



Universidad Tecnológica Nacional

Escuela de Posgrado

ESPECIALIDAD EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Director: Dr. Fernando Pablo Nápoli

Vicedirectora: Dra. Zulma Cataldi

Trabajo de Integración Final

**Acerca del curriculum universitario y la incorporación de
la comunicación en la formación médica**

Autor: Marcelo Esteban Gatto

Buenos Aires, 24 de enero de 2023

Índice

Introducción	3
Objetivos de integración	5
Primer nivel de integración	6
Acerca del currículum y el perfil médico	6
Ausencia de competencias integradas y aprendizaje no significativo	10
Hacia una didáctica para la interacción social	14
Segundo nivel de integración	16
Estrategias metodológicas en la enseñanza y aprendizaje	16
El razonamiento lógico y la ineficiencia	20
Fragmentación disciplinaria	22
Tercer nivel de integración	26
Contrarreforma, neoliberalismo y obstáculos para el cambio	26
Globalización y formación tecnocientífica vs. humanismo	28
Hacia el rescate de la palabra	31
Conclusiones	35
Interrelación bibliográfica y documental	38

Introducción

La visión excluyente de la medicina como ciencia ha llevado a que quienes la practican estén crecientemente entrenados en esos aspectos de su quehacer, pero poco capacitados en las habilidades personales y sociales necesarias para relacionarse como seres humanos con sus pacientes.

En ese vínculo con el otro que busca ayuda, la palabra ocupa una posición central. Paradigma de comunicación, la relación entre el médico y su paciente está mediada por palabras, las que se dicen, las que se escuchan, hasta las que se callan.

GUILLERMO JAIM ETCHEVERRY

Mediante la práctica clínica cotidiana, como psicólogo de pacientes con cáncer, es común encontrarse con consultas de personas que presentan un estado de sufrimiento elevado que no solo está vinculado al diagnóstico oncológico en sí mismo, sino que además se relaciona con la forma que toma la comunicación entre médico y paciente. En general, la conducta médica está centrada en un carácter meramente informativo, que excluye otras dimensiones que se consideran fundamentales para el bienestar integral del paciente.

A partir de este diagnóstico basado en la especificidad de la profesión propia, lo que se pretende en este trabajo es reflexionar en torno a lo que considero una problemática a atender, para dar cuenta de y comprender los motivos que constituyen a la misma. Para ello, se desarrolla un recorrido que involucra la integración de distintos seminarios que forman parte de la Especialidad en Docencia Universitaria.

Esta integración se compone del contenido de nueve seminarios organizados en tres bloques distintos. Estos bloques de integración, a su vez, se ordenan particular a general, y brindan los aportes teóricos necesarios para construir una mirada crítica de las múltiples dimensiones que convergen en la problemática seleccionada.

En el primer bloque se tratan las características del currículum en las carreras de medicina en donde prima el conocimiento científico que moldea al futuro profesional. Se

destaca que las competencias comunicacionales, a pesar de haber consensos internacionales respecto de su importancia, están ausentes o no están integradas efectivamente al currículum y que, en caso de abordarlas, su aprendizaje no es significativo. Además, este análisis se complementa con reflexiones acerca de la modalidad de enseñanza de la medicina y la carencia de articulaciones que favorezcan la interacción social.

En el segundo bloque se relaciona la dimensión didáctica actual con posibles estrategias de innovación para implementar en la formación de competencias comunicacionales, haciendo hincapié en la participación, el diálogo y la expresión. Sin embargo, puede presumirse cierta dificultad en este tipo de propuestas debido tanto al razonamiento lógico que excluye la subjetividad, como a la fragmentación disciplinaria que incide negativamente en la formación de las habilidades en cuestión.

El tercer y último bloque se plantea desde un contexto más amplio donde el proceso de globalización y neoliberalismo se impone con sus sistemas regulatorios, resultando un obstáculo para cualquier propuesta superadora. Ese mismo proceso hegemónico lleva consecuentemente a la deshumanización de la medicina, incidiendo negativamente en la formación de los futuros profesionales, lo que repercute en la relación con los pacientes. Es por esto que, en el último tramo del trabajo se analiza cómo la formación tecnocientífica y la sociedad actual acentúan la objetividad, atentando contra el valor de la palabra que en el contexto médico sería una poderosa herramienta para aliviar el dolor y el sufrimiento.

Objetivos de integración

- 1) Abordar la situación actual del currículum universitario de la formación médica en relación con las competencias en comunicación.
- 2) Reflexionar sobre la formación biologicista de los médicos y sus consecuencias en la interacción con los pacientes.
- 3) Revisar la influencia de la globalización respecto al empobrecimiento y desvalorización de la palabra.

Primer nivel de integración

En este bloque se trabaja con conceptos correspondientes a los siguientes Seminarios:

Teoría y diseños del curriculum universitario
Perspectivas actuales de teorías del aprendizaje
Didáctica Universitaria

Acerca del currículum y el perfil médico

Cuando las personas transitamos por el sistema de salud atravesamos una enorme transformación hacia el rol de pacientes, lo que nos convierte en un conjunto de partes divisibles. En este contexto seguramente todos hemos vivido situaciones de tensión, incómodas, distantes o disruptivas, derivadas de la dificultad de comunicación por parte de algún profesional médico.

Sin dudas, estos tipos de escenarios se repiten cotidianamente en todas las instituciones y consultorios del país e influyen negativamente en el estado de ánimo de los pacientes y sus opiniones respecto al modelo actual de atención. A su vez, estas actitudes reducen cada vez más las expectativas generales que tiene la población sobre los profesionales del arte de curar.

Es tan habitual este tipo de situaciones que se inscribe como algo natural en el registro de la atención médica. Es observable de manera significativa situaciones de silencio, contacto mínimo o desinformación en las intervenciones clínicas, por lo que la necesidad de saber, preguntar o expresarse de los pacientes parecería que configurarse como un obstáculo, un inconveniente o algo ajeno para el trabajo del médico.

En el panel de un Congreso sobre la formación de profesionales de la salud al que fui invitado hace algunos años en Montevideo nos preguntamos en qué momento de la vida de una o un joven motivado por la salud del prójimo comienza el proceso de distanciamiento, de insensibilidad, que luego se observa en los egresados (Schwartzmann y Gatto, 2017). Todos estuvimos de acuerdo en una respuesta que no dejó lugar a dudas: esto sucede en el paso por la

universidad. En este sentido, la respuesta nos lleva a ahondar en el proceso educativo, tanto en las características de la formación como en las particularidades e influencias del diseño curricular (Giannattasio, 2010) de las carreras de medicina en la actualidad.

En el presente, a pesar de que se proclama que el hombre es una unidad biopsicosocial indivisible, entendiendo que la enfermedad y la salud está vinculada estrechamente con esa tríada, los currículos de las carreras de medicina tienen una fuerte impronta del modelo positivista: paternalista, asimétrico y directivo. Las características principales de este modelo dominante que se sostiene en la medicina académica son: el *reduccionismo biológico*, dirigido a la patología en general y a las enfermedades; el *conocimiento científico*, con su método clínico tradicional de carácter descriptivo-explicativo de las patologías para elaborar un diagnóstico; y el *naturalismo normativo*, fundamentado en un orden fisiológico cuya preservación y restauración constituye la esencia del acto médico (Vidal y Benito, 2010).

Para una mejor comprensión de estos factores nos vemos en la necesidad de acudir a nociones que nos permitan pensar el currículum y que nos proporcionen una orientación, particularmente desarrolladas por de Alba (1998). Esta autora concibe al currículum en un plano epistemológico general amplio y como una síntesis de elementos culturales, lo que le da un carácter abarcativo a la problemática que se aborda en este trabajo.

En términos de Bourdieu (en de Alba, 1998), el currículum sería un arbitrario cultural. Esto implica que se compone de elementos de distintas conformaciones culturales y, por lo tanto, incluye los rasgos culturales hegemónicos, en congruencia con el proyecto político de cada grupo. Es decir, ningún currículum es neutro o aséptico, sino que despliega una prescripción selectiva de los contenidos de la enseñanza, y la formación médica no es la excepción.

En el currículum formal, que se puede definir como el desarrollo de enseñanza-aprendizaje propuesto en el plan de estudios, las carreras de medicina generalmente se componen de cuatro ciclos: el *ciclo básico común*, que habilita a los alumnos a ingresar; el *ciclo biomédico*, que tiene por objetivo comprender la estructura y la función de la persona sana a nivel biológico, psicológico y social; el *ciclo clínico*, cuyo principal objetivo es que el alumno sea capaz de prevenir, diagnosticar y formular esquemas de tratamiento de las diversas patologías, en el cual se estudian todas las especialidades médicas; y, por último, el *ciclo de*

internado anual rotatorio, donde el graduado accede a la práctica que le permite la profundización de habilidades y destrezas incorporadas en el curso de la carrera.

Específicamente, se entiende por currículo real la puesta en práctica del currículo formal: contextualizado, incrustado en la realidad. Este currículo se desarrolla en el trabajo educativo diario. En este sentido, es preciso aclarar que se enfrenta a diversas realidades, como así también con una amplia variedad de situaciones emergentes y eventualidades que pueden presentarse. Aquí lo que interesa destacar es el segundo ciclo, el biomédico, en el cual se han incorporado -a partir de la resolución 2861/92-, solamente en el primero de los tres años que dura el ciclo, las asignaturas de Salud Mental, Bioética y Medicina Familiar. Quizás estas sean las más cercanas a una idea de lo humanístico y en las que es esperable alguna perspectiva que aborde la cuestión comunicacional.

Paradójicamente, las mismas están incluidas dentro del ciclo biomédico, nominación que acentúa lo biológico. Sin embargo, más allá de la inclusión formal de estas asignaturas, existen serias dudas y controversias respecto a la integración explícita y consecuente de la comunicación como contenido. Por su parte, el extenso ciclo clínico que le sigue está enfocado netamente en las materias biológicas, fisiopatológicas y quirúrgicas, ya sin incluir enfoques sociales y humanistas, generando un corte abrupto con los que supuestamente fueron enseñados. Por último, en el ciclo de internado rotatorio, si bien el futuro médico se encuentra en contacto con pacientes, dista mucho de poder adquirir las habilidades y los conocimientos necesarios para una buena atención de las personas. En otras palabras, es probable que tengan diversas formas de interacción con pacientes, pero esto no es suficiente.

Particularmente, considero que estas controversias tienen un origen epistemológico-conceptual en lo que respecta a la comunicación, lo cual pone en duda si la misma podría constituirse como objeto de enseñanza-aprendizaje. Históricamente, se concibió a la capacidad de comunicar como una habilidad innata, ajena a las características de objetivación propias del paradigma positivista (Albardonedo, 2019). En su especificidad, la enseñanza de la medicina tiene, predominantemente, actividades expositivas, y las prácticas muchas veces están desarticuladas, por lo que no se favorece la integración de los contenidos. En el caso que nos incumbe no existen técnicas ni prácticas vivenciales, reflexivas, como tampoco formas de entrenamiento eficientes. Aunque algunos temas relacionados a la comunicación han pasado a formar parte del currículum, en la práctica no se ha avanzado en la misma línea.

En este escenario la pregunta por un currículum oculto apunta a conocer cuáles son los valores que se transmiten de manera implícita en el contexto de la carrera, más allá de los explicitados en documentos. El currículum oculto suele revelar inconsistencias entre los objetivos de la carrera, los valores y las acciones que se observan, respecto a la limitación, calidad y complejidad de las asignaturas y su articulación con el resto del programa declarado en la universidad.

En efecto, se podría afirmar que una parte del currículum oculto de este último ciclo, en particular, y de toda la carrera, en general, se constituye a partir de la transmisión tácita de premisas preponderantemente biologicistas y acríticas, en detrimento de las de tipo social/humanista reflexivas (Esteva y Ormart, 2010). Aún más, la noción de currículum oculto nos permite confirmar que existen procesos de selección. Lo que se selecciona y lo que se excluye da lugar a las dos caras de lo que se identifica como determinado “proyecto cultural” (Gimeno Sacristán, 2007).

Más allá de lo discutible respecto a la univocidad de ese proyecto cultural, es posible entenderlo como la constatación de que en las carreras de medicina se determina la selección de contenidos que configuran el currículum. Y no se trata de una selección al azar o sin criterio, sino que responde a intereses relacionados al desarrollo de una medicina científica, que se identifica con una única forma de atender la enfermedad y que está legitimada a partir de la lógica de las políticas educativas que operan en estrecha relación con premisas del mercado.

En consecuencia, es posible aseverar que el currículum de las facultades de medicina no son los adecuados para brindar a los médicos herramientas y habilidades comunicacionales, ni tampoco para formarlos en los principios sociales y humanistas deseados. El currículum vigente, sin dudas, moldea a los futuros profesionales, impacta de manera particular en el perfil de los egresados y se hace manifiesto de manera negativa en el estado de los pacientes, algo que se puede constatar en la práctica clínica cotidiana.

Esto evidencia una crisis del currículum, por lo que considero vigentes las nociones elaboradas por de Alba (1998). Sus preocupaciones siguen siendo actuales y pertinentes a la hora de analizar las carreras de medicina.

Ausencia de competencias integradas y aprendizaje no significativo

En consonancia con lo expuesto hasta ahora, considero que el médico que egresa es uno que no está en condiciones de atender de manera integral a las personas, ya que sus saberes son predominantemente teóricos y, frecuentemente después de las residencias, se (súper)especializa, ejerciendo una medicina atomizada que implica una visión fraccionada del paciente (Gatto, 2017).

En las ciencias de la salud la enseñanza de contenidos no es problemática, en cambio, sí lo es la enseñanza de habilidades y actitudes comunicacionales porque esto requiere otros puntos de vista, más reflexiones, ideas y capacidad de innovar (Coll, 2014). Actualmente las competencias en comunicación están cobrando cada vez más importancia en la educación superior, especialmente en las carreras que implican interacciones humanas como la medicina.

Desde los años ochenta los currículos de medicina en casi todo el mundo están incluyendo las habilidades comunicativas para mejorar la calidad de atención. Sin embargo, se pone el foco en la comunicación médico-paciente con el fin de la adherencia a los tratamientos, lo que deviene insuficiente. En las últimas décadas esta preocupación se ha ido ampliando en el desarrollo del campo de la comunicación clínica en tanto competencia, donde el interés se centra, no solo en la comunicación oral, incluyendo al paciente y la familia, sino también en la forma escrita, incorporando también a los profesionales de salud de otras disciplinas (Flórez, 2011).

Si bien existen documentos de referencia que han elaborado bases y lineamientos para estandarizar la enseñanza de la comunicación en la formación médica, como el Informe de la OMS sobre la Conferencia Mundial de Educación Médica conocida como la Declaración de Edimburgo (1989), las conferencias y encuentros internacionales de Educación Médica de Toronto en 1991 (Simpson, 1993) y Michigan en 1999 (Hamui Sutton, 2015), sus objetivos en la práctica están lejos de poder cumplirse. Las asignaturas más cercanas a alguna idea de lo humanístico y lo comunicacional, se basan en saberes conceptuales, se estudian de manera memorística y no están integradas al resto del currículum, por lo que no llegan a ser significativas para el estudiante.

A partir de estos documentos se han llevado a cabo distintas experiencias en universidades privadas, generando y aplicando diferentes instrumentos de aprendizaje, como por ejemplo, el Marco SEGUE: una lista de chequeo de tareas de comunicación médica creada a partir de una investigación, utilizada en Norteamérica para la enseñanza y la evaluación de las habilidades comunicativas. También podemos mencionar el modelo SPIKES para comunicar malas noticias, la guía Calgary-Cambridge para una consulta eficiente, herramientas que sintetizan las habilidades más efectivas para conducir una anamnesis, entre muchas otras (Ortiz Fonseca, 2017), pero se ha comprobado que muchos egresados no logran la competencia comunicativa en los niveles deseados.

Habilidad es tener pericia o aptitud para desarrollar una tarea. La habilidad es, por lo tanto, la destreza o capacidad para solucionar problemas. Las habilidades pueden ser aptitudes innatas o bien adquirirse mediante entrenamiento y práctica. De algún modo, adquirir o tener habilidad supone también tener un cierto nivel de competencia. Cabe aclarar que la competencia comunicativa es mucho más compleja que la habilidad e incluye capacidades cognitivas y de razonamiento, capacidades interactivas y actitudinales, manejo de los sentimientos y de las emociones, capacidad de comprensión integral, capacidad de expresión adaptada al nivel de cada paciente, entre otros aspectos.

La competencia comunicativa no se adquiere únicamente con la experiencia clínica, sino que requiere de un aprendizaje expreso, un plan amplio que implica complejidad, transversalidad, una consciencia de lo que se desea desarrollar, y una puesta en práctica en los distintos contextos y situaciones para integrarla como un hábito o una virtud, entendiendo este aprendizaje como significativo.

Avanzando con la comprensión de porqué los niveles esperados no son alcanzados, también tenemos que considerar su relación directa con el hecho de que los currículos médicos han minimizado la formación de las competencias lingüísticas y cognitivas, ya que existe el supuesto de que fueron logradas en la educación primaria y secundaria, y que subyacen a la capacidad de razonar críticamente, de hacer juicios clínicos y comunicarse efectivamente con la comunidad científica. De esta manera el énfasis de la comunicación médico-paciente queda enfocado solamente en el producto (Ortiz Fonseca, 2017): recabar información, transmitir el diagnóstico e indicar el tratamiento a seguir.

Respecto a este tema, Ausubel (1976; 2002) afirma que el mecanismo de aprendizaje por excelencia para aumentar y preservar los conocimientos es el aprendizaje receptivo significativo. Su finalidad es aportar todo aquello que garantice la adquisición, la asimilación y la retención del contenido que se le ofrece a los estudiantes, de manera que estos puedan atribuirle significado a esos contenidos.

En el aprendizaje significativo no se puede ser un receptor pasivo. Por el contrario, se debe hacer uso de los significados que ya se internalizaron, de modo que el estudiante pueda captar los materiales educativos nuevos. En ese proceso, al mismo tiempo que está diferenciando progresivamente su estructura cognitiva, está realizando una integración para poder identificar semejanzas y diferencias, reorganizando su conocimiento. Se trata de un proceso de construcción progresiva de significaciones y conceptualizaciones, razón por la que este enfoque se enmarca bajo el paradigma constructivista (Moreira, 2004).

Particularmente, Ausubel (2002) se refiere a un aprendizaje activo, creativo y en contacto con la realidad concreta de quien aprende, a través del análisis y resolución de problemas directamente ligados a la actividad profesional y no a través de disciplinas. Por su parte, Pérez Gómez (2006) considera que el aprendizaje significativo tiene valor de cambio porque se reconstruyen los esquemas cognitivos de quien aprende y supone producción y aplicación de ese conocimiento. Si el aprendizaje es mecánico, nuestra única posibilidad de uso es reproductiva y en un corto período de tiempo.

Al respecto, es interesante retomar el aporte que realiza Díaz Barriga (2002) a partir de uno de los principios para la instrucción derivados de la teoría del aprendizaje significativo: los contenidos aprendidos significativamente son más estables, menos vulnerables al olvido y permiten la transferencia de lo aprendido, sobre todo si se trata de conceptos integrados. Nada de esto sucede con los aspectos comunicacionales en la formación del médico. Si, según Ausubel, el aprendizaje significativo involucra la modificación y la evolución de la información nueva, así como de la estructura cognoscitiva envuelta en el aprendizaje, entonces se puede decir que estas teorías no se utilizan en las escuelas de medicina para enseñar aspectos comunicacionales a sus alumnos.

Desde una visión integrada de la teoría del aprendizaje significativo, la tarea del docente es elegir y proponer situaciones que se desenvuelvan dentro de la zona de desarrollo próximo

del estudiante. Pero no se trata de situaciones didácticas, sino mucho más, ya que deben ser percibidas por el mismo como problemáticas para que genere como necesidad la conceptualización esperada, no desde una perspectiva conductista sino desde una visión integradora del ser, del saber y el saber hacer (Pérez Gómez, 2006).

Llegado a este punto se podría afirmar que el médico ejerce la medicina sin herramientas de comunicación y se torna un profesional temeroso de enfrentarse a la incertidumbre de lo que ignora, porque no le fue enseñado o le fue enseñado poco y mal. De esta manera, en general, no le queda otro camino que refugiarse en el distanciamiento respecto al paciente.

Claramente, las estrategias trazadas no han podido cumplir del todo con los compromisos y acuerdos internacionales y están lejos de lograrlo. Las estructuras mentales y los poderes de los modelos de práctica médica entorpecen en gran parte la transformación que se precisa en el plano educativo (Borrell Bentz, 2005). El poder hegemónico, el mercado, la falta de visión, el corporativismo médico, la visión paternalista que la sociedad tiene del médico, son solo algunas de las trabas que existen hoy en día para realizar una innovación tanto en el plano educativo como en el ejercicio de la profesión médica.

La formación actual en medicina requiere sujetos activos, que puedan adaptarse a los cambios y las demandas de la sociedad, más allá del logro de objetivos. La concepción contemporánea de la educación basada en competencias supone garantía de calidad, no como producto final, sino en referencia a los valores humanos puestos en práctica en las interacciones sociales, especialmente en situaciones que impliquen interacciones comunicativas (Gómez, 2002).

Lamentablemente la formación en habilidades relacionales no suele ser parte de las propuestas planificadas en la formación de profesionales de la salud, por eso el médico tiene enormes dificultades para interactuar con los pacientes y funcionar integradamente en su equipo de trabajo. Una propuesta centrada en el paradigma aprendizaje significativo y complejo (Anijovich, 2004), permitiría un desenvolvimiento que no se trate solo de la aplicación de saberes, sino también de un compromiso personal en el uso y la integración de las diversas habilidades necesarias.

Hacia una didáctica para la interacción social

A partir de aquí puede elaborarse, entre muchos otros, el siguiente interrogante: ¿es posible formar a los futuros médicos en habilidades y actitudes de interacción solo a través de unas pocas materias con modalidad teórica?

Es evidente que en la formación de los futuros médicos se ha privilegiado la racionalidad y se ha descuidado la importancia del lenguaje y la interacción como agentes educativos y formativos (Pérez Lindo, 2009). Esto se deduce a partir de que dicha formación se basa en una concepción epistemológica positivista que solo admite un modo de expresión impersonal, pretendiendo objetividad. Pero las habilidades en comunicación no se aprenden estudiando de un manual o escuchando clases teóricas, se necesita de los conceptos y, fundamentalmente, de la vivencia.

Si no se identifica esta dificultad, este límite, será muy difícil introducir algún cambio en la didáctica y la propuesta actual seguirá siendo estéril, relegando las capacidades comunicacionales y empáticas a simples prácticas intuitivas que pueden implementar algunos médicos (Díaz Barriga, 2005).

La falta de formación en comunicación de los médicos no solamente afecta la relación médico-paciente, sino que los afecta a nivel de interrelación con las personas en general, incluyendo a sus colegas médicos y otros profesionales del equipo de salud. Las dimensiones múltiples que involucran a los pacientes en el proceso salud-enfermedad no pueden ser consideradas desde un solo enfoque, sino desde su complejidad. Lamentablemente, este paradigma le es ajeno al cientificismo anátomo-mecanicista que tiene una mirada disociada, lineal, instrumental y disciplinada.

Las universidades, al ser instituciones de enseñanza-aprendizaje del más alto nivel, deberían desplegar una gestión del conocimiento a partir de una visión interactiva, multidisciplinaria, abierta y compleja, aunque esto no se constata luego en el ejercicio de la medicina. Para lograrlo entiendo que se requerirá entonces la acción intencionada de las instituciones educativas para romper este círculo biologicista individualista; estas

intervenciones supondrán la necesidad de un cambio en el modelo educativo partiendo de generar una actitud reflexiva por parte de los docentes.

Es aquí entonces donde la acción pedagógica debería estar dirigida a crear una actitud crítica que habilite un cambio en la atención médica, la rehumanización de la interacción cotidiana del médico. De todas formas, esto no puede hacerse sin una modernización reflexiva de la sociedad en su conjunto dados los condicionamientos del sistema actual.

En la didáctica de nivel superior, como rasgo distintivo, se destaca la relevancia de la articulación entre la teoría y la práctica, no solo porque se considera que la práctica es un eslabón fundamental para el proceso de aprendizaje dentro de la universidad, sino también porque permite que el estudiante se encuentre preparado para llevar a cabo su labor profesional con alto grado de especialización y diversificación (Lucarelli, 2001).

Por lo tanto, considero que es clave modificar parte de la modalidad de enseñanza para vincularla a la problematización de hechos reales. De esta forma, se posibilitaría la incorporación de ciertas competencias básicas en la formación del futuro profesional, siendo un beneficio para la población de pacientes y la sociedad toda.

Un camino posible de transformación es a través del trabajo en grupo o aprendizaje cooperativo, una alternativa valiosa para llevar a la práctica determinadas dimensiones del constructivismo en el aprendizaje, promoviendo procesos de conocimiento personal en el marco de la cultura social en que se desenvuelve el estudiante, con la potencialidad de desarrollar la capacidad de obtener aprendizajes significativos por sí solo y en grupo (Torres Muñoz, 2001). Esta estrategia se basa en los soportes conceptuales brindados por el aprendizaje colaborativo/cooperativo y la experiencia de aprendizaje mediado tutorial.

Los aprendizajes colaborativo y cooperativo son, en la práctica, complementarios. El cooperativo busca crear una estructura general de trabajo en la que cada uno de los integrantes sea responsable de una tarea específica, con metas compartidas, mientras que el colaborativo hace referencia al desarrollo cognitivo del individuo en la interacción con otros, fortaleciendo la construcción colectiva del conocimiento.

En el aprendizaje colaborativo/cooperativo se diseñan ambientes que posibilitan el intercambio de ideas, el desarrollo de habilidades comunicativas y sociales, la contrastación de hipótesis, la búsqueda planificada de información, el desempeño de roles, el cruce de opiniones sustentadas y argumentadas desde las evidencias conceptuales, la evaluación con sentido de logros y dificultades, todo ello en procura de la obtención de metas que se alcanzan en cooperación con otros. Esto se inscribe en las teorías de la construcción social del conocimiento como “(...) actividad social porque permite el despliegue armonioso de habilidades y actitudes de cara a la construcción o apropiación de conocimientos favorecidos en primer orden por la interacción del grupo” (Johnson y Johnson, 2002).

En esta misma línea, Cervera y su equipo de trabajo, definen el aprendizaje cooperativo como “(...) un proceso que enfatiza el grupo o los esfuerzos colaborativos entre profesores y estudiantes. Destaca la participación activa y la interacción tanto de estudiantes como de profesores. (...) el proceso educativo es facilitado por la interacción social en un entorno que permita la interacción, la evaluación y la cooperación entre iguales” (1998). En estos ambientes, se procura de forma intencionada la proliferación de oportunidades de aprendizaje, de manera que todos los estudiantes encuentren un escenario propicio para intervenir desde su estilo cognitivo más relevante. Así se enriquece su desarrollo integral y al mismo tiempo se propicia el crecimiento del grupo.

Al respecto, Vygotsky plantea que existe un vínculo entre la interacción social y el desarrollo cognitivo de la persona, dando origen a la teoría sobre la zona de desarrollo próximo, entendida como la “(...) distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema” (1996).

Los recursos técnicos, habilidades, destrezas y saberes acerca de la interacción interpersonal pueden y deben ser aprendidos e integrados en la experiencia concreta, y esto requiere de un plan y de una didáctica apropiada que facilite el intercambio con los demás (Vidal y Benito, 2013) y que actualmente no están incluidos en los planes de la carrera de medicina.

Segundo nivel de integración

En este bloque se trabaja con conceptos correspondientes a los siguientes Seminarios:

Estrategias de enseñanza
Concepciones epistemológicas sobre ciencia y tecnología
Políticas y planeamiento de la educación universitaria

Estrategias metodológicas de enseñanza y aprendizaje

Para articular este bloque con el anterior un buen interrogante es: ¿es factible incorporar una concepción integral del ser humano a nivel psicológico y social en este contexto educativo limitado y fragmentado? Las características reduccionistas antes mencionadas, con foco en el organismo y las enfermedades, conducen posteriormente a una previsible insuficiencia en la capacidad de los profesionales de interactuar, de comunicarse con eficacia y de empatizar con los pacientes, lo que tiende a despersonalizar la práctica y favorecer lo que se denomina deshumanización de la atención médica (Nizama-Valladolid, 2002).

En la práctica, lo que se denomina “deshumanización” es tratar al paciente como un objeto, sin establecer un diálogo ni considerar sus rasgos individuales, relegando sus sentimientos, valores y necesidades, reduciéndolo al número de cama en la que se encuentra o a la enfermedad que atraviesa, desplazando, recortando dimensiones personales, es decir, su propia subjetividad. Lo que se observa a partir de la psicología es que es esa misma subjetividad la que trata de manifestarse a través de distintas reacciones negativas como malestar, sufrimiento y angustia.

Parece inviable pensar, así planteadas las cosas, en una medicina que incorpore una visión integral de la persona, básicamente porque la educación en medicina se sostiene en una formación acrítica y con conocimientos fragmentados que conducen a los egresados hacia la especialización. Pero, sobre todo, porque el discurso médico no es un discurso de la persona ni

de la salud, es un discurso de la enfermedad que se sigue sustentando en dos poderosas vertientes: el diagnóstico y la prescripción del medicamento. La naturalización del llamado modelo médico hegemónico se contrapone con el desarrollo de un cambio cultural, orientado a una visión integral del paciente y su familia, la humanización en el trato y el trabajo en equipo interdisciplinario para una mejor calidad de atención, entre otros principios.

Esta contraposición se reproduce en la dimensión didáctica-áulica. Es allí donde se revelan los rasgos que caracterizan a la vida institucional y las luchas que en ella se libran por la persistencia de líneas caducas o por la incorporación de nuevas formas de pensamiento (Lucarelli, 2004). Esto revela una clara disociación entre el currículum como proyecto o plan que guía las acciones de enseñanza y lo que realmente ocurre en el aula, el acontecer diario del currículum (Salinas, 1997).

La incorporación efectiva de contenidos orientados a la adquisición de habilidades comunicativas en la formación médica requiere de una innovación en la enseñanza. Cuando se habla de innovación, se hace referencia a un proceso que consiste en introducir elementos nuevos en lo que ya se venía haciendo, a través de acciones que llevará tiempo implementar y que exigen continuidad y esfuerzo (Vitar, 2006). La innovación alude centralmente a un cambio planificado, organizado, no espontáneo, que implica afrontar una cuestión de carácter institucional: la fuerza de lo instituido.

El mundo de la práctica debe ser parte de la generación de los cambios, pues es allí donde se encuentran las problemáticas propias de las instituciones y los sujetos que las vivencian (Coscarelli, 2013). Una propuesta curricular que pretenda innovación debe proponer pedagogías más activas que empleen el método de casos y aprendizaje basado en problemas, entre otros que modifiquen el tipo de interacción entre docentes y alumnos (Correa Uribe, 2002).

Sin desconocer los inmensos avances y aportes de la medicina como se presenta actualmente, es preciso admitir que esta concepción del saber responde a un proyecto instrumental donde el otro es visto como un objeto. Pero esta situación requiere de un cambio epistemológico y una superación de las formas habituales de la relación docente-alumno-contenido. En términos de Lucarelli (2004), es necesaria una ruptura de objetivos, contenidos, estrategias de enseñanza, recursos, prácticas, que posibilite la formación de sujetos en términos

cognoscitivos, afectivos y expresivos en situaciones alternativas a las tradicionales. Esta es la base para incorporar contenidos que favorezcan a la extensión de las habilidades comunicativas en los médicos en formación.

Respecto a lo que se ha planteado anteriormente en relación al trabajo colaborativo, también es preciso mencionar que aquello resulta un objetivo en sí mismo y posibilita conductas en las que la ayuda y la responsabilidad compartida son parte de la formación (Litwin, 2008).

Podemos encontrar una variedad de autores proponen estrategias para incorporar habilidades efectivas de comunicación en la formación médica. Por ejemplo, Davini (2008) plantea, entre diversas estrategias, la de invertir la secuencia metódica, partiendo de los problemas y situaciones de la práctica, para luego incorporar los conceptos académicos y ampliar la información necesaria para iluminar la comprensión y/o resolución de estas situaciones. La autora desarrolla diferentes formas de implementación del método de casos, desde descripciones breves hasta casos que se utilizan para desarrollar un programa completo.

El entrenamiento puede realizarse a través de formato escrito (documento, narración, diario, carta ficticia), audiovisual, de talleres con pacientes estandarizados o con actores a través de la técnica de *role play*. En lo personal considero muy apropiado el trabajo en talleres de grupo con diferentes dinámicas, ya que brinda la posibilidad involucrarse y de entrenarse para el afrontamiento y la superación de problemas, generando oportunidades de interacción privilegiadas.

En el caso de Prieto (2019), la concepción de una educación innovadora insiste en la necesidad de superar lo vigente, generando un cambio dinámico, participativo, en el que se permita la interacción que incluya tanto al alumno en el proceso de aprendizaje, como al docente como mediador del conocimiento. Desde aquí se puede pensar al docente de medicina en una función que vaya más allá de la instrucción, que genere espacios nuevos, distintos a las que se encuentran en las formas tradicionales de currículum, siendo capaz de tomar el control de las materias y sus formas de enseñanza.

Transformar la materialidad del aula es una tarea crucial del docente. Entre una serie de propuestas, Prieto sugiere “educar para la expresión”. En esta propuesta se considera al

diálogo como lo fundamental en el proceso del aprendizaje, haciendo énfasis en la importancia de la capacidad expresiva, que permite el dominio del tema, de la materia discursiva, y se manifiesta a través de la claridad, coherencia, seguridad y riqueza en el manejo de las formas de los diferentes lenguajes. En medicina resulta ser una competencia determinante: llevar a cabo una enseñanza adecuada de la expresión favorece el desarrollo de una comunicación efectiva y enriquece la formación del médico. La comunicación es una habilidad aprendida, compuesta por conductas verbales y no verbales, que se debe desarrollar desde los inicios de la carrera hasta sus especialidades (Petra, 2012).

Al momento de diagramar estrategias de enseñanza para que los estudiantes de medicina desarrollen habilidades comunicacionales adecuadas, es preciso poner en juego la transversalidad en el currículum, lo que les permitirá desenvolverse de mejor manera en el campo laboral y académico. Respecto al manejo expresivo con sus pacientes, tendrán respuestas favorables como disminución de la angustia y depresión del paciente, mayor resolución de los síntomas y mejores resultados finales (Petra, 2012); en definitiva, generarán una mejor calidad de vida.

El razonamiento lógico y la ineficiencia

La comunicación es el elemento básico de la interacción humana, que permite a las personas establecer, mantener y mejorar el contacto con los otros. Se la considera un proceso de comprensión y de intercambio de significados. Algo importante a tener en cuenta es que la forma en que el mensaje se transmite puede ayudar o dificultar este proceso. El hecho comunicativo se basa en la transmisión de ideas plasmadas en oraciones denominadas proposiciones.

Las personas en la vida cotidiana utilizamos una gran variedad de construcciones proposicionales con la finalidad de comunicar multitud de eventos y pensamientos. En este sentido, es indiscutible la importancia de la comunicación como medio de transmisión de información. Dicho esto, cabe aclarar que los datos que se transmiten en la comunicación no están dados al azar, no son elementos que surgen indistintamente de un individuo para llegar desordenados al otro, sino que guardan un orden. Este orden es analizado por diversas ramas

del conocimiento humano, entre las que existe una rama específica que versa sobre la estructura misma del lenguaje y del pensamiento: la lógica (Klimovsky, 1997).

Las lógicas formales constituyeron el razonamiento dual que se inicia en Grecia y es el basamento del pensamiento de occidente. Puede considerarse también como uno de los sistemas de reducción del contenido, de separación entre la forma y el contenido, que impone un orden metódico propio del pensamiento racional y disciplinado que resulta conveniente como marco interesado en el control, la estandarización y el dominio. A través de la lógica formal, occidente intentó poner un código a cada acción para predeterminarla (Tasat, 2019).

La práctica médica siempre ha ido de la mano de esta lógica, ya que, para llegar a un diagnóstico, se deben considerar varios pasos. Mediante determinados procedimientos y el uso del razonamiento clínico, esta es la clave para llegar a diagnosticar cualquier enfermedad, trastorno o síndrome que una persona padezca. En otras palabras, la lógica es el pilar fundamental para el ejercicio de la medicina: recopila síntomas y signos, busca datos en forma intencionada, los interpreta en el marco del razonamiento, el conocimiento y la experiencia, y elabora una hipótesis diagnóstica. Eso sería un acto científico y aquí el método consiste en postular una o varias hipótesis que puedan ser corroboradas o descartadas.

La lógica médica y el arte del diagnóstico son interdependientes y mutuamente complementarios. Pero el razonamiento lógico no incluye los aspectos subjetivos. Aún más, pueden constituirse incluso como un obstáculo epistemológico (Bachelard, 2004). En las facultades de medicina se enseña a ser un médico científico, con orgullo del rigor que llega a concebirse como una virtud imprescindible. En consecuencia, al postular que la medicina es una ciencia, lo subjetivo se desalienta y hasta se descalifica en el intento de preservar la máxima objetividad.

Si bien la comunicación médico-paciente es tan antigua como la medicina misma, esta relación se ha ido transformado con el avance de la ciencia y la tecnología. Antes la relación era de tipo paternalista: el médico tenía un rol activo y el paciente acataba pasivamente sus indicaciones. El médico de familia centralizaba toda la información, lo que no sucede en la actualidad, producto de las especializaciones médicas donde se produce una fragmentación de la información. Las habilidades clásicas de transmisión diagnóstica se fueron perdiendo producto del desarrollo tecnológico que dio lugar al modelo tecnomédico. Esta nueva etapa

histórica modificó la medicina, la práctica médica y también generó profundos cambios que influyeron en la relación médico-paciente a tal punto que en la actualidad se plantea que la misma atraviesa una crisis.

Específicamente, la medicina confunde información con comunicación. Y la comunicación, para que sea eficaz, requiere una actitud humanística y una escucha activa por parte del médico con el paciente y la familia, y también de los profesionales entre sí. El saber escuchar es clave en todo proceso terapéutico, pero la mayoría de los médicos no saben escuchar porque gran parte de su atención está ocupada en pensar lo que tienen que decir (Gil Deza, 2018).

La comunicación cuando es eficaz no solamente permite informar, sino que se adecua a la realidad que el paciente está viviendo, dando lugar a la percepción y el control de sí mismo, y posibilitando la planificación de su futuro. Esto quiere decir que una comunicación eficaz permite interactuar, lo cual genera confianza en el vínculo, proporciona seguridad y abre la posibilidad de que el paciente pueda expresarse, sin quedarse condenado a la soledad y el aislamiento. En línea con estas apreciaciones se puede afirmar que una comunicación ineficiente implica efectos psicológicos negativos (Gatto, 2017).

No será fácil sobreponerse a este paradigma restringido porque la tarea médica implica una alta responsabilidad, actuar con rapidez y creatividad, tomar decisiones y evaluar riesgos que involucran la vida de los otros. Además, el médico de hoy está más preocupado por el desarrollo de su carrera, la actualización de sus conocimientos y la obtención de títulos de especialización, que por las necesidades afectivas del paciente que requieren de empatía y de la construcción de un vínculo personalizado en lo que se denomina como *alianza terapéutica* (Vidal y Benito, 2010).

Fragmentación disciplinaria

Si bien, como se ha mencionado en capítulos anteriores, distintas organizaciones internacionales (OMS, OPS) han planteado que el objeto de estudio de las facultades de medicina debe centrarse en el ser humano, en su integridad biológica y social, en la actualidad

se atraviesa una situación paradigmática que pesa sobre el perfil del egresado, ya que no logra superarse el dilema de asignarle carácter científico únicamente a lo clínico-biológico. Esta tensión impide la articulación de distintos saberes, restringe la comprensión y la acción coordinada e interdisciplinaria frente a la problemática del déficit en la comunicación en medicina, y queda expuesta en diversos programas y proyectos de innovación que terminan presentándose como obstáculo y no llegan a concretarse.

El panorama es complejo ya que, la generación de profesionales formados en el paradigma biomédico se muestra reticente a las innovaciones pedagógicas y los cambios curriculares que incluyan modelos integrales de atención con énfasis en la formación en comunicación (Albardonedo, 2018).

La paradoja de las ciencias médicas en nuestro tiempo es que, con el afán de conocer más al ser humano, el mismo va quedando reducido a un objeto de estudio, fragmentado por las diversas disciplinas, lo que lleva a una encrucijada al momento de abordar aspectos múltiples y complejos que conforman la realidad de los pacientes. El psiquiatra y psicoanalista francés Jean Clavreul decía: “De lo que se dice, el médico retiene exclusivamente lo que resuena en el discurso médico. Le importa poco si el enfermo tuvo su primer dolor precordial el día en que murió su hermano. ¿Qué significan esas cosas para él, sino anécdotas o indiscreción? Y aun cuando les atribuyera importancia, ¿a qué práctica lo llevaría esa constatación?” (Clavreul, 1978).

A través de la proliferación de las disciplinas se habilitan procesos de división y especialización, tratándose de categorías de organización que abarcan un campo de conocimientos sistematizados, ordenados por una lógica específica. Es por esto que, como consecuencia, se crean mundos cerrados de casilleros estancos. El objeto de cada disciplina es percibido como una cosa en sí que contiene y aísla, por lo que las relaciones con otras disciplinas no son tenidas en cuenta, salvo que involucren un beneficio para la propia (Clark, 1991).

La organización disciplinaria es tan poderosa que es capaz de influir en la organización académica y moldear el perfil de los profesionales. La medicina, aun ante la existencia de múltiples especialidades -que además están en permanente propagación-, conforma un campo unificado, estandarizado, en torno a un cuerpo de valores, normas y actitudes que la profesión

misma ha ido conformando a lo largo del tiempo y forma parte de una identidad dominante, lo que implica un límite que impide que actualmente se realicen cambios en las políticas educativas (Hernández Ferrer, 2015). De esta influencia tan fuerte y predominante deviene, por un lado, que la integración del sistema médico tienda a lograrse mediante la imposición de normas, a la vez que mantiene un alto nivel de profesionalismo. Aunque, por otro lado, este profesionalismo se ve fragmentado por su nivel de diversificación disciplinaria, afectando la implementación de aspectos innovadores de la enseñanza.

A partir de estas ideas y siguiendo a Palladino (1998), quien da cuenta del dominio de la organización interna universitaria sobre el currículum, y de los nexos que esto tiene con el sistema político, se puede dar por supuesto que en las facultades de medicina existen distintos grupos de docentes reunidos por afinidad disciplinaria que inciden en qué y cómo se enseña, lo cual también influye en el desarrollo de las prácticas profesionales. Como la advierte Furlán (1993), no se trata simplemente de una división del trabajo dentro del ámbito académico, sino de fenómenos que se encuentran presentes en distintos ámbitos de la vida social e influyen en la construcción y la transmisión de los saberes universitarios.

Particularmente, en las carreras de medicina predomina un estilo tradicionalista con una función homogeneizante y selectiva en términos negativos, que se despliega a través de la transmisión de determinados conocimientos, entre los que predominan los saberes conceptuales. Esto termina generando una cultura propia que influye sobre las interacciones, los contenidos y las orientaciones de los aprendizajes (Becher, 1993). En este marco, se dificulta cualquier tipo de negociación que permita la introducción de modificaciones en las políticas universitarias.

Dado este contexto, cabe indagar en torno a otras dimensiones que determinan la formulación y modificación de proyectos educativos. En este sentido, uno de los factores más importantes es considerar que se trata de un proceso que se enmarca en uno más amplio, el de la gestión educativa, que se inscribe dentro de una estructura de poder (Chaves, 1993). Esto quiere decir que, indudablemente, estará vinculado con acciones políticas.

Actualmente, el poder de la medicina continúa sosteniéndose en el reduccionismo biologicista, que trata a grupos enteros como homogéneos (Becher, 1993). Mediante una simplificación excesiva de un tema complejo, se da lugar a la cosificación del objeto de estudio,

dejando de lado la subjetividad, anulando el lugar de la historia, disciplinando la mirada, anestesiando la sensibilidad. En términos específicos, es preciso mencionar a la biomedicina y los efectos que genera la misma en conjunto con la euforia tecnológica (Sousa Santos, 2007). Aquí nos encontramos con la peor cara de la atención en salud de nuestra época que se caracteriza por el abuso de la tecnología, el encarnizamiento terapéutico y la atomización de la medicina.

En definitiva, de lo que se intenta dar cuenta es que la fragmentación disciplinaria conduce a una profundización del reduccionismo en medicina, teniendo como efecto fundamental la producción de procesos deshumanizantes.

Tercer nivel de integración

En este bloque se trabaja con conceptos correspondientes a los siguientes Seminarios:

La universidad en el contexto político, social y económico

Problemas contemporáneos de la educación universitaria

Enseñanza, formación y práctica docente

Contrarreforma, neoliberalismo y obstáculos para el cambio

El movimiento iniciado en Córdoba a principios del siglo pasado desembocó en lo que se conoce como la Reforma Universitaria de 1918. Este estallido puede considerarse la primera confrontación entre una sociedad que comenzaba a experimentar cambios en su composición interna y una universidad enquistada en esquemas obsoletos. Los reclamos, en principio vinculados a una reorganización institucional que garantizara la eficacia y la renovación docente, pronto se enlazaron con lo político, lo social y lo económico, en un país y una región que iniciaba el arduo y complejo camino para construir una nueva sociedad.

Podemos afirmar que la Reforma Universitaria de 1918 ha constituido la irrupción de un nuevo modelo epistémico al adoptar una posición antidogmática y crítica ante el gran desafío de los avances del conocimiento, lo que otorgó la posibilidad de un proyecto universitario con anclaje en el seno de la sociedad (Orler, 2019). Los principios centrales fueron la autonomía universitaria y el cogobierno, cuyo sostén y fundamento remiten justamente a la función social de la universidad y el derecho a la educación superior.

Ciento cuatro años después, el sistema universitario de nuestro país y probablemente de toda América Latina, se desenvuelve con dinámicas neoliberales muy lejanas a aquellos principios reformistas. La globalización y el neoliberalismo se imponen en casi todo el mundo y Argentina no es la excepción. A mediados de los '90 surgen organismos reguladores nacionales e internacionales y organismos intermedios que se encuentran articulados con el Banco Mundial. Esto derivó en la promulgación de la Ley de Educación Superior en el año

1995. De esta manera, nace apresuradamente la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) con funciones de coordinar, evaluar, acreditar carreras de grado y posgrado, y opinar sobre la creación de nuevas instituciones. Se trata de un organismo de gobierno que, como lo dice su nombre, evalúa y acredita.

De este modo, esta institución moldea el perfil y el carácter de las universidades, en particular, y del sistema, en general. La misma recibe influencia del poder político y está asociada al Ministerio de Educación de la Nación. Sin embargo, en el momento de su creación no logró expresar los intereses de la universidad y la sociedad, y se cree que solo fue correa de transmisión del Estado, en una relación particular con el poder hegemónico.

Algunos autores, como López Segrera (2006), consideran que se trató de una verdadera ‘contrarreforma’ disfrazada de mejoramiento de la calidad de la educación superior y activación de mecanismos de competencia. En cambio, implicó la alteración y deformación de las universidades, sin propiciar reformas que pudiesen cumplir su misión ante los cambios vertiginosos de la sociedad del conocimiento.

Podemos sostener que esta ha sido la traducción de las políticas neoliberales impuestas en toda Latinoamérica al ámbito de la educación superior, integrando reforma del Estado, privatizaciones y ajuste del gasto público con una reducción gradual, pero continua y significativa, de las asignaciones presupuestarias para la educación superior (Gentili, 2001).

Los avances en contra de la autonomía y el cogobierno universitarios producidos en la década de los ‘90 constituyeron la imposición de una concepción de universidad pensada para el mercado, bajo nociones instrumentalistas que la postularon como mera proveedora de mano de obra calificada al mercado de trabajo, por un lado, y reduccionistas y de construcción de roles estereotipados, por el otro, que significaron la estandarización y la imposición de modelos pensados para y desde los países centrales (Araujo, 2003).

Todo lo recién mencionado en el ámbito nacional tuvo sus efectos en la confección y aplicación del currículum médico. Las facultades tradicionales de medicina alargaron sus programas y carreras como forma de resolver problemas y cuestiones de relaciones entre grupos académicos, lo que se transformó en un obstáculo que afecta la forma de aprender y de ejercer la profesión médica más tarde (Puiggrós, 1993). En la actualidad, la enseñanza de la

medicina es predominantemente teórica y asistencialista. El médico recién egresado debe completar su formación práctica en los posgrados. En ellos adquieren la práctica para ejercer la profesión médica, pero se reafirma el perfil reduccionista y la tendencia a la superespecialización (Borrell Bentz, 2005).

Por lo expuesto, es posible afirmar que la inclusión de la comunicación como contenido en la formación de profesionales de la medicina está muy limitada por el paradigma biomédico y utilitarista. Es por eso que el mismo representa una verdadera dificultad para modificar el currículum, propiciar cambios e innovaciones, y establecer la comunicación como contenido en los planes de estudio, asignaturas y distintas áreas de cursado, lo que configura una problemática a ser abordada crítica e interdisciplinariamente.

Formación tecnocientífica vs. humanismo

Es importante también considerar de qué modo el contexto actual, dominado por la expansión de la lógica económica y los postulados del neoliberalismo global, deriva en exigencias de productividad, eficiencia y rentabilidad sobre las prácticas de saber, volviéndolas funcionales al poder político y económico. En otras palabras, podemos decir que el perfil asistencialista de los médicos resulta consecuente a ese poder hegemónico, enfocándose en el consumo activo de fármacos y la utilización progresiva de innovaciones tecnológicas.

Si además consideramos que más del cincuenta por ciento de la atención médica en Argentina se desarrolla en el marco de una medicina corporativa, podemos ver cómo la salud va quedando en manos del mercado. De este modo, la persona enferma pasa a ser usuario/cliente/consumidor de los servicios de salud. Frente a cambio de estatuto, se padece un progresivo proceso de deshumanización que puede resultar en una alta vulnerabilidad psíquica y somática, degradando la calidad de vida.

Las dificultades para formular alternativas en las ciencias en un marco de primacía del mercado se basan, en gran medida, en que el neoliberalismo se discute como una teoría económica, cuando debería ser comprendido como un discurso hegemónico que influye modelando los supuestos y valores de la vida moderna (Lander, 2016). En términos financieros, las principales demandas de los organismos internacionales son la privatización de los servicios

públicos, la liberalización de los precios de los productos básicos, la apertura a inversiones extranjeras, la libertad desregulada de comercio y el control de los derechos de propiedad intelectual por entidades transnacionales. Pero estas mismas condiciones son y serán también determinantes para la cultura, la identidad, la calidad de vida de las personas y el ambiente de cada país, transgrediendo la soberanía y los derechos de autodeterminación y autodesarrollo. Esta es una situación que provoca daños y va contra la aclamada calidad de vida que deriva de los postulados de los derechos humanos.

Dentro de esta cultura global emergente se establece, en materia de salud, que la única medicina válida impone, entre otras cosas, una sofisticación de los medios de diagnóstico y métodos de tratamientos, que elevan constantemente el costo para el paciente. La medicina actual, tecnocientífica, se convierte en tecnocrática, responde a una expresión política, económica y social, en tanto su saber es reconocido e indiscutido a nivel mundial. Tal como lo afirma Hui (2020), entonces, la globalización se puede entender como “(...) la creación de un sistema mundial cuya estabilidad depende de la hegemonía económica y tecnocientífica” (Hui, 2020).

El brote epidémico global de coronavirus vino a confirmar el enorme poder de la cultura monotecnológica que produjo una respuesta regresiva hacia la radicalización del reduccionismo biologicista. Esta situación, de hecho, compromete la salud de millones de personas en el planeta.

La globalización de los consumos culturales, de los hábitos, de los patrones y modelos de conducta se ha instalado de manera brutal e indiscriminada produciendo una relativa homogeneización de las conductas, lo que incluye la manera de interactuar de los médicos, por encima de los rasgos y particularidades regionales. Esto conduce a la tendencia a despersonalizar la práctica médica. De hecho, podríamos aseverar que la globalización tiene como consecuencia la deshumanización de la persona por causa de su sometimiento a una fórmula universal uniformadora, hiperburocratizada y controlada.

De este poderoso contexto no están excluidas las instituciones universitarias. En su necesidad de cubrir los costos que el Estado ya no provee, la universidad se ve obligada a ceder cada vez más a las exigencias del mercado, lo que hace que este incida en los planes de estudios en los que se busca la formación de individuos disciplinados y acríticos (Palermo, 2017).

La universidad surgió como una de las instituciones encauzadas a crear conocimiento sobre bases sólidas, acentuar los valores humanos y desarrollar la cultura para el bienestar de las personas. Esa visión humanista de privilegiar al conocimiento como una herramienta generadora de bienestar y calidad de vida de las personas es uno de los principios constitutivos de la universidad que ahora está en jaque. Los jóvenes universitarios demuestran no tener un elevado compromiso social, no se identifican con las instituciones políticas, ni con las costumbres de la sociedad actual. Más aún, la tendencia individualista de los estudiantes contemporáneos es un asunto directamente relacionado con la formación universitaria (Beck y Beck-Gernsheim, 2003).

En este marco, se hace necesario reconsiderar el rol que están desarrollando las instituciones formadoras de médicos. Sin embargo, se hace difícil pensar en la posibilidad de revisar las modalidades de enseñanza instituidas y en realizar modificaciones curriculares innovadoras, superadoras del individualismo acrítico y con acento en la empatía, la comunicación y la subjetividad.

La salud hoy no se concibe como parte integrante del desarrollo porque el acento está puesto en el tratamiento de las enfermedades, y se erige como un negocio más, regulado por el mercado, que no deja lugar para el humanismo, perfil que identificó a los médicos durante milenios. La idea de humanismo médico ya es expresada en el siglo IV a. C. por Hipócrates, pero actualmente se ha perdido esta imagen siendo considerados los médicos como simples técnicos, deseosos de reconocimiento económico y social, abrazados a un modelo racional científicista y lejos de la sensibilidad humana (Mainetti, 1992).

Es evidente que el ser humano no es meramente una máquina, ni la enfermedad una rotura o una falla. Del mismo modo, se puede decir que la medicina no es solo una ciencia, sino que, como dice Edmund Pellegrino, “(...) es la más científica de las artes, la más artística de las humanidades y la más humanista de las ciencias” (1993), lo que le otorga una condición propia y diferente a las demás disciplinas.

El humanismo médico debe entenderse como el conjunto de valores, actitudes y prácticas que dan lugar a considerar al paciente como un semejante que sufre y solicita alivio, cuyas características más destacadas son el respeto, la empatía, la autenticidad, la compasión,

la integridad y la comunicación, para comprender y ayudar de la mejor manera (Viniegra, 2000). En cambio, la deshumanización de la medicina trata al paciente como un objeto, relegando sus dimensiones personales, evitando todo tipo de manifestaciones expresivas y emocionales. Estas situaciones se presentan en el marco de un sistema que exige productividad, eficiencia y rentabilidad, como se ha descrito anteriormente, generando un espacio de atención degradante de la condición humana, en condiciones que tienden a perpetuarse (Viniegra, 2005).

Hacia el rescate de la palabra

Con los avances de la medicina, la ciencia y la técnica se han desarrollado enormes posibilidades de intervención, cada vez más localizadas y fraccionadas. La función de la tecnología es mediar entre el médico y el paciente, pero no vincula. En este mismo sentido, otorga poder, pero quita sensibilidad. Por consiguiente, este fenómeno desvirtúa el tratamiento de la integridad humana y genera continuos debates sobre la conveniencia y los límites de dichas formas de intervención.

Lo notable es que entre tanta abundancia y sobreoferta de especialidades el paciente llega a creer que cuanto más estudios y exámenes médicos le soliciten, mejor está siendo atendido. Y en este proceso es donde se torna habitual que el paciente quede a la espera de la información, acepte tácitamente el silencio, e incluso pida disculpas por preguntar.

Si bien informar es dar una noticia, avisar, anunciar, en general, en medicina se refiere a la transmisión de datos o las características de un diagnóstico o de un tratamiento. Pero no es suficiente con que exista una fuente emisora de datos sin considerar a la persona que los recibe. Además, lo que se transmite a partir de la relación médico-paciente no se trata solo de datos, tampoco se transmite linealmente, porque esta situación se ve afectada por factores psicosociales diversos que la modifican. Aquí, informar y comunicar pueden ser considerados como conceptos complementarios (Vidal y Benito, 2010), pero el tiempo que se requiere para el procesamiento de la información que el médico brinda está en relación con la cantidad y la magnitud de la misma, en el sentido de que configura parte del impacto que ocasiona en el paciente. En un contexto de acentuación de lo tecnocientífico, que considera al paciente como

un objeto mensurable y manipulable, cabe preguntarse por el lugar de la subjetividad, por el valor de la palabra.

Claramente, los médicos están entrenados para resolver situaciones críticas que requieren una posición activa. La medicina actual dejó de tomar en cuenta el tiempo de las personas y se asemeja a una medicina de urgencias donde el apuro del médico conspira contra la palabra. Este factor se agrava porque no se les enseña cómo comunicar los aspectos negativos del diagnóstico de una enfermedad o los efectos dolorosos y secundarios de algunos tratamientos, lo que puede llevar a producir un daño injustificado en los pacientes.

Gran parte de las tensiones que atraviesa la formación de los médicos está dada por el establecimiento de la distancia y la naturalización del poder en la construcción del profesionalismo. Al respecto, Ivonne Bordelois (2009) advierte que los estudiantes de medicina aprenden cinco mil palabras nuevas solamente en el primer año de su carrera y esta masividad de vocabulario no fortalece su conciencia profesional, sino que actúa como una pared, separándolos de la sociedad por el poder que les da el manejo de un dialecto cerrado. De hecho, la asimetría es un rasgo característico de la práctica médica y de la relación con el paciente y la sociedad.

En la actualidad, las perspectivas comunicacionales ya no se consideran una habilidad innata y, si bien pueden estar incorporadas formal y específicamente al currículum, se hace necesario que se trabaje adecuadamente en la implementación del proceso formativo (Petra-Micu, 2012). Pero hoy vivimos en una sociedad envuelta por una racionalidad consumista que pondera la imagen y termina devaluando el lenguaje. Y lo que es indudable en este contexto globalizado, hiperconectado y cruzado por redes sociales, es que estamos atrapados en la paradoja de la incomunicación.

Como consecuencia de la digitalización se produce una hipercomunicación que nos permite estar cada vez más interconectados, pero la interconexión no trae necesariamente consigo más vinculación ni más cercanía. Incluso las redes sociales acaban con la dimensión social al poner el ego en el centro. Es decir que, a pesar de la hipercomunicación, la soledad y el aislamiento aumentan en nuestras sociedades, con el agravante de que la palabra se ha visto devaluada.

La era actual, como resultado de la racionalidad que la fue envolviendo, terminó devaluando la palabra en términos empáticos. Esta ruptura con la palabra hace que las imágenes se alcen con más fuerza, mientras que la primera pierde no solo su sentido comunicativo, sino que puede contradecirse, afirmar o negar cualquier cosa o decir lo que el oyente necesita escuchar (Gamper, 2019).

En este marco, la interlocución se reduce a su mínima expresión, la vincularidad se vuelve inestable y la capacidad de simbolizar se reduce (Khol, 2011), lo que transforma en un gran desafío rescatar la palabra en el territorio médico e introducir los cambios necesarios para que la comunicación en la medicina esté en favor de la promoción de salud y de elevar la calidad de vida de los pacientes. Las cuestiones mencionadas no solamente han puesto en riesgo la relación médico-paciente y entre profesionales de la salud, sino que además han dejado a los médicos aislados, expuestos a la baja satisfacción laboral, el estrés y el deterioro. Es bien conocido que la ausencia de competencias comunicacionales dificulta el manejo del compromiso, la tolerancia y la aproximación adecuada a los pacientes (Gatto, 2017).

Hoy la palabra médica habla del paciente, pero el paciente no está contenido en el discurso médico que habla de él. La humanización de la medicina requiere de una comunicación fortalecida, donde el centro sea la relación médico-paciente y el eje sea la palabra. La palabra en todas sus dimensiones: la palabra para escuchar, la palabra para explicar, guiar, orientar; para dar confianza y seguridad. La palabra que permita la adecuación, la planificación, y que dé lugar a preguntar y expresarse. La palabra que contenga y dé sostén.

No es posible pensar en una medicina de calidad que no se construya a partir de la recuperación del valor de la palabra. El rasgo esencial de la relación médico-paciente es la comunicación donde se posibilite el diálogo con los aportes de ambas partes. Por eso la preocupación por una medicina esencialmente humana pasa fundamentalmente por esforzarse para buscar el bienestar del paciente, por recuperar la confianza y la comunicación, siendo la palabra la unidad elemental de las mismas.

Una medicina basada en la comunicación valora a cada paciente en su individualidad, en su subjetividad, lo que se presenta como un instrumento muy importante para complementar el peso de la medicina biologicista que pone el acento en el órgano y en la objetividad, y desdibuja la persona.

Muchas veces, el sufrimiento del paciente provocado por las implicancias o la gravedad del diagnóstico se ve potenciado por la etiología de la incomunicación o de la iatrogenia de la palabra (Zurita, 2017). La palabra se considera el instrumento principal en la comunicación en medicina, ya que ejerce una gran influencia sobre la persona que consulta; además, es una potente herramienta terapéutica que se desaprovecha por desconocimiento.

Conclusiones

Este trabajo parte de la selección de la temática de la comunicación en medicina como temática, motivada por distintas vivencias de carácter negativo que advertí en muchos pacientes en el desempeño de mi profesión, derivadas de la relación que se establece con los médicos.

En relación con estas observaciones que se reiteran tanto en el ámbito público como privado, se pudo constatar que esto no solo repercute en sus estados de ánimo y su calidad de vida, sino también en el tipo de sistema de salud que emerge como resultado y, particularmente, en los modelos de atención.

Alrededor de estos efectos es que surge la necesidad de problematizar, intentar comprender y reflexionar sobre las circunstancias intrínsecas y las tensiones vigentes que resultan significativas sobre la comunicación médico-paciente.

A partir del itinerario de integración propuesto inicialmente, se han podido identificar y utilizar distintos enfoques para tratar de comprender las múltiples dimensiones que convergen e inciden sobre la cuestión de la incorporación de la comunicación como contenido curricular en la formación médica. En ese mismo marco, se acompañó el análisis con el desarrollo de una mirada crítica que permitió arribar a partes de reflexiones y pensamientos que constituyen las conclusiones finales.

Los ejes propuestos e interrelacionados en este trabajo ponen de manifiesto los condicionamientos existentes en la actualidad para la inclusión de las habilidades comunicacionales en el currículum de la formación médica. Como se ha advertido, la misma está atravesada por diferentes variables y niveles de complejidad que deben tenerse en cuenta al momento de elaborar estrategias para su implementación efectiva.

Lo señalado en los distintos bloques de interrelación permite advertir la infravaloración de la formación en comunicación en medicina, al mismo tiempo que da cuenta de la existencia de ciertos posicionamientos que usualmente permanecen silenciados y no son parte de la agenda institucional.

Si bien está comprobado que en el entorno de la salud-enfermedad el déficit de habilidades en comunicación en los médicos deriva en un trato distante, despersonalizado, falto de empatía, lo que anula la posibilidad de interacción y afecta directamente el estado de ánimo de los pacientes y su calidad de vida, visualizar en un futuro próximo la implementación de los cambios necesarios se torna realmente difícil debido a la incidencia de asimetrías y exclusiones que caracterizaron históricamente los vínculos entre médicos y pacientes.

Los enfoques planteados permiten, además, reflexionar sobre los diversos aspectos implicados, como el condicionamiento del currículum en las carreras de medicina, la formación biologicista y acrítica de los médicos, la fragmentación disciplinaria, el dominio científico-tecnológico orientado por las premisas del mercado, entre otros.

En este contexto, la palabra se ve depreciada, y su consideración como recurso se encuentra envuelta en un escenario en el que las políticas educativas se pretenden mundialmente estandarizadas. En consecuencia, se despliegan tensiones que inciden negativamente en que se legitime académicamente la incorporación efectiva de la comunicación en la formación médica.

A través del rumbo trazado se habilitaría un posible análisis crítico sobre las relaciones de poder en juego, la dinámica hegemónica y, en definitiva, la legitimación cultural existente de la autoridad médica, con las consecuencias negativas que todo esto conlleva tanto para los pacientes, como para los médicos y la sociedad toda. Es necesario, en este sentido, un abordaje interdisciplinario y crítico, que considere los efectos del avance del neoliberalismo y la globalización sobre la educación superior.

A través del presente trabajo se busca visibilizar una problemática de carácter complejo e incentivar el desarrollo de nuevos aportes en la intersección que se produce entre la educación superior, la formación médica y la comunicación.

Finalmente, considero fundamentales las tareas de visibilización, promoción e implementación del aprendizaje de la competencia comunicacional entendida como actitudes, habilidades y destrezas, a ser incorporadas a lo largo de todos los ciclos de la carrera de medicina. Pero esta incorporación no sería meramente una estrategia de pasos a seguir, sino un

punto de partida que implique un tratamiento crítico que haga posible internalizar lo comunicacional en el campo de la medicina.

Este es un desafío ineludible de la docencia universitaria para comprender la dinámica de la interacción en salud y la valorización de la palabra, lo que constituye sin dudas el camino necesario para recuperar la humanización de la medicina.

Interrelación bibliográfica y documental

- **Primer nivel de integración**

- Albardonado, M. V. (2019). *La inclusión de la comunicación como contenido curricular en la formación médica de la Universidad Nacional del Comahue*. (Tesis de Maestría).

Universidad Nacional de Quilmes. Disponible en:

<https://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/1299>

- Anijovich, R. (2004). *Una introducción a la enseñanza para la diversidad. El trabajo en aulas heterogéneas*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires

- Ausubel, D. P. (1976). *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. Ed. Trillas. México

- Ausubel, D. P. (2002). *Adquisición y retención del conocimiento. Una perspectiva cognitiva*. Ed. Paidós. Barcelona

-Borrell Bentz M. R. (2005). *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. 1ra. ed. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires

- Bourdieu, P. (1970). La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza. Citado en de Alba, A. (1998). *Curriculum: Crisis, mito y perspectivas*. Miño y Dávila editores. Buenos Aires

- Cervera M, Segura J, Rallo R, Bellver A. (1998). *Entornos virtuales de enseñanza aprendizaje: El proyecto GET. Cuadernos de documentación multimedia*. [Revista Online][acceso septiembre de 2022] Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CDMU/article/view/59135>

- Coll, C. (2014). *El sentido del aprendizaje hoy: un reto para la innovación educativa*. Aula de Innovación Educativa. Recuperado en agosto 2022, de:

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65763/1/642900.pdf>

- de Alba, A. (1998). *Curriculum: Crisis, mito y perspectivas*. Miño y Dávila editores. Buenos Aires

- Díaz Barriga, A. (2005). *El docente y los programas escolares*. Ed. Pomares. Barcelona

- Díaz Barriga, A. y Hernández Rojas, G. (2002). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo*. Editorial McGraw Hill. México

- Esteva, P., Ormart, E. (2010). *Curriculum oculto en contextos universitarios: análisis centrado en la transmisión implícita de valores*. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación. Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires

- Flórez R, Arias N, Moreno Angarita M. (2011). *Cambios en la lectura y la escritura de universitarios con el curso "Comunicación oral y escrita"*. Rev. Fac. Med. 2011;59(4):319-30. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v59n4/v59n4a04.pdf>

- Gatto, M. (2017). *Pensar el cáncer. Consideraciones desde la psicooncología*. Letra Viva. Buenos Aires

- Giannattasio, S. (2010). *Los diseños curriculares. En La lupa sobre la educación superior*. (Pág. 20:22). Ed. de la DGCE de la Pcia. de Bs.As.

- Gimeno Sacristán, J. (2007). *El currículum: Una reflexión sobre la práctica*. Ed. Morata. Madrid

- Gómez, M. T. (2002). *Hacia una conceptualización de la educación por competencias*. Documento de apoyo docente, Ficha N°6. Universidad Tecnológica Nacional

- 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

- Johnson D, Johnson R. (2000). *Aprender Juntos y Solos: Aprendizaje Cooperativo, Competitivo e Individualista*. Aique Grupo Editor. Buenos Aires

- Lucarelli, E. (2001). *La didáctica de nivel superior*. UBA. OPFyL. Buenos Aires

- Moreira, M. A. (2004). *Aprendizaje significativo: interacción personal, progresividad y lenguaje*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Burgos. España

- OMS. (1989). *Declaración de Edimburgo*. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/202245>

- Ortiz Fonseca, M. (2017). *El nuevo trívium en la formación médica más allá de la comunicación médico-paciente*. Revista Médica Superior, Vol. 31, Núm.4. Universidad del Rosario. Bogotá

- Pérez Gómez, A. (2006). *A favor de la escuela educativa en la sociedad de la información y de la perplejidad*. En Gimeno Sacristán, J. (comp.). *La reforma necesaria: entre la política educativa y la práctica escolar*. Ed. Morata. Gobierno de Cantabria. Madrid. Págs. 95-108

- Pérez Lindo, A. (2009). *Filosofía y teoría de la educación*. Ed. Biblos. Buenos Aires

- Schwartzmann, L., Gatto, M. (2017). Panel: *Educación y formación en psicología médica*. VII Congreso Regional de la Sociedad Uruguaya de Psicología Médica. Sociedad Uruguaya de Psicología Médica. Montevideo, Uruguay

- Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. (1993). *Comunicación médico-paciente: el informe del consenso de Toronto*. BMJ (ed esp); 8:40-5

- Torres Muñoz, A. (2001). *Las técnicas de grupo en la educación superior*. Ciencia e ingeniería neogranadina, N° 10. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá

- Vidal y Benito M. (2010). *La relación médico paciente. Bases para una comunicación a medida*. Lugar Editorial. Buenos Aires

- Vygotsky, L.S. (1996). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Grijalbo. Barcelona

- **Segundo nivel de integración**

- Bachelard, G. (2004). *La Formación del Espíritu Científico*. Vigésimoquinta edición en castellano. Siglo XXI editores. México

- Becher, T. (1993). *Las disciplinas y la identidad de los académicos*. Pensamiento universitario, N°1, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires

- Clark, B. (1991). *El sistema de educación superior. Una visión comparativa de la organización académica*. Nueva Imagen. México

- Clavreul, J. (1978). *El orden médico*. Ed. Argot. Barcelona

- Chaves, P. (1993). *Metodología para la formulación y evaluación de recursos humanos en gerencia educativa*. Cinterplan. Caracas

- Correa Uribe, S. (2002). *La flexibilidad curricular*. Biblioteca electrónica. Universidad de Antioquía. Recuperado en agosto 2022, de:

http://www.puj.edu.co/vice/academica/documentos/doc%20jir%20xxi/flexibilidad_scorrea.doc

- Coscarelli, M. R. (2013). *Perspectivas de las innovaciones educativas. en docentes para docentes. Experiencias innovadoras en ciencias naturales en la escuela pública*. Ed. El colectivo. Buenos Aires

- Davini, M. C. (2008). *Método de enseñanza didáctica general para maestros y profesores. Capítulo 5: métodos para la acción práctica en distintos contextos*. Editorial Santillana. Buenos Aires

- Furlán, A. (1993). *¿El currículum, la universidad y el siglo XXI?* En: de Alba. A. *El currículum universitario de cara al nuevo milenio*. UNAM. México

- Gatto, M. (2017). *Pensar el cáncer. Consideraciones desde la psicooncología*. Letra Viva. Buenos Aires

- Gil Deza, E. (2018). *Del cáncer y sus demonios. Un mapa de la esperanza*. Autoría Editorial. Buenos Aires

- Hernández Ferrer, E. (2015). *Las culturas disciplinares como límite de las políticas educativas*. Revista *Identidades*. Nro. 9, año 5. Disponible en: <https://iidentidadess.files.wordpress.com/2015/07/01-identidades-9-5-2015-hernandez-ferrer.pdf>

- Klimovsky, G. (1997). *Las desventuras del conocimiento científico. Una introducción a la epistemología*. A-Z Editora. Buenos Aires

- Litwin, E. (2008). *El oficio en acción: construir actividades, seleccionar casos, plantear problemas*. En “El oficio de enseñar”. Paidós Educador. Buenos Aires

- Lucarelli, E. (2004). *La innovación en la enseñanza ¿Caminos posibles hacia la transformación de la Universidad?* Ponencia en 3ras. Jornadas de innovación pedagógica en el aula universitaria. Universidad Nacional del Sur

- Nizama-Valladolid, M. (2002). *Humanismo Médico*. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. Vol. 15. No.1. Perú

- Palladino, E. (1998). *Diseños curriculares y calidad educativa*. Espacio Editorial. Buenos Aires

- Petra, I. (2012). *La enseñanza de la comunicación en medicina*. Investigación en educación médica, 1(4), 218-224. <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-pdf-X200750571242735>

- Prieto Castillo, D. (2019). *La Enseñanza en la Universidad Especialidad en Docencia*.

Recuperado de:

https://campusvirtual.uazuay.edu.ec/v214/pluginfile.php/63466/mod_resource/content/1/Unidad%201.pdf

- Salinas, D. (1997). *Curriculum racionalidad y discurso didáctico*. En apuntes y aportes para la gestión curricular. Margarita Poggi (compiladora). Editorial Kapelusz. Buenos Aires

- Souza Santos, B. (2007). *La universidad en el Siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipadora de la universidad*. Plural Editores. La Paz

- Tasat, J. (2019). *La educación negada. Aportes desde un pensamiento americano*. Prometeo. Buenos Aires

- Vidal y Benito M. (2010). *La relación médico paciente. Bases para una comunicación a medida*. Lugar Editorial. Buenos Aires

- Vitar, A. Zibas, D. et al (2006). *Gestión de innovaciones en la escuela secundaria*. Livro. Oei. Fundación Carlos Chagas. Brasilia

- **Tercer nivel de integración**

- Araujo, S. (2003). *Universidad, investigación e incentivos*. Ediciones Al Margen. La Plata

- Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (2003). *La individualización: el individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona

- Bordelois, I. (2009). *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras*. Libros del Zorzal. Buenos Aires

- Borrell Bentz M. R. (2005). *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. 1ra. ed. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires

- Gamper, D. (2019). *Las mejores palabras*. Editorial Anagrama. Madrid

- Gatto, M. (2017). *Pensar el cáncer. Consideraciones desde la psicooncología*. Letra Viva. Buenos Aires

- Gentili, P. (2001). *Universidades na penumbra: realismo e reestruturação universitária*. Cortez. São Paulo

- Hui, Y. (2020). *Fragmentar el futuro. Ensayos sobre tecnodiversidad*. Caja Negra. Buenos Aires

- Khol, A. (2011). *Proyecciones sanitarias. La salud mental en la era del neobarroco*. Ed. Dunken. Buenos Aires

- Lander E. (2016). *La colonialidad del saber. Eurocentrismo y Ciencias sociales*. Ciccus Ediciones. Buenos Aires

- López Segrera, F. (2006). *Notas para un estudio comparado de la educación superior a nivel mundial. Escenarios mundiales de la educación superior. Análisis global y estudio de casos*. CLACSO. Buenos Aires

- Mainetti, J. (1992). *La transformación de la medicina*. Ed. Quirón. La Plata

- Oler, J. (2019). *Profundizar la Reforma Universitaria en el siglo XXI*. Revista Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Nro. Extraordinario IV. UNLP

- Palermo, Z. (2017). *Des/decolonizar la universidad*. Ed. Desprendimiento. Buenos Aires

- Pellegrino, E. (1993) *Thomasmia DC. The virtues in Medical Practice*. Oxford University Press. New York

- Petra-Micu, I. (2012). *La enseñanza de la comunicación en medicina*. Rev. Investigación en Educación Médica (1(4):218-224). México

- Puiggrós, A. (1993). *Universidad, proyecto generacional y el imaginario pedagógico*. Paidós. Buenos Aires

- Sala, V. (2000). *Globalización y cáncer de mama*. En: *Psico-socio-Oncología*. Ed. Datavisión. Buenos Aires

- Salud en Argentina. (s.f.). En Wikipedia. Recuperado el 6 de noviembre de 2020 de https://es.wikipedia.org/wiki/Salud_en_Argentina

- Vidal y Benito M. (2010). *La relación médico paciente. Bases para una comunicación a medida*. Lugar Editorial. Buenos Aires

- Viniegra, L. (2000). *La investigación en la educación. Papel de la teoría y la observación*. Instituto Mexicano del Seguro Social. México

- Viniegra, L. (2005). *El desafío de la educación en el IMSS: Cómo constituirse en la avanzada de la superación institucional*. Revista médica del IMSS, Vol 43, Nro. 4. México

- Zurita, M. (2017), *Diez cosas a tener en cuenta para una buena interconsulta*. Revista Clepios de profesionales de salud mental. Volumen XXIII, N 2 86-86. Buenos Aires