y significados, tanto médico como paciente, se vuelven emisores y receptores; lo que habilita a una reflexión crítica sobre las relaciones de poder, la dinámica hegemónica y, en definitiva, la legitimación cultural de la autoridad médica en nuestras sociedades con las consecuencias que conlleva.

Por otro lado, también cabe valorar en la configuración de una forma alternativa, las concepciones previas sobre comunicación y las reflexiones, opiniones y creencias sobre la importancia de la misma en la formación médica. En algunas de las entrevistas de los docentes y estudiantes se advirtió una comprensión de base que referencia y destaca el sustrato humano y social de la comunicación. Dicha comprensión coincide con una aprehensión de la comunicación que se corresponde con el “mundo de la vida” habermasiano (Habermas, 1987). Referencias explícitas al carácter de encuentro y definiciones que se enuncian desde la vivencia de creencias y acontecimientos hacen emerger un significado relacional-interaccional de la comunicación, que disputa la dominación

del discurso de las competencias y la omnipotencia de las técnicas.

6.2 De enfoques, datos y técnicas. Un balance

De manera general, puede afirmarse que el diseño de investigación realizado fue apropiado para llevar adelante una investigación crítica inscripta en el campo de las Ciencias Sociales. No obstante, como en todo proceso de producción de conocimiento, pueden advertirse lecturas e indagaciones pendientes que -en este caso- obedecen tanto a las decisiones metodológicas como a la coyuntura académico-institucional que atraviesa la carrera que conforma el objeto de investigación. Por lo expuesto, no sólo se señalan y fundamentan las cuestiones percibidas como aciertos sino también las que se sintieron como limitaciones de la investigación.

La investigación cualitativa enfocada en el ACD permitió fundamentalmente desmontar una trama de correspondencias veladas, no observadas, ni problematizadas. A partir de ellas puede señalarse la estrecha relación entre una coyuntura de política educativa, los discursos que adquieren dominio sobre otros para el tratamiento de los contenidos en cuestión y un modelo de formación que de manera sutil, legitima el modelo médico hegemónico.

La revelación de dicha trama se asume coherente e ilustrativa de algunos de los intereses de investigación que se ha trazado en general el ACD como parte de la ciencia social crítica: el abordaje de problemas sociales basados en la producción y reproducción de la dominación y, consecuentemente, la importancia de investigar prácticas discursivas en entornos institucionales. En estrecha relación con dichos intereses, se postula el reconocimiento de “lo dado” como una invención fundada en la estabilización del sentido a través del poder y la ideología. Lección fundante que resulta concluyente y fortalece el lema que reza “el estado de las cosas no es el único posible” (Chouliaraki y Fairclough, 1999; Wodak y Meyer, 2003; Van Dijk, 2003).

Por otro lado, se destaca la coherencia del enfoque crítico con el tipo de investigación y la clasificación del estudio realizado. El ACD aporta, justamente, el conocimiento crítico que permitirá ir más allá de lo propositivo/ descriptivo para generar discusiones más amplias sobre la inclusión y la transposición de los contenidos, de lo hecho hasta aquí y lo que queda por hacer al respecto. Consecuentemente, se confirma la utilidad de la investigación cualitativa para profundizar un tema que, tal como se indicó en el capítulo de los antecedentes, se considera estudiado de modo restrictivo.

También se afirma el carácter exploratorio del estudio, el cual explica el diseño del corpus y la selección de informantes entrevistados. De acuerdo al carácter inicial de la investigación, se priorizaron fragmentos de contenido y las alocuciones de los entrevistados que resultaran pasibles de interpretación respecto al objeto de estudio -los discursos sobre los contenidos de comunicación en la carrera de Medicina de la UNCo-. Como sostienen especialistas, los grandes corpus de textos o conversaciones se consideran fuera de lugar en el ACD porque el núcleo de la investigación son las propiedades que en los textos pueden variar en función del poder social (Van Dijk, 2003).

No obstante, en el transcurso del análisis, la elección del enfoque de ACD suscitó varios re-

planteos y vaivenes, que incluyeron desde las categorías seleccionadas hasta las unidades que iban a analizarse. El hecho de ser un enfoque teórico-analítico amplio y ecléctico, que justifica en base al problema elegido sus elementos y categorías, vuelve artesanal e inestable su aplicación. Es este rasgo característico lo que confirma que más allá de los desarrollos destacados que ha tenido como marco y enfoque en las últimas décadas, no se asiste en el ámbito de las Ciencias Sociales empíricas a una globalización de sus aplicaciones (Marradi, Archenti y Piovani, 2010).

Respecto de las técnicas de recopilación de datos, el corpus conformado por la investigación documental y la selección de informantes clave pueden señalarse algunas cuestiones que, aunque se encuentran justificadas por el diseño de la investigación y las decisiones metodológicas asumidas, se perciben aún como cuestiones pendientes o bien posibilidades alternativas, pasibles de desarrollar en investigaciones futuras.

La realización de observaciones de las clases en las que se aborda la comunicación como tema y contenido podría haber enriquecido el análisis, aportando evidencia empírica para consolidar tanto el análisis como los resultados de la presente investigación. Los textos (orales) de las clases podrían haber sido analizados desde el ACD y establecer diferencias y similitudes con los textos de los programas. Cruce que permitiría revelar aún con mayor elocuencia la dinámica hegemónica, particularmente en la sustanciación del modelo homónimo en la formación. Desde el ejercicio docente vivido puede reconocerse que en las instancias materiales del proceso enseñanza- aprendizaje se revelan a través de la interacción, cruces constantes y disputas entre formas dominantes, alternativas y marginales de generar significado y –consecuentemente- de construir, sostener y/o reproducir discursos.

Respecto del corpus documental, cabe reconocer que se consideró la posibilidad de configurarlo de manera diacrónica; es decir, realizando un recorte temporal que incluyera distintas versiones de los programas de las asignaturas analizadas y la Resolución Ministerial (MECyT Nro. 535/99) que antecede a la MECyT N° 1314/07. Sobre todo en función de dar cuenta de las transformaciones en el tratamiento de los contenidos –cambios de denominación, inclusiones, exclusiones-, luego de los procesos de acreditación que se sucedieron en la carrera. Esta posibilidad, hubiera fortalecido la perspectiva histórica desde la comparación.

Por último, una reflexión respecto de la selección de los entrevistados. El hecho de no incluir más graduados -tanto aquellos que se desempeñan como docentes o bien tutores de prácticas de la carrera como los que no tienen relación con la carrera post graduados- representó un aspecto inconcluso de la muestra. Fundamentalmente porque están involucrados ya en el sistema de salud y pueden potencialmente dar cuenta de la praxis discursiva respecto de los contenidos en cuestión y, respectivamente, de la confirmación o bien de las formas más alternativas o marginales del orden discursivo.

6.3 Pensar hallazgos: entre los debates y las convicciones

Revelaciones y hallazgos suelen usarse para dar cuenta de aquello que se descubre, que estaba

oculto y/o que al menos pasaba inadvertido. En ese sentido, pueden identificarse tres tipos de consideraciones que –entrelazadas– surgen como nuevas lecturas, luego del proceso de investigación.

Las primeras vinculadas a las potencialidades del enfoque teórico metodológico, a lo que puede aportar en términos de investigación crítica el ACD, su impacto para encontrar correspondencias y desmontar aquello que permanece tácito pero, que sin embargo, va encontrando límites en el devenir mismo del discurso.

Las segundas en relación directa con el enfoque, se centran en la discusión epistémica para delinear los aportes a la intersección entre Educación Superior, Formación Médica y Comunicación. Entre estas consideraciones vale detenerse en la condición de “usos múltiples” que proporciona el campo de la comunicación cuando es convocado por otras disciplinas o proyectos de formación. En ese sentido, el campo de la Comunicación y Salud aparece como horizonte epistémico para proyectar la comunicación en la formación médica de grado.

Por último, abreviar sobre algunas convicciones, sensaciones y cavilaciones que fue despertando el proceso. Sentidas sobre todo en función de la trayectoria profesional y las vivencias señaladas también a modo de motivaciones en la introducción de esta tesis.

Respecto del ACD, efectivamente puede postularse como un enfoque revelador de la dialéctica discursos-ordenes discursivos-realidad social y de los efectos y configuraciones que de ella se derivan. Se resalta así que la referencia a la matriz tridimensional (Fairclough, 1992, 2008) resultó clave para esclarecer la dinámica intrínseca que supone dicha dialéctica en un contexto particular. En suma, resulta sumamente valorado el hecho de reconocer y familiarizarse con un marco analítico que habilita de manera sistemática, a través de sus categorías y conceptos, este ejercicio de desmontaje de concepciones, modos, formas de conceptualizar y fundamentos que habitualmente y –específicamente– en el discurso científico-médico-académico se presentan a modo de fórmulas incuestionables. En este sentido, puede avizorarse la continuidad y el fortalecimiento del enfoque para abordar otros temas y tratamientos cuya inscripción en la formación académica de profesionales de la salud resulta problemática o bien poco explorada.

A otro nivel, el marco analítico contribuyó a confirmar que el avance del neoliberalismo en la Educación Superior suscita una serie de problemáticas que implican necesariamente un abordaje interdisciplinario-crítico. Si bien esta investigación consideró apropiado analizar los discursos que sostienen la comunicación como contenido, a partir de dicho análisis pudieron dilucidarse algunos de los efectos y consecuencias del discurso de las competencias. Es válido aclarar que los mismos dan cuenta de una problemática que trasciende lo institucional curricular para ubicarse en un plano de discusión mucho más amplio y urgente. Discusión que tiene como eje central el rol de la Universidad en un contexto de profundización acelerada del capitalismo global. En la misma discusión se dirime fundamentalmente, si la formación académica responderá denodadamente a las exigencias de dicho contexto o bien apostará a la formación para la ciudadanía crítica. No obstante, se percibe que en la actualidad este debate se encuentra a medio camino, obturado por los discursos de reforma.

La discusión impacta de manera particular en la formación académica de profesionales médicos, y a su vez repercuten en el sistema de salud y en los modelos de atención. Un dato significativo²³ que refleja la problemática de la formación es que -desde 2008- la cobertura de cargos vacantes en las residencias de Medicina General de todo el país resulta crítica. Los cargos nunca llegan a cubrirse. Entre los factores que influyen en la tendencia, el Consejo Federal de Salud (COFESA) en alianza con diferentes actores del ámbito de la formación específica, consideró clave lo que significativamente se denomina “Mercado Formativo”²⁴ que hace referencia a la formación de grado y a los perfiles profesionales orientados a especialidades. Se destaca que en las provincias de Río Negro y Neuquén la tendencia se ha ratificado, con la particularidad de una formación de grado que se autodefine orientada hacia la Medicina General a través de la Carrera de Medicina que fue objeto de análisis en la presente tesis.

Ante la discusión reseñada y el impacto señalado, los discursos sobre la comunicación resultaron un analizador, una especie de emergente que en cuanto pudieron leerse críticamente pusieron de manifiesto posicionamientos y coyunturas que permanecen silenciadas, que no son parte de la agenda institucional, al menos de manera pública.

Respecto de los usos y tratamientos de la comunicación que pudieron relevarse, vale la pena detenerse en el ejercicio epistémico crítico que conlleva revisarlos, desmontarlos y luego sostener su disputa en un orden social institucional que continua subsumiendo la comunicación a la transmisión lineal y la información. En ese sentido, se destaca la incidencia de los discursos alternativos advertidos, fundamentalmente, porque construyen y despliegan significados que van en contra de dicha linealidad; permitiendo resignificar así tanto la relación médico-paciente como la vinculación medicina-salud-sociedad. Tomando en cuenta dicha incidencia como potencialidad, puede afirmarse una disputa significativa que va configurando posibilidades en torno al modelo de formación y al fortalecimiento del perfil de médico general.

Por otro lado, analizar discursos sobre la comunicación como contenido se convirtió en un estudio cuasi meta-discursivo porque involucró una revisión implícita de los discursos dominantes y alternativos constitutivos del campo de la comunicación, que gravitan hasta la actualidad y se proyectan en la reproducción del orden social. Desde dicha revisión, pudo observarse -por ejemplo- el influjo del legado funcionalista y la ubicuidad de la sistémica y, consecuentemente, el impacto que ambos tienen en el campo de la Educación Médica.

La reflexión sobre los legados teórico-epistemológicos condujo a visualizar en el campo

²³La información fue relevada en el marco del Proyecto de Investigación denominado “Conflictividad social, Estado y Políticas Públicas en el Alto Valle de Río Negro 2007-2015” (D- 103) vigente hasta 2017. El Proyecto se radica en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales y se encuentra aprobado por la Secretaría de Investigación de la Universidad Nacional del Comahue con vigencia hasta 2017. La autora forma parte del mismo como integrante, en un eje del proyecto que aborda políticas de formación en salud.

²⁴Aparece así denominado en el informe “Planificación y gestión del Sistema Nacional de Residencias en Argentina”, elaborado por la Dra Isabel Duré y cols. para el Observatorio de Recursos Humanos en salud – Ministerio de Salud de la Nación, con fecha de publicación en 2013.

reciente de la Comunicación y Salud, un referente epistémico que si bien surge subvalorado en el curriculum analizado, es clave para fortalecer la comunicación desde su dimensión ético política y desde la comprensión dialéctica en la formación médica de grado. Es que en el campo mencionado se ha venido dando una discusión teórica sobre perspectivas heredadas y contemporáneas centrada en el desarrollo como categoría originaria, que ha permitido jerarquizar la dimensión política de la comunicación. Como señalan Cuberli y Soares de Araújo (2015), teniendo en cuenta las diferencias, las definiciones de Comunicación y Salud comparten la premisa de que se trata de procesos de comunicación en pos de transformaciones individuales y colectivas hacia una situación que se considera de más salud en su sentido ampliado y más favorable al desarrollo humano.

Finalmente, cabe señalar algunas convicciones que marcaron el pulso de la investigación que culmina. En primer lugar, recordar que la clave motivacional de este trabajo fue avanzar en la búsqueda de principios, premisas que vuelvan más inteligible y, a la vez, permitan intervenir para atenuar y revertir la asimetría característica y sus consecuencias en los vínculos entre médico-paciente y en la relación medicina-salud-sociedad. Cuestión que, a pesar de los avances de todas las ciencias que construyen el campo de la Medicina y las Ciencias de la Salud, sigue manifestándose en la interacción cotidiana a través de una trama simbólica poderosa y determinante que emerge en todo su esplendor en las instituciones, en las vidas.

En este sentido, luego del recorrido realizado, continúa firme la convicción de profundizar la formación en comunicación de los futuros profesionales médicos desde una perspectiva que les permita ser cada vez más auto-reflexivos sobre su formación y potencialmente sobre su práctica. Para sustanciar dicho trabajo se vuelve esencial comenzar a romper con la lógica del modelo médico hegemónico y pensar cómo se resignifica el mismo ante los imperativos del mundo global en los que la información- no la comunicación- toma la forma de un valor consagrado, tanto en el ámbito de la profesión ya institucionalizada como en el de la formación de grado y pos-grado. En función de estas ideas, la discusión sobre los modelos de formación, inscripta en el debate siempre pendiente y urgente del rol de la Universidad en la sociedad actual debe consolidarse como el telón de fondo desde el que se piensan y proyectan las transformaciones.

En esta trama de convicciones, debates pendientes y problemáticas sentidas se consolida la construcción interdisciplinaria entre Educación Superior, Medicina y Comunicación y Salud, desde la que esta tesis y el análisis que la misma posibilitó, apostó a ser un aporte en pos de una formación académica cada vez más crítica, política y comprometida.

Anexo

Parte I

Programas de las asignaturas analizadas en el corpus documental

Por razones de espacio, se anexan la fundamentación (en los programas que figura), objetivos, contenidos mínimos, programa analítico y la bibliografía. En todos los casos, se reproducen completos los fragmentos que han sido objeto del análisis.

Programa de la asignatura IEM

INTRODUCCIÓN A LOS ESTUDIOS DE LA MEDICINA - 2016 -DEPARTAMENTO: SALUD COLECTIVA- ÁREA SALUD COMUNITARIA- ORIENTACIÓN SALUD SOCIOAMBIENTAL

PROGRAMA ANALÍTICO

1. FUNDAMENTACIÓN

La Carrera de Medicina en la Universidad Nacional del Comahue (UNCo) fue creada a través de la Ordenanza 834/97 de la UNCo y modificada en las Ordenanza 1032/05 y Ordenanza 1047/13 que rige el plan de estudios en la actualidad. El título que se obtiene al finalizar la carrera es el de Médico y el perfil del egresado de médico con orientación generalista. El eje que atraviesa la formación académica y define este perfil es la Atención Primaria (APS), una filosofía en la que se enmarca un trabajo interdisciplinario e intersectorial, y en la que se considera que la formación de profesionales y la participación de la comunidad son estrategias para la protección de la salud.

Las competencias de los graduados de la Facultad de Ciencias Médicas, deberán constituirse como herramientas para el desarrollo de su necesidad de trabajar con otros, comprendiendo roles, responsabilidades y destrezas propios y de los otros miembros del equipo de salud: Les permitirán adaptarse a los cambios imperantes en la profesión médica y mantener un proceso educacional continuo a lo largo de su vida profesional.

La asignatura Introducción a los Estudios de la Medicina (IEM) es una de las cinco materias de carácter anual que se dictan en primer año. Se propone como un espacio curricular relacionado a ejes tales como elección de la carrera y alfabetización académica. Promueve en los estudiantes la adquisición de competencias y habilidades de trabajo tanto individual como grupal.

Cada unidad de la asignatura es abordada mediante situaciones problemáticas integradoras. Esto permite fortalecer el proceso de apropiación de los contenidos disciplinares y el desarrollo de competencias vinculadas con las formas de lecto-escritura académica, la comunicación, el debate de ideas y la búsqueda, selección y análisis de la información disponible.

Se abordan temáticas sociales y culturales que interconectan los procesos de salud/enfermedad. Se proponen actividades en terreno tendientes a relacionar Universidad, Salud y Comunidad, reforzando aspectos de comunicación, éticos, sociales y culturales. Se trabaja para que, con el desarrollo de autonomía e iniciativa personal se conozcan y profundicen aspectos acerca del Plan de Estudio de la Carrera, las leyes de la Universidad, la problemática social y comunitaria en la promoción de la salud, la construcción del concepto de salud y los determinantes sociales, políticos y culturales que implican al mismo.

2. PROPÓSITOS

- Promover el análisis y la resolución de conflictos cognitivos que genera en los estudiantes la inserción en el sistema Universitario.
- Estimular la adquisición de competencias y habilidades acordes al perfil del egresado de la Carrera de Medicina de la UNCo.
- Propiciar la construcción de espacios de articulación entre la vida universitaria y la comunidad en la que están insertos.
- Favorecer la responsabilidad, el compromiso, la planificación e iniciativa.

2.1 OBJETIVOS

Teniendo como eje fundamental al alumno/a como co-responsable (junto con los docentes) de los procesos de enseñanza y aprendizaje, en IEM promovemos que el estudiante pueda:

- Adquirir habilidades comunicacionales orales y escritas.
- Integrar conocimientos y aplicarlos a la resolución de problemas.
- Aprender a trabajar en equipo.
- Desarrollar la curiosidad intelectual y la creatividad.
- Establecer procedimientos de auto evaluación que permitan reconocer la adquisición de logros favoreciendo la autoestima.
- Realizar aprendizajes basados en la comunidad, con comportamientos vinculados al intercambio social y a la participación comunitaria.

3. CONTENIDOS MÍNIMOS DE LA ASIGNATURA

La Universidad Nacional del Comahue, reglamentación y funciones. La carrera de Medicina en la Universidad del Comahue. Atención primaria de la salud. Función del médico en la promoción, prevención, asistencia, e investigación en la comunidad. Trabajo en equipo. Estrategias de aprendizaje. Comunidad y Universidad. Proceso Salud enfermedad. Determinantes en salud. Derecho a la salud. Inequidad en Salud. Promoción de la salud. Participación comunitaria en Salud. Comunicación comunitaria en Salud. Educación para la Salud. Aproximación al diagnóstico comunitario en Salud. Conocimiento científico. Epidemiología.

4. PROGRAMA ANALÍTICO

Unidad 1: Introducción a la vida universitaria: La Universidad del Comahue. Carrera de Medicina en la Universidad del Comahue. Plan de estudio de la carrera: de Ordenanza 1047/13. Desarrollo del currículum. Perfil del Egresado de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue. Incumbencias de la práctica médica.

Unidad 2: La Universidad del Comahue: Leyes, ordenanzas y funcionamiento de la Universidad: Estatuto (Ord 0470/09). Reglamento de administración de carreras de grado (Ord 640). Facultad de Medicina, su creación y desarrollo histórico. Estructura organizacional: gobierno y gestión. Actividades Académicas, de Investigación y Extensión Universitaria.

Unidad 3: Estrategias de aprendizaje: Definición de Aprendizaje. Estilos de aprendizaje. Tipos de aprendizaje: conceptual, procedimental y actitudinal. El lenguaje. El lenguaje como vehículo del pensamiento. Técnicas de estudio y aprendizaje: la lectura, mapas conceptuales. Habilidades cognitivas lingüísticas: describir, explicar, definir, argumentar, demostrar, justificar. Espacios y ámbitos de aprendizaje en la carrera de Medicina.

Unidad 4: Proceso de Salud-Enfermedad: Atención primaria en salud. Medicina y salud. Definiciones de salud-enfermedad. Multicausalidad vinculada a la cultura, estilo de vida y medio ambiente. Modelo bio-psico-social. Cultura y medicina popular. Determinantes sociales en salud.

Unidad 5: Derechos humanos y salud: Los Derechos humanos. La salud como un derecho humano. Marco Jurídico- político internacional. Integralidad e interdependencia de los Derechos Humanos. Elementos del

Derecho: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad. Equidad e inequidad en salud. Su relación con los Determinantes Sociales en salud.

Unidad 6: Trabajo en equipo: El trabajo en equipo: Objetivos y características. Función del médico en la asistencia, la investigación, y los servicios a la comunidad. El equipo de salud, su conformación

Unidad 7: Introducción al conocimiento científico: La investigación en medicina. Conocimiento científico. El método científico. Proceso metodológico en la investigación científica. Problema y pregunta de investigación. Planteamiento de hipótesis, tipos de hipótesis, componentes de las hipótesis.

Unidad 8: El conocimiento de la realidad: Diagnóstico de situación. Fuentes de información. Información cualitativa y cuantitativa. Técnicas de recopilación de datos. Presentación e interpretación de datos. Razón, proporción, tasas. Indicadores en salud: demográficos, socioeconómicos, de salud, de recursos, cobertura y utilización de los servicios de salud.

Unidad 9: Epidemiología: Nociones básicas de epidemiología, sus usos y aplicaciones. Importancia de la planificación en los aspectos vinculados con la salud. Epidemiología y salud pública. Estrategias de diseño en la investigación epidemiológica. Epidemiología descriptiva, tipos de estudios descriptivos: poblacionales e individuales. Epidemiología analítica, tipos de estudios analíticos: observacionales y experimentales. Frecuencia y distribución de los problemas de salud.

Unidad 10: Promoción de la salud: Promoción de la salud y Prevención de enfermedades. Instrumentos para la Promoción de la salud: Educación para la salud, Participación comunitaria. Medidas políticas, Información y comunicación, Acción social.

Unidad 11: Comunicación: Comunicación y salud. Esquemas de comunicación. Medios de Comunicación. Comunicación comunitaria: perspectiva instrumental y procesal. Comunicación y relaciones humanas. Contexto sociocultural: Importancia de los factores socioculturales.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Abed Luis César, *Proceso Salud Enfermedad*, (La Enfermedad en la Historia, Capítulo VI). (1993)
- AnderEgg, Ezequiel. *Técnica de investigación social*. Ed Cid Editor (1983).
- AnderEgg y Aguilar. *El trabajo en equipo*, Humanitas, Bs. As (2000).
- Carta de Ottawa, *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*. Canadá (1986).
- Cicalese, Gabriela. *Teoría de la Comunicación*. Editorial Stella. Buenos Aires (2000)
- De Souza Minayo, María Cecilia. *La Artesanía de la investigación cualitativa*. Ed. El Lugar SA. ISBN: 978-959-892-331-8. (2009).
- Declaración de Alma Atta. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma-Ata, URSS (1978).
- Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México (2000).
- Declaración de Yakarta, sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. Yakarta. Indonesia, (1997).
- *Desafío a la falta de equidad en salud*. Whitehead M., Evans, T.F, Diderichsen y otros. Ed. OPS/OMS. 2002 Capítulos: Introducción, 1, 2, 3 y 4 (2002).
- *Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza Naciones Unidas*. O.M.S. Derechos Humanos N° 5 (2008).
- Esper Ricardo J. Machado Rogelio. *La investigación en Medicina. Bases teóricas y prácticas*. Prensa Médica Argentina. ISBN 978-950-9250-25-3. Año 2008.
- *Estatuto de la UNCo* (Ordenanza 470/99).
- Ficha de cátedra: *Conocimiento de la realidad*.
- Ficha de cátedra: *Campo de la salud y determinantes*.
- Ficha de cátedra: *Comunicación Comunitaria y Salud*.
- Ficha de cátedra: *Estrategias de aprendizaje*.
- Jorba J, Gómez I., Prat A. *Hablar y escribir para aprender*. Editorial Síntesis (2000).
- Kaplún Mario. *El comunicador popular*. Editorial Humanitas (1987).
- Kaplun, Mario, *Una pedagogía de la comunicación*. Ediciones de la Torre. Madrid (1998).

- Kroeger A. y Luna R. *Atención primaria de la salud* - Principio y métodos. Segunda edición. ISBN 968-860-416-X (1992).
- Lalonde, M., Informe *A New perspective on the Health of Canadians*, Canadá (1974).
- Determinantes sociales en la Salud: Resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro, Brasil). Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_15-sp.pdf
- OMS, *Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables*. World Health Organization, 2003. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/14106736/Determinantes-sociales-de-la-salud-Europa-2003-OMS>
- Ordenanzas de la UNCo: 0640/96, 834/97, 1047/13.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Informe Final: Cerrar la brecha en una generación: la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, Ginebra, (2008).
- OMS *Promoción de la salud. Glosario*, (1998)
- OPS/OMS *Seminario Taller internacional sobre Atención Primaria de la salud*. Buenos Aires (2003).
- Participación comunitaria: Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública. www.fadsp.org. Madrid España.
- Piédrola Gil, L. *Medicina preventiva y salud pública: la salud y sus determinantes* (10ª ed.). Barcelona: Masson, (2009).
- *Planificación local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe*. OPS, OMS Serie Paltex (1999).
- *Planificación local participativa. Bases conceptuales*. www.remediar.gov.ar
- Prieto Castillo D; Comunicación, Universidad y Desarrollo. Investigaciones de la PLANGESCO. Maestría en Planificación y Gestión de Procesos Comunicacionales. UNLP, La Plata, (2000).
- *UN Millenium Project. Task force on Education & Gender Equality*. (2005).
- Ulin P., Robinson E., Tolley E. *Investigación aplicada a la salud pública. Métodos cualitativos*. N° 614. ISBN 9275 31614 7. OPS (2006).
- <http://www.uncoma.edu.ar/institucional/historia.htm>

Atención Primaria de la Salud I

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Al completar la capacitación el profesional deberá estar preparado y motivado para contribuir efectivamente en un programa de atención primaria, como un recurso integrante del sistema de salud y con la participación de las comunidades interesadas.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Ejecutar acciones de promoción y protección de la salud a los efectos de acrecentar y proteger la salud de la comunidad.
- * Adquirir una formación humanística integral para interpretar el proceso de salud enfermedad en la realidad histórica social y cultural en que acontece y se resuelve.
- * Analizar la influencia de los factores socio-económicos-culturales en la salud de la población.
- * Conocer programas de Atención Primaria de la Salud provinciales y nacionales de salud.
- * Integrarse a equipos interdisciplinarios del nivel primario de atención y desarrollar acciones conjuntas tendientes a satisfacer las necesidades de la comunidad.
- * Participar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud prevalentes en el nivel primario de atención y derivación oportuna a otros niveles de atención.
- * Conocer el abordaje individual, familiar y grupal en la resolución de problemas de salud.
- * Aplicar al análisis y tratamiento de los problemas de salud la metodología de la “historia natural de la enfermedad”.
- * Participar en actividades educativas comunitarias.

La formación contemplará el abordaje de la problemática a través de la Atención primaria de la salud, la enseñanza a partir el individuo sano y no solo con el enfermo, prácticas desde el comienzo, con participación activa del estudiante en los centros de salud. Se tendrán en cuenta en la formación las características epidemiológicas de la zona, brindando conocimientos técnicos en clínicas básicas, medicina preventiva, ciencias de la conducta y sociales.

3. CORRELATIVIDADES

Para poder cursar y rendir la asignatura de APS 1 los alumnos de medicina deben tener aprobadas las cuatro asignaturas del ciclo introductorio: Química, Biología, Ciencias Sociales e Introducción al estudio de la Medicina.

4. PROGRAMA DE CONTENIDOS LA MATERIA APS I

UNIDAD N° 1: SALUD Y ENFERMEDAD EN LA SOCIEDAD

Proceso salud /enfermedad. Familia, cultura y sociedad. Cultura y medicina popular. La enfermedad y sistema de atención médica. Sistema de cuidado de la salud y estrategias de APS. Niveles de prevención. Equipo de salud. Centro de Salud. Funciones del nivel II de atención, niveles de complejidad, prevención primaria, secundaria y terciaria.

Historia natural de la enfermedad y /o problemas de Salud. Etapas de la misma. Promoción y protección de la Salud Comunicación y asesoramiento. Concepto de equidad. Acción intersectorial. Paradigmas en salud.

INTRODUCCIÓN A LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Relación cuerpo-mente. Imaginarios sociales. La mirada médica, la exclusión de la mirada del enfermo y la exclusión de otras miradas. Diferentes formas de encarar la relación médico/paciente. Elementos claves que caracterizan la relación. Destrezas a lograr en la relación médico/ paciente. Empatía, niveles. La importancia del diagnóstico. Reglas prácticas de la relación médico/ paciente. Comunicación humana, patologías de la comunicación.

Diferentes actitudes del médico y de los pacientes. Contenidos de la relación. Determinantes psicosociales, los derechos de los pacientes.

UNIDAD N° 2: CICLO VITAL- CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ENVEJECIMIENTO.

Crecimiento y desarrollo. Maduración, desarrollo psicológico y envejecimiento. La familia como sistema. Valor de la salud para la familia. Ciclo vital de la familia. Familiograma. Concepto de prevención en Salud. Medidas preventivas en diferentes etapas de la vida.

Etapas de formación de la pareja, matrimonio (vida en común), nacimiento de los hijos, familia con hijos en edad preescolar, familia con hijos en escolaridad, destete de los padres, adolescencia, padres solos, últimos años y muerte.

UNIDAD N° 3: CONTROL EN SALUD EN LAS DISTINTAS ETAPAS DEL CICLO VITAL

Crecimiento y desarrollo de niños de 0 a 5 años.

Lactancia materna: consideraciones generales, fisiología mamaria. Técnica del amamantamiento. Problemas clínicos del amamantamiento. Lactancia artificial y mixta. Semisólidos y sólidos. Técnica de administración Suplementos vitamínicos de hierro y flúor.

Problemas alimentarios del primer año de vida: aumento inadecuado de peso, regurgitación y vómitos. Características de las deposiciones en el recién nacido y lactante (constipación y alteración del esfínter anal). Cólicos del lactante. Alimentación a partir del primer año de vida. Alimentación adecuada a partir del primer año de vida. Consideraciones generales. Necesidades aproximadas por tipo de alimentación. Información para transmitir a las familias.

Normas y técnicas de mediciones antropométricas. Instrumental. Peso, longitud corporal en decúbito supino, estatura, circunferencia craneana.

Evaluación nutricional antropométrica. Clasificación de la desnutrición sobre bases antropométricas. Selección de gráficos para evaluar el estado nutricional.

Concepto de desarrollo y maduración. Características del desarrollo.

Factores del desarrollo. Medio ambiente. Funciones del desarrollo. Control del desarrollo. Desvíos del desarrollo. Problemas del desarrollo, factores de riesgo para sufrir desvíos del desarrollo en nuestro medio. Crianza responsable. Vínculo precoz.

Desarrollo normal del primer año de vida. Aspectos neurológicos, afectivos, de la estimulación (la psicomotricidad, el lenguaje y la comunicación, la inteligencia y el aprendizaje, la sociabilización. Los juegos

UNIDAD N° 4: PROCEDIMIENTOS BÁSICOS MÉDICOS

Presión arterial. Concepto. Determinación de la presión arterial. Condiciones a tener en cuenta en la toma de presión. Técnica adecuada para la toma de la presión arterial. Factores que influyen en la presión arterial. Recomendaciones generales. Educación para la salud.

Técnicas de observación (inspección, palpación, percusión y auscultación)

Signos vitales: temperatura, pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria.

Temperatura corporal: concepto, variaciones fisiológicas, valores normales, técnica para la medición de la temperatura corporal; registro de la temperatura

Temperatura bucal, rectal y axilar.

Pulso: concepto, valoración del pulso (ritmo, frecuencia, tensión y amplitud del pulso) Valores normales del pulso según edad.

Procedimiento para tomar el pulso. Localizaciones anatómicas posibles en la toma del pulso.

Frecuencia respiratoria: concepto. Valoración de la frecuencia respiratoria (frecuencia, profundidad, ritmo y carácter).

UNIDAD N° 5

A) INYECTABLES

Consideraciones generales. Preparación de la medicación a partir de una ampolla. Administración de la medicación (acción y fundamento) Equipos -soportes. Inyección intradérmica. Inyección intramuscular, equipo, ejecución: acción y fundamento. Administración de medicación subcutánea. Utilización de elementos de seguridad básicos de la preparación y administración de medicamentos. Prevención de complicaciones.

Derechos del paciente en relación a la administración de medicamentos.

B) CURACIONES

Concepto. Diferentes tipos de curaciones. Fundamento. Equipo para curaciones. Caja de instrumental para curaciones. Quemaduras: técnica adecuada para su curación y criterios para la derivación a mayor nivel de complejidad.

Irrigación de las heridas: acción y fundamento. Manejo del drenaje de heridas. Diferentes tipos de heridas. Suturas, técnica para su realización. Vacunación antitetánica. Curaciones y extracción de puntos de suturas. Heridas por mordedura de perros.

Uso de antisépticos, preparación del material y esterilización.

C) PRIMEROS AUXILIOS EN EMERGENCIAS MÉDICAS

Concepto. Principios generales. Traumatismos, contusiones y hematomas.

Heridas punzantes, cortantes y por armas de fuego. Primer auxilio y principios generales del tratamiento de las heridas. Mordedura de perros. Vacunación.

Conducta a seguir ante un paciente con traumatismo de cráneo, tórax y abdominal.

Tratamiento de urgencia de las fracturas. Inmovilizaciones.

Hemorragias, clasificación y tratamiento de urgencias.

Quemaduras, grados, curaciones y complicaciones.

Asfixia, causas, tratamiento inmediato. Reanimación cardiopulmonar. Accidentes por electricidad.

Nociones sobre vendajes. Transporte de heridos.

Cuerpos extraños en piel, ojos, oído, nariz y en vías respiratorias

Prevención de accidentes del hogar y de tránsito

UNIDAD N° 6: INMUNIZACIONES

Introducción, historia de las vacunas. Inmunidad adquirida activa preparación de las vacunas. Inmunidad adquirida pasiva, preparación de sueros (ventajas y desventajas) Normas técnicas de vacunación. Calendario de vacunación.

Vacuna antituberculosa (BCG), Vacuna antidiftérica, antitetánica, antioqueluche (DPT), vacuna doble niños y adulto (DT), vacuna antitetánica (TT), vacuna antipoliomielítica, antisarampionosa, antirubeólica, antiparotidicaantimeniogococicas, vacuna antirrábica, antihepatitis, otras vacunas.

Agente inmunizante de las vacunas, conservación, indicaciones y edad para la vacunación, dosis y vía de administración, refuerzo, duración de inmunidad, reacciones locales y generales, complicaciones, contraindicaciones, uso simultáneo con otras vacunas.

Tratamiento profiláctico del tétanos. Tuberculina (PPD)

Motivos que influyen en la conducta de la población. Educación para la salud y vacunas.

UNIDAD N° 7: EMBARAZO NORMAL – CONTROLES PRE-NATALES.

Instrumentos a utilizar en las actividades de atención prenatal- Carnet perinatal y ficha de control perinatal.

Detección del embarazo. Cronograma de controles.

Actividades de los controles del embarazo.

Educación para la salud. Grupos de preparación para la maternidad. Estilos de vida y salud en el embarazo.

Cuidados maternos. Enfermedades que pueden afectar al hijo. Signos de alarma en el embarazo.

Detección de factores de riesgo psicosociales: adolescente menor de 18 años, sin pareja y/o continencia familiar, embarazo fuertemente rechazado, familias sin ingresos fijos, violencia familiar, adicciones, analfabetismo etc.

Promoción de la lactancia materna: preparación para la lactancia exitosa durante el embarazo.

Descripción de algunos procedimientos tensión arterial, PAP urocultivo etc. HIV: lineamientos para su solicitud. Inmunizaciones en la embarazada. Patología prevalentes durante el embarazo.

Salud reproductiva. Procreación responsable Anticoncepción. Métodos anticonceptivos. Sexualidad Anticoncepción natural. Clasificación de métodos anticonceptivos. Métodos contraceptivos de barrera, químicos y hormonales. Dispositivos intrauterinos. Indicaciones, ventajas y desventajas. Contraindicaciones Procreación responsable. Pautas culturales en relación a la anticoncepción.

UNIDAD N° 8: SALUD PÚBLICA

Concepto de salud- enfermedad. Historia de la medicina. Evolución de la Medicina en Argentina Historia de la salud pública.

Situación de la salud en Argentina y en el mundo. Políticas de Salud Programas Nacionales de Salud. Programación local. Administración y gestión. Búsqueda de información. Tipos de artículos científicos. Lectura crítica de publicaciones científicas.

Epidemiología

Frecuencia y distribución de los problemas de salud. Indicadores básicos: demográficos, socioeconómicos, morbilidad y mortalidad.

El diagnóstico de salud en la comunidad: individuo, familia y otros grupos, población. Naturaleza y rol de la epidemiología en la Medicina Preventiva y la atención médica. Medición de la salud en las comunidades. Indicadores básicos: recursos, acceso y cobertura. Aplicación de la epidemiología a los servicios de salud.

Problemas de biopsicosociales en el campo de la Salud (alcoholismo, adicciones, violencia familiar, sida etc.) Discriminación social.

Promoción de la salud Estilo de vida, nutrición y salud. Mecanismos y comunicación por los cuales se establecen y mantienen las conductas relacionadas con la salud. Promoción de la salud, metodología.

Bioestadística

Estadística en salud. Utilidad en la estadística. Dato estadístico. Estadísticas relacionadas con el conocimiento de los problemas de salud, con el uso de los recursos de salud. Recolección de datos. Ficha clínica del consultorio externo. Historia clínica. Estadísticas vitales, de salud, demográficos, y sociales.

Indicadores en salud: demográficos, de niveles de salud, de recursos y actividades, de condiciones socioeconómicas, necesidades básicas insatisfechas.

UNIDAD N° 9: MEDICINA COMUNITARIA

La comunicación humana y el cuidado de la salud individual y colectiva. Herramientas para hablar y escuchar. Barreras para la comunicación. Comunicación con grupos especiales.

Cultura y salud. Articulación entre el saber popular y la medicina científica u oficial. La MIRADA MÉDICA, DE LOS PACIENTES Y DE OTRAS DISCIPLINAS.

Concepto de comunidad. Características de las comunidades rurales y urbanas.

Elementos a tener en cuenta de la comunidad del área programa del Centro de salud: características geográficas, historia del lugar, características demográficas y socioculturales, articulación y comunicación con líderes comunitarios, necesidades de la comunidad, cobertura, tipos de demanda y accesibilidad a la atención,

Aspectos socio ambientales y salud. Acciones de saneamiento ambiental en relación a la Atención Primaria de la Salud. Educación para la Salud. Pautas culturales en relación al saneamiento ambiental.

Participación comunitaria, concepto, niveles de participación, comunicación, facilitadores a tener en cuenta en el trabajo comunitario, obstaculizadores para el trabajo comunitario. Recursos de la comunidad-instituciones. Criterios de riesgo social.

Organización comunitaria Líderes formales y naturales

UNIDAD N 10: PRÁCTICA GENERAL

El espectro general de problemas de salud vistos desde la práctica urbana y rural. Introducción a la toma de decisiones clínicas, de diagnóstico y manejo de los instrumentos relativos al conjunto de problemas comunes a la práctica de la medicina general y comunitaria, la interacción de factores físicos, sociales y psicológicos en la salud de los pacientes y sus familias. Caracteres y utilidad de la historia clínica, presentación de casos clínicos.

Historia natural de la enfermedad y o problemas de salud.

Concepto. Período prepatogénico: promoción de la salud, protección de la salud. Período patogénico: diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, limitación del daño. Historia orientada a problemas de salud. Resolución de problemas en APS. Decisión de manejo: Deseos del paciente, el diagnóstico del principal problema del paciente y su familia, otros problemas que pueda tener, el pronóstico, la importancia del contexto- entorno y situación de vida, los riesgos y beneficios de la decisiones alternativas, los deseos de la familia, los principios éticos.

Acciones a realizar en las diferentes etapas de la historia natural de los principales problemas y o enfermedades que se presentan en el nivel primario de atención. Criterios de referencias a niveles de mayor complejidad.

Examen periódico en salud.

Procedimientos preventivos: prevención primaria, secundaria y terciaria. Pruebas de pesquisas: concepto y utilidad. Detección temprana de defectos aún inadvertidos. Pruebas clínicas, de laboratorio, radiológicas y otras. Condiciones que debe reunir una prueba o procedimiento preventivo. Grupos de riesgo. Procedimientos preventivos en diferentes períodos de la vida del paciente: -al nacer y durante la 1er semana de vida, en niños de 2 semanas al mes de vida, en niños de 2 meses a 2 años, en niños de 3 a 5 años, etapa

escolar, adolescencia, protección de la salud para hombres y mujeres de 16 a 44 años, de 45 a 74 años, y para hombre y mujeres de más de 75 años. Principales causas de mortalidad según edad. Recomendaciones para el examen periódico y educación para la salud (accidentes, ejercicio, auto examen mamario, dieta, alcohol, drogas, etc.).

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Atención Primaria. A Martín Zurro y Cano Pérez. Mosby Año 1.998
- Atención Primaria de la Salud principios y métodos, Axel Kroeger y Ronaldo Luna OMS 1.992
- Sonis, A y colab. Medicina sanitaria y Administración de salud Buenos Aires. El Ateneo. 2.001
- Atención ambulatoria del niño. Normas de la Subsecretaría de Salud, Provincia del Neuquén. 2.004
- Normas de atención prenatal de bajo riesgo. Subsecretaría de salud. Provincia del Neuquén. 2.005
- Watzlawick Paul. Teoría de la Comunicación Humana. Contemporáneo

Cátedra de Relación médico/paciente

Departamento: Salud Colectiva -Área: Salud Comunitaria- Orientación: Atención Primaria de la Salud

PROPÓSITO DE LA MATERIA

Poder contribuir a una **formación humanística** del estudiante de medicina, comprendiendo el proceso de Salud- enfermedad, el entorno de la enfermedad con la influencia de los factores socioeconómicos culturales en la salud de la población.

Conocer en la realidad social, la tendencia del vínculo médico -paciente estructurado desde relaciones de poder que tienen que ver con las clases sociales, grupos étnicos, el conocimiento, la rigidez de las instituciones y las líneas de poder marcadas por las políticas sociales.

Al finalizar la materia el alumno deberá:

- Adquirir y demostrar actitudes de respeto al paciente y colegas, sin prejuicios acerca de sus conocimientos previos, lenguaje, cultura y modo de vida.
- Capacitado para que experimente una atención integral y personalizada de los pacientes.
- Reconocimiento de los derechos del paciente especialmente en la confidencialidad.
- Responsabilidad para contribuir a mejorar la calidad del cuidado del paciente.
- Conciencia de las limitaciones personales, capacidad para buscar ayuda y trabajo en equipo.
- Conocimiento de las responsabilidades éticas y morales en la atención del individuo, su familia y en la comunidad en general.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a una formación humanística integral para interpretar el proceso de salud enfermedad en la realidad histórica social y cultural en que acontece y se resuelve.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comprender el entorno de los problemas de Salud.
- Estar comprometido no solo con un cuerpo de conocimiento sino con la persona.
- Desarrollar una atención integral y personalizada aprendiendo a crear vínculos con los pacientes.
- Conocer desde la práctica la mirada médica, de las otras disciplinas de salud y la del paciente.
- Describir las diferentes formas de encarar la relación médico / paciente.
- Reconocer los principales elementos de la relación.
- Adquirir destrezas para una adecuada relación médico / paciente.
- Reconocer las diferentes actitudes que presentan los médicos y sus pacientes.
- Describir las reglas prácticas de la relación médico/ paciente.
- Detectar las patologías de la comunicación humana en la relación equipo de salud y comunidad.
- Adquirir habilidades en la relación médico paciente para el manejo de la consulta y la referencia.
- Tener conciencia de las limitaciones personales, actitud positiva para solicitar ayuda en las situaciones que se requieran.

3. CORRELATIVIDADES: Para poder cursar y rendir la asignatura de Relación Médico/paciente, los alumnos de medicina deben tener acreditadas las cinco asignaturas del ciclo introductorio: Química, Biología, Biofísica, Ciencias Sociales e Introducción al estudio de la Medicina, acreditada APS I, y aprobada Relación Médico/ Paciente.

4- PROGRAMA DE CONTENIDOS DE LA MATERIA: RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

UNIDAD N° 1

Epistemología Diferentes enfoques de las ciencias. Marco conceptual en salud. Lectura de la realidad, la relatividad de lo “normal” y lo “anormal”. Paradigmas en salud. Determinantes de la salud. **La subjetividad en la relación médico-paciente**

La teoría del conocimiento humano. La construcción social del proceso de Salud -enfermedad. Concepto de salud -enfermedad. Historia de la Medicina Evolución de la Medicina en Argentina. Situación de la Salud en la Argentina y en el mundo. Imaginarios “sociales” Modelo biopsicosocial, sus orígenes. Medicina Familiar Teoría general de los sistemas, aplicación a la práctica clínica, dificultades. Teoría de la comunicación humana. Escuelas de la Psicología. Determinantes psicosociales.

UNIDAD N° 2:

Comunicación humana normal. Introducción, axiomas de la comunicación humana, la imposibilidad de no comunicarse, los niveles de contenido y relaciones de la comunicación, la puntuación de secuencia de hechos, interacción simétrica y complementaria. La circularidad de las pautas de comunicación.

Comunicación no verbal. Análisis de la misma, expresiones faciales, la mirada, gestos y posición corporal, lenguaje. Relación cuerpo-mente. Estructuración de la personalidad. Trastornos de la personalidad.

UNIDAD N° 3

Comunicación humana patológica. Rechazo y aceptación de la comunicación, descalificación de la comunicación, el síntoma como comunicación. La estructura de niveles de la comunicación (contenido y relación). Confirmación y desconfirmación. Patologías potenciales en la interacción simétrica y complementaria: escalada simétrica y complementariedad rígida. Su aplicación en la relación médico/paciente y equipo de salud.

Comunicación paradójica. Áreas de la comunicación humana: sintáctica, semántica y pragmática. Concepto de paradoja. Tipos de paradojas. Paradojas pragmáticas.

La comunicación metafórica. Concepto, ejemplos de metáforas en la relación médico /paciente.

UNIDAD N° 4

Relación médico/paciente. Modelo médico hegemónico. Asimetría de la relación médico paciente. La mirada médica, la mirada de los pacientes y la mirada de otras disciplinas. Momentos de la relación médico-paciente cognoscitivo, afectivo y operativo Abordaje comunitario Sistemas de salud formal e informal. - Participación comunitaria. Salud mental comunitaria. Habilidades comunicacionales interpersonales en el ámbito individual, familiar, grupal y comunitario. **Procesos de comunicación en consejería**

La entrevista clínica. La doble faceta de la entrevista clínica: la comunicación y las tareas técnicas. Encuadre del profesional de Salud- dificultades. Dimensión social y humana de la entrevista clínica, ambulatoria y de internación. Aspectos cualitativos de una relación asistencial. Análisis técnico de la entrevista: tareas en la parte exploratoria y en la parte resolutoria. Contención emocional en la relación terapéutica. La importancia de intervención de las diferentes disciplinas.

UNIDAD N° 5

Proceso de salud- enfermedad, cultura, medicina popular. Medicinas alternativas. Diferencias entre la medicina alopática y complementarias.

Análisis de los **aspectos éticos, sociales y culturales** en los cuidados de la salud. Influencias socioculturales: etnia y clase social. La relación médico paciente desde la perspectiva sociocultural. Sistemas de creencias y valores. **Derechos a la salud en diferentes etnias y religiones**

Deberes y derechos en la relación médico paciente. Derechos de los pacientes. **Bioética:** concepto, principios y componentes. Equidad en salud.

Situación de la atención de pacientes en estado terminal. Procesos patológicos específicos, el dolor en la medicina. Los últimos días: la atención de la agonía, asistencia a la familia-entorno relacional. Aspectos antropológicos en relación a la muerte. Muerte digna. **La comunicación de diagnósticos y pronósticos desfavorables**

UNIDAD N° 6

Técnicas de interacción y comunicación con la problemática del paciente, su enfermedad y del enfermo con su familia. El significado de la enfermedad en la vida del paciente y su familia.

La **familia** como sistema- configuraciones familiares Valoración de la salud por parte de la familia. Recursos familiares, redes sociales. Contención familiar durante la internación de pacientes **Impacto en la familia del dolor, sufrimiento y muerte**

Familiograma- Ciclo vital de la familia. Violencia familiar y social. Maltrato infantil. Crisis vitales. Diferentes actitudes de los pacientes y del equipo de salud en la relación médico- paciente. Factores que intervienen en los roles del paciente y del médico. Modelos relacionales/ comunicacionales en los sistemas de salud actuales. Dinámica, características y conflictos de las instituciones de salud.

UNIDAD N° 7

Reglas prácticas de la relación médico paciente en la consulta ambulatoria y en internación en los diferentes niveles de atención y de complejidad.

Contenidos de la relación médico -paciente. Empatía: niveles de empatía.

El problema del “diagnostico”. Importancia de contextualizar la patología y /o problema de salud. Diferentes formas de encarar la relación con el paciente. Búsqueda de alternativas de solución de los problemas de salud Diferentes tipos de intervenciones. Intervenciones directas basadas en la aceptación y en el desafío. La comunicación verbal y no verbal. La palabra como herramienta para ayudar.

UNIDAD N° 8

Equipo de Salud. Características del trabajo en equipo. Técnicas grupales, componentes básicos de la dinámica grupal y comunicación dentro de los equipos de salud. Concepto de interdisciplinariedad, transdisciplinariedad, como transitar en el conocimiento del otro.

La relación médico -paciente y comunicación con grupos especiales (poco colaboradores y resistentes al tratamiento), incluyendo pacientes crónicos. Adolescencia, sexualidad. Acciones de promoción y protección de la salud. Estilos de vida saludables. Niveles de Prevención. Una sociedad para todos, la inclusión social, la comunicación y actitud ante pacientes con capacidades diferentes. Ancianidad y Salud del adulto mayor. Ansiedades y motivaciones-expectativas del consultante. Reacciones y actitudes disfuncionales. Ansiedades y motivaciones del profesional.

Formas de sobrevivir como médico. El cuidado de los cuidadores. Mala praxis.

UNIDAD N° 9

Participación social y relación médico paciente. Barreras en la comunicación. Dificultades en la accesibilidad de la atención. Trabas administrativas frecuentes que dificultan el bienestar del paciente y su solución. Criterios de eficiencia, eficacia y efectividad del tratamiento.

Niveles de participación: manipulación, tratamiento, comunicación/ información, consulta, negociación, colaboración, poder delegado, control social.

Calidad de la atención. Normatización de la calidad en la atención de salud, atención primaria de la salud Nuevos paradigmas en la Calidad de los Servicios de Salud. Modelos de Gestión y comunicación en salud. Actores sociales. Componentes de la calidad en la atención de salud-estructura, proceso y resultado Calidad técnica y funcional Satisfacción del usuario, encuestas de opinión. Evaluación. Habilidades en el uso de las tecnologías de la información. Tics

UNIDAD N° 10

Técnicas de observación de la relación médico- paciente. La investigación, aspectos metodológicos básicos. Búsqueda de información Tipos de artículos científicos, lectura crítica de publicaciones científicas. Formulación de un protocolo de investigación en Medicina.

Entrevista: comunicación y niveles. La relación médico paciente durante la atención domiciliaria, análisis del entorno. Entrevista familiar.

La **Historia Clínica** tradicional e historia clínica orientada a problemas, confidencialidad de la información, intervenciones para mejorar la calidad de la prescripción y la comunicación. Aspectos políticos de la consulta médica. El proceso clínico centrado en la persona. **El manejo de las interconsultas**

BIBLIOGRAFÍA

- Watzlawick Paul. Teoría de la Comunicación Humana. Contemporáneo.2.004.
- Gil Yepez, Carlos. Introducción a la medicina Antropológica. OBE U.C.V.
- Saunders Manual de Prácticas Médicas. Robert Rakel, MD Interamericana. Año 2.002.
- Antropología social. Sylvia Sánchez Osornio. Interamericana. 2.004.

- Balint M EL médico, el paciente y su enfermedad. Editorial Libros Básicos, Madrid (2.000)
- Relación médico -paciente. Material bibliográfico preparado por docente de la Materia. Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Comahue 2.014.
- Atención Primaria. A Martín Zurro y Cano Pérez. Mosby Año 2.006.
- Szasz T, Hollander MH. The Basic Models of the Doctor- Patient Relationship. Archives of Internal medicine 04.
- M. V. Kerekjarto. Psicología Médica. Editorial Científico-Médica 2.003.
- Thomas P. Owens, M. D. Relación Médico Paciente. Centro Internacional para la Medicina familiar. OPS 2.004.
- Vidal y Benito María del Carmen Año 2009 La relación Médico/paciente Editorial :lugar editorial
- Lugo, Elena, RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE - ENCUENTRO Y SUS MODELOS, en García, José Juan (director): Enciclopedia de Bioética, [URL:http://enciclopediadebioetica.com/index.php/autores/77-voces/95-relacion-medicipaciente-encuentro-y-sus-modelos](http://enciclopediadebioetica.com/index.php/autores/77-voces/95-relacion-medicipaciente-encuentro-y-sus-modelos)
- Laín Entralgo, P.: HISTORIA DE LA MEDICINA, Barcelona, Salvat, 1972.
- Lugo, Elena. BIOETICA CLINICA Buenos Ares (Argentina), Agape 2011.
- Estadísticas vitales y epidemiológicas del Ministerio de Salud de la Nación 2015

(Documento que circula anexo al programa de la asignatura Relación médico-paciente)

COMPETENCIAS A ADQUIRIR EN COMUNICACIÓN HUMANA:

Las tres competencias mínimas básicas en Comunicación Humana :

- Brinda el estudiante de medicina apoyo y contención al paciente y/o a su familia al transmitir todo tipo de información sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- Brinda al paciente /familia información suficiente y adecuada para obtener el consentimiento informado para realizar procedimientos y /o tratamientos.
- Establece una comunicación escrita efectiva a través de la historia clínica y otros registros

Las competencias relacionales/ comunicacionales más importantes:

- Capacidad de comunicación oral y escrita
- Capacidad de comunicación según cultura, estilo de los pacientes, grupos étnicos, religiosos etc. (diversidad y multiculturalidad).
- Habilidades en el uso de las tecnologías de la información. TICs. Aula Virtual.
- Habilidades para buscar, procesar y analizar información.
- Habilidad para trabajar en forma autónoma y en grupo.
- Capacidad para identificar, plantear y resolver problemas.
- Respeto por los derechos de los pacientes y aspectos éticos.
- Capacidad crítica y autocrítica.
- Capacidad para actuar en nuevas situaciones.
- Capacidad creativa.
- Capacidad para tomar decisiones.
- Capacidad para trabajar en equipo.
- Habilidades comunicacionales interpersonales en el ámbito individual, familiar, grupal y comunitario. Interactúa social y educativamente con diferentes actores de la comunidad

Anexo:

Al realizar la entrevista para completar una Historia Clínica con un paciente, van a tener distintas vivencias y esto es fundamental para el que se está formando como médico, conocer cómo llevar adelante este diálogo, que les permite la vinculación y comprensión del comportamiento humano

Les va permitir practicar las competencias en comunicación que son las siguientes:

1. **Competencia lingüística**, se trata de un conjunto, podría decirse infinito, de elementos adicionales que acompañan al lenguaje (bien sea escrito u oral), y que ayudan a complementarlo (lo verbal/ y lo escrito, atención con la letra y la jerga médica.)

2. **Competencia paralingüística** (como debe entenderse el mensaje) El cómo preguntan y dicen las cosas. Es el desarrollo de capacidades para convencer y persuadir a los demás Ej. en el aconsejamiento /consejería.
3. **Competencia próxemica- No verbal**
Textual: La postura, los gestos, la mirada, el rostro, el cabello, las manos... todos son dispositivos de comunicación mediante los cuales estamos diciendo cosas permanentemente, aunque no lo sepamos.
4. **Competencia pragmática** (la comunicación que afecta la conducta de las personas) o la ansiedad/nerviosismo que les genera al hacer una entrevista a ustedes y al paciente/ familia etc.
5. **Competencia Quinésica:** El manejo del cuerpo que está ubicado en un espacio. / las distancias, si ofrecen una silla etc.
6. **Competencia Cronética:** manejo de la comunicación en el tiempo En muchas ocasiones generamos problemas, no tanto por lo que decimos, sino por el momento en que lo decimos Las edades de los entrevistados también marcan diferentes temporalidades Cómo dosificar la información y anticiparse a los hechos

Y recordar siempre que **La escucha activa: es la primera de las competencias de la comunicación humana**

Cátedra de Atención Primaria de la Salud II

Departamento: Salud Colectiva- Área: Salud Comunitaria- Orientación: Atención Primaria de la Salud

2 –OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Al completar la capacitación el profesional deberá estar preparado y motivado para contribuir efectivamente en un programa de atención primaria, como un recurso integrante del sistema de salud y con la participación de las comunidades interesadas.

2.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ejecutar acciones de promoción y protección de la salud, con una adecuada comunicación, a los efectos de acrecentar y proteger la salud de la comunidad.
- Conocer las necesidades de la comunidad como así también sus potenciales recursos, estimulando el auto responsabilidad comunitaria. en los problemas de salud
- Adquirir una formación humanística integral para interpretar el proceso de salud enfermedad en la realidad histórico social y cultural en que acontece y se resuelve.
- Analizar la influencia de los factores socio-económicos-culturales en la salud de la población.
- Elaborar diagnósticos de situación de la comunidad, basado en la epidemiología e investigación.
- Conocer programas provinciales y nacionales de salud en relación a la nutrición, control del niño desnutrido, la salud mental en APS, control del escolar, la salud ocupacional y ambiental.
- Integrarse a equipos interdisciplinarios del nivel primario de atención, desarrollando habilidades en la comunicación y así realizar acciones conjuntas tendientes a satisfacer las necesidades de la comunidad.
- Participar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud prevalentes en el nivel primario de atención. y derivación oportuna a otros niveles de atención.
- Participar en actividades docentes organizadas en el centro de salud.
- Conocer el abordaje individual, familiar y grupal en la resolución de problemas de salud.
- Aplicar al análisis y tratamiento de los problemas de salud la metodología de la “historia natural de la enfermedad.
- Participar en actividades educativas comunitarias, como un actor social y comunicador.
- Investigar aspectos socioculturales de la población que le permitan al alumno definir la salud y prever acciones para su mejoramiento.

3. CORRELATIVIDADES:

Para poder cursar y rendir la asignatura de APS II, alumnos de medicina deben tener acreditadas las cinco asignaturas del ciclo introductorio: Química, Biología, Biofísica, Ciencias Sociales e Introducción al estudio de la Medicina, acreditada APS I, aprobadas Relación Médico/ Paciente y Taller A.

4 -PROGRAMA DE CONTENIDOS LA MATERIA APS II

UNIDAD N° 1: Atención Primaria de la Salud

Introducción APS. Declaración de Alma Ata. La Atención Primaria de la Salud como estrategia, nivel de atención, como práctica médica. La APS como programa y filosofía. Evolución de la APS

Características de los Niveles de Atención, regionalización sanitaria y niveles de complejidad. Niveles de prevención.

Historia Natural de la enfermedad. Concepto. Modelo modificado de Leavell y Clark. Niveles de prevención con relación a los distintos periodos de la Historia Natural de la Enfermedad.

Unidad N° 2: Salud Pública

Historia de la Salud Pública. Actividades y funciones. Evolución histórica de los sistemas de salud en argentina y la región. Problemas de Salud. Requisitos de la atención médica. Organización y comunicación de los servicios de Salud.

Sistemas Sanitarios. Tipos de sistemas sanitarios. Concepto de equidad. Acción intersectorial. Sistemas de salud, contexto socioeconómico-político y cultural. Modelos. Establecimientos de Salud. Accesibilidad, garantía, eficiencia, resultados, satisfacción de los usuarios. Organización de las actividades en Atención

primaria de la Salud. Análisis de la situación de salud. Situación de Salud en la Argentina y en el mundo. Elementos para el análisis. Sistemas de salud formales e informales, articulación y comunicación. Políticas de Salud. Programas Nacionales de salud. Programación local.

Unidad N° 3: Epidemiología y Bioestadística.

Epidemiología. Concepto. Medidas de frecuencia de una enfermedad. Prevalencia -incidencia, relación entre ambas. Frecuencia y distribución de los problemas de salud. Indicadores básicos: demográficos, socioeconómicos, morbilidad y mortalidad. Indicadores básicos de recursos, acceso y cobertura. Estudios epidemiológicos clínicos y de servicios de salud. Tipo de estudios: descriptivos, transversales, serie de casos clínicos. Medidas de asociación e impacto. Estudios de cohortes. Casos y controles. Evaluación de la eficacia de las intervenciones. Sensibilidad y especificidad. Análisis de los resultados. Bioestadística. Administración en salud. Gestión. Aplicación de la epidemiología a los servicios de salud. Investigación básica y aplicada.

Unidad N° 4: Factores de riesgo.

Factores de riesgo: aspectos generales. Definición, características y tipos. Medición de riesgo. Riesgo relativo y riesgo absoluto. Utilidad del conocimiento del riesgo. Predicción -diagnóstico. Prevención. Riesgo poblacional y riesgo individual. Algunos ejemplos de utilización de las medidas del riesgo: riesgo de enfermedad coronaria, riesgo y prevención de muertes por hipertensión en la población. Asociación y causalidad. Sinergismo y antagonismo.

Unidad N° 5: Riesgos medioambientales y laborales.

Salud, trabajo y medioambiente. Conceptos básicos de riesgo medioambiental. Impacto de las condiciones de trabajo en la salud. Accidentes y enfermedades del trabajo. El envejecimiento precoz- desgaste crónico. Estrés laboral. Salud laboral y APS.

Historia laboral-epidemiología. Aproximación a las enfermedades laborales, cardiovasculares, alteraciones de la reproducción, riesgo de malformaciones. Trastornos musculo esqueléticos. Cáncer ocupacional. Medidas preventivas. Aconsejamiento con énfasis en la comunicación.

Normas de bioseguridad en los establecimientos de servicios de salud. Asepsia y antisepsia.

Unidad N° 6: Control de salud en las diferentes etapas del ciclo vital

Introducción, marcos teóricos. Crisis más frecuentes en el ciclo vital de las familias (pérdida de familiares, separación -divorcio, presencia de enfermedad crónica de un miembro de la familia etc.) Pruebas de pesquisas o defectos inadvertidos en diferentes etapas del ciclo vital de las personas. Historia clínica. Enfermedades prevalentes Endémicas, epidémicas, emergentes y re emergentes. Patologías regionales. Hidatidosis. Prevención del trauma- accidentes.

Anorexia y bulimia. Adolescencia. La sexualidad en diferente etapa de la vida. Prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Salud mental en APS. Alcoholismo, tabaquismo y otras drogodependencia. Aspectos preventivos.

Análisis institucional Comunicación y gestión en salud.-La salud mental del trabajador de salud. Salud del adulto mayor.

Unidad N° 7: Salud escolar- La escuela como sistema

Comunicación entre equipo de Salud-escuela y familia. Posición del profesional de salud. Actividades del Centro de salud en relación con las escuelas. Examen en salud -control del escolar. Inmunizaciones. Actividades educativas. Control del crecimiento y desarrollo. Salud bucodental.

Abordaje del "niño problema". Problemas de adaptación escolar. Deserción escolar -problemas de aprendizaje. Actitudes del médico con la institución.

"El niño de la calle como síntoma de la enfermedad del mundo adulto"

Unidad N° 8: Nutrición y estilos de vida- Abordaje de la desnutrición

Necesidades de nutrientes y energía. Composición de los alimentos. Alimentación y cultura: complejidad del patrón alimentario. Dietas: tipos de dietas y sus indicaciones. La comunicación para estimular a la población a estilo de vidas saludables.

Alimentación y sus alteraciones. La obesidad como factor de riesgo.

Abordaje de la desnutrición, control del niño desnutrido, actividades y medidas preventivas.

Unidad N° 9: Deporte y salud

Concepto. Fisiología del ejercicio y el deporte. Actividad física, su importancia en la prevención. Ejercicio y rehabilitación. Ejercicio y sociedad. El riesgo del sedentarismo. Aparato cardiovascular, ejercicio e hipertensión arterial, aparato respiratorio, metabolismo celular y hormonal. El ejercicio como regulador del peso y la composición corporal. Sistema muscular, huesos y ejercicios.

Psicología y deporte

Unidad N° 10: Investigación en Atención Primaria

Características de la investigación en Atención Primaria de la Salud. Formulación de un protocolo de investigación en medicina. Búsqueda de información. Tipos de artículos científicos. Lectura crítica de publicaciones científicas. Ámbitos de investigación Aspectos metodológicos básicos: medir, comparar interpretar. Error aleatorio. Sesgos: sesgo de selección, sesgo de información. Fases de una investigación: definición del problema, escoger el diseño idóneo, seleccionar la población. Medición de las variables. Protocolos. Estrategias de análisis. Interpretación y comunicación de los resultados.

Unidad N° 11: Examen periódico en salud.

Procedimientos preventivos vos. Prevención primaria, secundaria y terciaria. Pruebas de pesquisas: concepto y utilidad. Detección temprana de defectos aún inadvertidos. Pruebas clínicas, de laboratorio, radiológicas y otras. Condiciones que debe reunir una prueba o procedimiento preventivo. Grupos de riesgo. Procedimientos preventivos en diferentes períodos de la vida del paciente: -al nacer y durante la 1er semana de vida, en niños de 2 semanas al mes de vida, en niños de 2 meses a 2 años, en niños de 3 a 5 años, etapa escolar, adolescencia, protección de la salud para hombres y mujeres de 16 a 44 años, de 45 a 74 años, y para hombre y mujeres de más de 75 años. Principales causas de mortalidad según edad. Recomendaciones y consejería para el examen periódico y educación para la salud. (Accidentes, ejercicio, auto examen mamario, dieta, alcohol, drogas, etc.).

Área del conocimiento

- *0 Comprender la totalidad del proceso de salud y enfermedad.
- *1 Comprender el ciclo vital normal del individuo y aspectos básicos de estructura, comunicación y dinámica familiar.
- *2 Conocer y utilizar principios básicos de Bioestadística y Epidemiología.
- *3 Asistir a la madre y a la familia durante el embarazo.
- *4 Realizar el seguimiento en menores de cinco años y de edad escolar en cuanto a su crecimiento y desarrollo psicomotriz, enseñándoles conceptos y prácticas de salud que formen sus hábitos futuros.
- *5 Comunicar al paciente y a su familia información sobre las enfermedades que padecen, su tratamiento y prevención.
- *6 Conocer la organización de las actividades básicas que conforman los servicios de salud en el consultorio del Centro de salud y la coordinación de actividades de atención con el servicio inmediato de referencia y apoyo.

Área de la Actitud /aspectos relacionales

- *7 Entender el rol del médico en el equipo de salud.
- *8 Entender la integración y comunicación de otros individuos y con la comunidad.
- *9 Valorar la identificación y jerarquización de prioridades en cooperación y coordinación con la comunidad.
- *10 Respetar al paciente y a los integrantes del equipo de salud, adquiriendo habilidades para trabajar efectivamente como miembro de un equipo.
- *11 Tener conciencia de las limitaciones personales, actitud positiva para solicitar ayuda en las situaciones que se requieran.

Área de las habilidades y competencias

- *12 Adquirir habilidades en la comunicación en prestaciones de atención de la salud y emergencias y en la gestión de servicios y equipos de salud.
- *13 Adquirir destrezas semiológicas básicas, obtener y registrar una historia comprensible, desarrollar un examen clínico completo y evaluar-interpretar los hallazgos obtenidos.

- *14 Realizar las prácticas profesionales y exámenes más comunes.
- *15 Administrar los tratamientos básicos y paliar sus efectos desagradables.
- *16 Llevar los registros y estadísticas, interpretando los resultados obtenidos y/o recomendando las medidas correctivas básicas.
- *17 Establecer una comunicación adecuada con líderes de la comunidad y entidades sectoriales.

PARTE II

Grillas de entrevistas realizadas a docentes, graduados y estudiantes

DOCENTES

Sexo Edad Formación _____

Ciclo en el que se desempeña _____

Asignatura _____ **Antigüedad en el cargo** _____

¿Podría enunciar el concepto de comunicación que Ud. tiene?

¿Qué aportes cree que la comunicación como contenido hace a la formación médica? ¿Y en particular a la orientación que tiene esta carrera?

¿Conoce Ud. el tratamiento conceptual de la comunicación que se da en la carrera?

Si/ No

¿Qué opinión le merece?

En el plan de estudios de la carrera se menciona enfáticamente la importancia de la formación en comunicación, ¿sabe Ud. desde que perspectiva teórica se alude a la misma?

¿Ha escuchado hablar de las competencias en comunicación? SI NO

¿Cómo las definiría en el marco de la formación médica?

¿Conoce la ordenanza 1314 que establece los contenidos mínimos para las carreras de medicina? SI NO

¿Cree que la misma fortalece la formación en comunicación?

GRADUADOS

Sexo Edad Año en el que se graduó

Residencia _____ **Cargo actual** _____

Ámbito Público/Privado

¿Cómo define Ud. el concepto de comunicación?/ Podría enunciar el concepto de comunicación que Ud. tiene?

¿Cuál es el grado de importancia que le asigna Ud. a la comunicación en el ejercicio de la medicina?

¿Cree Ud. que tuvo formación en comunicación en la carrera? SI NO parcialmente

En qué asignaturas recuerda Ud. haber trabajado contenidos de comunicación.

Recuerda algún TP/ contenido/ clase en especial/ sugerencias/ seminario

¿Esas asignaturas trabajaban sobre la misma conceptualización/ marco?

¿Qué le aportó para su propia práctica?

ESTUDIANTES

Sexo Edad Ciclo

¿Cómo define Ud. el concepto de comunicación?/ Podría enunciar el concepto de comunicación que Ud. tiene?

¿Cree que la comunicación se relaciona con la medicina?

Justifique

¿Ha trabajado contenidos de comunicación en la carrera?

¿En qué asignaturas?

¿Qué temas/ conceptos/ lecturas sobre comunicación recuerda?

¿Considera que la carrera debe fortalecer la formación en comunicación? Si No – Justifique

PARTE III

Ficha de Consentimiento Informado

Proyecto de Tesis: “La inclusión curricular de la comunicación en la formación médica de grado en la Universidad Nacional del Comahue”

Objetivos de la Investigación:

Objetivo General: Analizar los discursos que fundamentan y sostienen la incorporación de la comunicación como contenido curricular en la formación médica de grado en la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue en el marco de las políticas de reforma en educación superior en Argentina.

Investigadora Lic. M. Valeria Albardonado (cel-0299-156356819)
Maestranda en Ciencias Sociales y Humanidades (UNQUI)

Técnica de relevamiento: entrevista semiestructurada con Consentimiento Informado (propósito informar y solicitar el permiso de los sujetos para ser entrevistados)

Marzo – Noviembre de 2016 Facultad de Ciencias Médicas - UNCO

Consentimiento Informado para la realización de entrevistas a docentes, directivos, graduados y estudiantes de la carrera de Medicina

La información que Ud. brinda es totalmente anónima y confidencial, es decir, su nombre no aparecerá en ningún lugar. No hace falta que de su nombre verdadero.

Si hay alguna pregunta que no quiera contestar, no es preciso que lo haga. No hay respuestas correctas o incorrectas. No existe ningún perjuicio para su persona ni para su trabajo la participación de Ud. en esta Investigación.

El propósito de esta entrevista es conocer sus concepciones y opiniones sobre estos temas, no es una prueba ni una evaluación. Los datos recogidos en este estudio podrían llegar a ser publicados conservando la confidencialidad de la fuente.

Se grabará la entrevista para que el análisis, después, resulte más simple. ¿Está de acuerdo con lo leído y con realizar la entrevista?

Si/ No

Firma del entrevistado:-----

Firma del entrevistador:-----

Lic. M. Valeria Albardonado

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre Raya, D. (2005). Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. *Educación Médica Superior*, 19(3).

Agut Nieto, S., Grau Gumbau, R. (2001). Una aproximación psicosocial al estudio de las competencias. *Proyecto Social*, 9: 13-24.

Albardonedo, V. (2015). La comunicación como contenido en la formación médica: estudio de caso desde la perspectiva del análisis crítico del discurso. En M. Petracci (Coord.), *La salud en la trama comunicacional contemporánea* (pp.55-68). Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.

Albardonedo, V., Cuberli, M. (2009). La comunicación como acto y disciplina en la formación de médicos. *Revista Pilquen*, 11.

Albardonedo, V., Cuberli, M. (2012). Categorías analíticas para la investigación en comunicación y salud. Aportes desde el análisis del discurso. *XI Congreso Latinoamericano de Investigadores de la Comunicación*. ALAIC, Montevideo, Uruguay.

Alonso González, M. (2007). Prioridades en la formación ético-profesional para alcanzar una adecuada comunicación médico-paciente (primera parte). *Revista Médica Electrónica*, 29(6).

Alonso González, M., Kraftchenko Beoto, O. (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 17(1): 38-45.

Alonso González, M., Ruiz Hernández, I., Alonso, O.R. (2011). Prioridades en la formación ético-profesional para alcanzar una adecuada comunicación médico paciente (segunda parte). *Revista Médica Electrónica*, 33(1).

Alonso González, M., Ruiz Hernández, I., Alonso, O.R. (2012). Habilidades comunicativas para la relación médico paciente en estudiantes de Medicina desde la percepción de profesores. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 26(1); 74-82.

Alsina, M.R. (2001). *Teorías de la comunicación. Ámbitos, métodos y perspectivas*. Valencia, España: Universitat Autònoma de Barcelona.

Alves de Lima, A.E. (2003). Habilidades de comunicación: una habilidad básica de la competencia. *Revista CONAREC*, 19(68): 19-24.

Avila Baray, L. (2006). Introducción a la metodología de la investigación. Cuauhtemoc, México: Edumet.

Azcona, M., Manzini, F., Fernando y Dorati, J. (2015). Precisiones metodológicas sobre la unidad de análisis y la unidad de observación. Aplicación a la investigación en psicología. *Cuarto Congreso Internacional de investigación*. Facultad de Psicología de la Universidad de La Plata, La Plata, Argentina.

Barranquero-Carretero, A., Sáez-Baeza, C. (2015). Comunicación y buen vivir. La crítica descolonial y ecológica a la comunicación para el desarrollo y el cambio social. *Palabra Clave*, 18(1):41-82.

Barrón Tirado, C. (2000). La educación basada en competencias en el marco de los procesos de globalización. *Pensamiento Universitario*, 91: 17-44.

Bitonte, M.E, Matienzo, T. (2009). *Los fundamentos de la argumentación: topos, garantías y pre-construidos culturales*. Recuperado de catedras.fsoc.uba.ar/delcoto/textos/Los%20fundamentos.doc

Bolívar, A. (2008). El discurso de las competencias en España: educación básica y educación superior. *Revista de Docencia Universitaria*, 2.

Bordelois, I. (2009). *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras*. Buenos Aires, Argentina: Libros Del Zorzal.

Borrel-Carrió, F., Cléries, X., Paredes-Zapata, D., Borrás-Andrés, J.M., Sans-Corrales, M., Mascort-Roca, J.J. (2012). Proceso de Bolonia (VI): aprendiendo comunicación para la salud en el Grado de Medicina. *Educación Médica*, 15(4): 197-201.

Borrel, R.M., Godue, C., García Dieguez, M. (2008). *Serie La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Nro.2 La Formación en Medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud*. Washington D.C., Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Bourdieu, M. (2001). *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer.

Buenfil Burgos, R.N. (1996). Foucault y la analítica del discurso. *Revista Topos*, 2: 1-12.

Carrió, S. (2006). Aproximaciones a la medicina narrativa. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 26(1):14-19.

Cavalcanti de Aguiar, A. (2014). O ensino da comunicação na formação profissional em saúde no Brasil. *XII Congreso Latinoamericano de Investigadores de la Comunicación*. ALAIC, Lima, Perú.

Cejas Martinez, M (s.f). La educación basada en competencias: una metodología que se impone en la Educación Superior y que busca estrechar la brecha existente entre el sector educativo y el productor. Recuperado de http://juancarlos.webcindario.com/La_educacion_basada_en_competencias_Magda_Cejas_.pdf

Chouliaraki, L., Fairclough, N. (1999). *Discourse in Late Modernity. Rethinking critical discourse analysis*. Edinburgh-Cambridge, Reino Unido: Edinburgh University Press.

Cisneros Sosa, A. (1999). Interaccionismo simbólico, un pragmatismo acrítico en el terreno de los movimientos sociales. *Sociológica*, 14(41): 104-26.

Cléries Costa, X. (2010). La esencia de la comunicación en educación médica. *Educación Médica*, 13(1): 25-31.

Cuberli, M. (2008). Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. *Questión*, 1(18).

Cuberli, M., Soares de Araújo, I. (2015). Las prácticas de Comunicación y Salud: intersecciones e intersticios. En Petracci (Coord.), *La salud en la trama comunicacional contemporánea* (pp.21-33). Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.

Cuberli, M., Soares de Araújo, I. (2015a). Comunicación y salud en América Latina: un campo en permanente movimiento. En C.B. Delia Crovi Druetta y G. Cimadevilla (Ed.). *Comunicación y salud en América Latina. Historia, enfoques teóricos, epistemológicos y tendencias de la investigación* (pp. 338-389). Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.

De la Torre Gamboa (2004). *Del Humanismo a la competitividad. El discurso educativo neoliberal*. México D.F., México: Universidad Autónoma Nueva León.

De Souza Minayo, M.C. (1995). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

De Sousa Santos, B. (2009). *Una epistemología del Sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social*. México DF, México: CLACSO y Siglo XXI.

Díaz Barriga, F., Frigo, M.A. (2000). Formación docente y educación basada en competencias. *Pensamiento Universitario*, 91:76-104.

Díaz Barriga, A. (2005). El profesor de educación superior frente a las demandas de los nuevos debates educativos. *Perfiles Educativos*, 27(108): 9-30.

Díaz Barriga, A. (2006). El enfoque de competencias en la educación ¿Una alternativa o un disfraz de cambio? *Perfiles educativos*, 28(111): 7-36.

Ducrot, O. (2001). *El decir y lo dicho*. Buenos Aires, Argentina: Edicial SA.

Facultad de Ciencias Médicas. (2016). *Programa de asignatura Relación Médico/Paciente (Cátedra A. Calá Lesina)*. Comahue, Neuquén: Universidad Nacional del Comahue.

Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change*. Cambridge, Reino Unido. Polity Press.

Fairclough, N. (1999). Global capitalism and critical awareness of language. *Language Awareness*, 8(2):71-83.

Fairclough, N. (2001). *Discurso e mudança social*. Brasília, Brasil: Universidade de Brasília.

Fairclough, N. (2003). El análisis crítico del discurso como método para la investigación en ciencias sociales. En R. Wodak y M. Meyer (Comp.), *Métodos de análisis crítico del discurso* (pp. 179-201). Barcelona, España: Editorial Gedisa.

Fairclough, N. (2008). El análisis crítico del discurso y la mercantilización del discurso público: las universidades. *Discurso y Sociedad*, 2(1): 170-75.

Garrido Vergara, L. (2011). Habermas y la teoría de la acción comunicativa. *Razón y Palabra*, 75.

Gimeno Sacristán, J. (Comp.). (2008). *Educación por competencias, ¿qué hay de nuevo?* Madrid, España: Morata.

Gimeno Sacristán, J. (Comp.). (2010). *Saberes e incertidumbres sobre el currículum*. Madrid, España: Ediciones Morata.

Gómez Cuevas, H. (2015). Análisis crítico del discurso al campo del currículum de la formación inicial docente en Chile. *Estudios Pedagógicos*, 41(1); 311-322.

Grize, J.B. (1993). Logique naturelle et représentations sociales. *Papers on Social Representations*, 2(3); 1-159.

Gutiérrez Vidrio, S. (2006). Las representaciones sociales desde una perspectiva discursiva. *Versión*, 17: 231-256.

Habermas, J. (1981). *Teoría de la acción comunicativa I. Racionalidad de la acción y racionalización social*. Madrid, España: Grupo Santillana de Ediciones SA.

Habermas, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa I. Racionalidad de la acción y racionalización social*. Santafé de Bogotá, Colombia: Taurus Humanidades.

Hamui Sutton, A., Grijalva, M.G., Paulo-Maya, A., Donantes-Barrios, P., García-Tellez, S.E., Durán-Pérez, V.D., Hernández-Torres, I., Sandoval-Ramírez, E. (2015). Las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. *Revista CONAMED*, 20(1): 17-26.

Hernández Castellanos, D.A. (2010). Arqueología del saber y orden del discurso: un comentario sobre las formaciones discursivas. *Claves del Pensamiento*, 4(7): 47-61.

Hontangas, P. (1994). *Estudio de la congruencia de habilidades persona-puesto: aplicación de dos métodos alternativos*. (Tesis de doctorado). Facultad de Psicología de Valencia, Valencia, España.

Irigoin, M., Tarnapol Whitacre, P., Coe, G. (Eds.). (2002). *Mapa de competencias de la comunicación para el desarrollo y el cambio social: conocimientos, habilidades y actitudes en acción*. Washington, D.C., Estados Unidos: The CHANGE Project Academy for Educational Development.

Krotsch, P. (2005). *La evaluación de la calidad en la Argentina: la necesidad de un análisis centrado en el poder y el conflicto*. Buenos Aires: Instituto Gino Germani - Universidad de Buenos Aires.

Manitta, G. (2005). El malestar en la relación médico-paciente. *Acta Bioethica*, 11:1-85.

Marafioti, R. (2003). *Los patrones de la argumentación. La argumentación en los clásicos y en el siglo XX*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.

Marinkovich, J. (1999). El análisis del discurso y la intertextualidad. *BFUC*, xxxvn: 729-742.

Marradi, A., Archenti, N., Piovani, J. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emecé.

Marradi, A., Archenti, N., Piovani, J. (2010). *Metodología de las Ciencias sociales*. Buenos Aires, Cengage.

Martín Rojo, L. (1997). El orden social de los discursos. *Discurso*, 1-37.

Mattelart, A., Mattelart, M. (1997). *Historia de las teorías de la comunicación*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Menéndez, E. (1978). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En F. Barsaglia, E. Giovannini, S. Miniati, L. Pintor, A. Pirelli y otros. *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de salud* (pp. 11-53). México D.F, México: Editorial Nueva Imagen.

Menéndez, E. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad de Yucatán*. México D.F, México: Ediciones de la Casa Chata.

Menéndez, E. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud. Cuaderno N°86*. México D.F., México: Ediciones de la Casa Chata.

Menéndez, E. (1988). Modelo hegemónico y atención primaria. En *Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (pp.451-464). Buenos Aires: CONAMER.

Menéndez, E. (1990). *El modelo médico hegemónico y el proceso de alcoholización. Un análisis antropológico*. Buenos Aires, Argentina: Editorial EUDEBA.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7):71-83.

Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferentes. *Atención Primaria*, 44(6): 358-65.

Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, 138: 1047-54.

Morales Castillo, J.D., Varela Ruiz, M. (2015). El debate en torno al concepto de competencias. *Investigación en Educación Médica*, 4(13), 36-41.

Moreno Olivós, T. (2009). Competencias en educación superior: un alto en el camino para revisar la ruta de viaje. *Perfiles Educativos*, 21(124): 69-92.

Moreno Olivós, T. (2010). Reseña de “Educar por competencias ¿qué hay de nuevo? De J. Gimeno Sacristán (comp.). *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 15(44):289-97.

Pedrosa, C.E.F., Machado de Oliveira, D., dos Santos Souza Damaceno, T.M. (2010). Caminhos teóricos e práticos em análise crítica do discurso. *Cadernos do CNLF*, 14(3).

Pérez, S. (2013). *Ficha de clases de Análisis del discurso*. Quilmes, Argentina: Maestría en Ciencias Sociales y Humanidades- Universidad Nacional de Quilmes.

Petra-Micu, I.M. (2012). La enseñanza de la comunicación en medicina. *Investigación en Educación Médica*, 1(4):218-24.

Petracca, D.Y. (2013). *Humanidades y biomedicina: las complejidades de su integración curricular en la carrera de medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires*. (Tesis inédita de grado). Universidad de Buenos Aires, C.A.B.A., Argentina.

Petracci, M. (2015). Prólogo: Sobre comunicación y salud. En M. Petracci (Coord.), *La salud en la trama comunicacional contemporánea* (pp.13-18). Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.

Petracci, M., Cuberli, M., Palopoli, A. (2010). *Comunicar salud: una propuesta teórica y práctica*. Buenos Aires: Comité Argentino de Educación para la Salud de la Población (CAESPO).

Petracci, M., Waisbord, S. (Comps.). (2011). *Comunicación y salud en la Argentina* (pp.269-290). Buenos Aires, Argentina: La Crujía.

Pini, M. (2009). Estudios críticos de discurso y la educación: exploraciones sobre un campo transversal. En M. Pino (Comp.). *Discurso y educación: herramientas para un análisis crítico. Una introducción* (pp. 27-43). Buenos Aires, Argentina: UNSAM Edita.

Pinzón, C.E. (2008). Paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana*, 33(1):33-41.

Presidencia de la Nación. (1995). *Ley N°24521. Ley de Educación Superior*. Buenos Aires, Argentina: Presidencia de la Nación.

Raiter, A. (Comp.). (2001). *Representaciones sociales*. Buenos Aires, Argentina: EUDEBA.

Rizo García, M. (2011). Pensamiento sistémico y comunicación. *Razón y Palabra*, 75.

Rodríguez Gómez, G., García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga, España: Ediciones Aljibe.

Rosselot, E.J. (2003). Hacia el médico que nuestros países necesitan: énfasis en la comunicación y en la formación de los docentes. *Revista Médica de Chile*, 131:331-37.

Rué, J. (2008). Formar en competencias en la universidad: entre la relevancia y la banalidad. *Revista de Docencia Universitaria*, 1.

Ruiz Moral, R. (2003). Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educación Médica*, 6(4): 159-67.

Sirvent, M.T. (1999). Problemática actual de la investigación educativa. *Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación*, 8(14): 64-75.

Torrico Villanueva, E.R. (2010). *Comunicación. De las matrices a los enfoques*. Quito, Ecuador: Editorial Quispus, CIESPAL.

Trigo Aza, E. (Coord.). (2013). *Procesos creativos en investigación cualitativa II*. España-Colombia-Portugal: Colección Léeme.

Valles, M.S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, España: Editorial Síntesis S.A.

Van Dijk, T. (2001). *El discurso como interacción social*. Barcelona, España: Gedisa.

Van Dijk, T. (2003). La multidisciplinariedad del análisis crítico del discurso: un alegato a favor de la diversidad. En R. Wodak, M. Meyer (Comp.). *Métodos de análisis crítico del discurso* (pp.143-177). Barcelona, España: Editorial Gedisa.

Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). (2006). *Estrategias de la investigación cualitativa*. Barcelona, España: Gedisa.

Venturelli, J. (1997). *Educación Médica. Nuevos enfoques, metas y métodos. Inminencia y necesidad del cambio en el camino de la equidad, calidad y eficiencia de una salud para todos*. Washington D.C, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Verger, A. (s.f.). Mala praxis: ¿un problema del médico o de la sociedad? Impacto económico y social de la industria del juicio por mala praxis médica. *Fondo de resguardo profesional*. Recuperado de http://www.colmed3.com.ar/frp/imprimir_frp_notas05.html

Vidal y Benito, M. (15 de agosto de 2007). “Acerca de la buena comunicación en medicina” ¡Nuevo libro virtual! *Intramed*. Recuperado de <http://www.intramed.net/>

Vidal y Benito, M.C. (2010). *La relación médico paciente y las habilidades comunicacionales en la carrera de Medicina. Una propuesta de enseñanza*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán, Argentina.

Villegas Múnera, E.M., Arango Rave, A.M., Aguirre Muñoz, C. (2007). La renovación curricular en el programa de Medicina de la Universidad de Antioquía. *IATREIA*, 20(4):422-40.

Vizer, E.A. (2003). *La trama invisible de la vida social: comunicación, sentido y realidad*. Buenos Aires, Argentina: La Crujía Editores.

Wodak, R. (2003). El enfoque histórico del discurso. En R. Wodak y M. Meyer (Comp.), *Métodos de análisis crítico del discurso* (pp. 101-41). Barcelona, España: Editorial Gedisa.

Wodak, R., Meyer, M. (Comp.). (2003). *Métodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.