

3.1 Comunicación en la formación médica: ¿Necesidad o moda? Un estudio de caso desde la perspectiva del análisis crítico del discurso (ACD).⁴⁰

Valeria Albardonedo

Universidad Nacional del Comahue (UNCo), Facultades de Ciencias Médicas (FACIMED) y
de Derecho y Ciencias Sociales (FADECS), Argentina
enialbardonedo@yahoo.com

Resumen. La inclusión curricular de la comunicación en las carreras de medicina viene consolidándose en las dos últimas décadas como un tema de relevancia para las políticas de educación superior tanto en países de Europa como en Latinoamérica. Las propuestas político-institucionales y consecuentemente el proyecto curricular que se tomará como caso, presentan concepciones de comunicación diversas que se fundamentan en argumentos aún poco advertidos, discutidos y develados. El trabajo que se presenta tiene como principales objetivos: Examinar a través del ACD los discursos que fundamentan la incorporación de la comunicación en la carrera de medicina de la Universidad Nacional del Comahue en el marco de las reformas en educación superior en Argentina; Caracterizar las concepciones de comunicación que circulan a nivel político e institucional; 3. Caracterizar el modelo de formación médica que surge asociado a esas concepciones. Se trabajará sobre un *corpus* de textos, a través de categorías de análisis. El ACD resulta apropiado para discutir la circulación de las prácticas discursivas en el ámbito aludido ya que centra el interés en la dimensión constructiva del discurso, a partir de la cual puede advertirse como se generan y establecen saberes.

Palabras Clave: discursos; análisis crítico del discurso; comunicación y salud; formación médica.

Introducción: contexto, debates y un caso ilustrativo

La jerarquización de la comunicación en la formación médica de grado se inscribe en un proceso de revisión y debate curricular sobre el campo, que se viene produciendo tanto en

⁴⁰. Este artículo fue presentado y publicado en las Memorias del Grupo Temático 5 Comunicación y Salud del XII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), Lima-Perú, 2014 y en Petracci, M. (2015). *La salud en la trama comunicacional contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo.

Latinoamérica como en Europa, desde mediados de la década de los 90. En este marco, adquiere relevancia el enfoque de formación por competencias, que surge en contextos de reforma educativa. Una propuesta que prioriza los 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. El enfoque comprende a la competencia como una capacidad integral para dominar situaciones complejas que se identifica y evalúa en términos de efectividad. Facilita además, el vínculo entre el mercado laboral y la educación ya que las competencias se establecen teniendo en cuenta la interacción del futuro profesional en escenarios laborales diversos (Bolívar *et al*, 2006; Moreno Olivos, 2009).

En Argentina particularmente, la referencia al enfoque por competencias comienza a tener mayor incidencia en los debates sobre política universitaria a partir de la sanción de la Ley 24.521 de Educación Superior (LES)⁴¹. (Bassans, 2010). La ley estableció una norma especial para los planes de estudio de carreras correspondientes 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”. La norma expresa la necesidad de fijar contenidos curriculares básicos, criterios de intensidad para la formación, además de la acreditación y evaluación periódica de las carreras a través de organismos creados para tal fin. (artículo 43, LES. 1995). En función de la demanda establecida por la ley, comienza a funcionar en 1996 la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU). En la actualidad, la comisión continúa llevando adelante los procesos de acreditación y evaluación universitaria en Argentina. Después de un largo periodo de debate, movilización, resistencia a la ley y rechazo a la modalidad reguladora de CONEAU por parte de diversos sectores de la comunidad académica del país y en el marco ya de un avance de las políticas impulsadas por la ley, surge la Resolución 1314⁴². En la misma se postulan y aprueban los contenidos curriculares básicos, la carga horaria, los criterios de intensidad de la formación práctica y los estándares para la acreditación de las carreras de medicina. De manera explícita, la resolución incorpora la comunicación en el marco de las competencias profesionales fijadas y también como parte de los contenidos básicos en dos de los ejes curriculares previstos.

⁴¹. La LES, fue sancionada durante el Gobierno del Presidente Carlos Menem y continúa vigente. Las políticas que se originaron y profundizaron durante dicho gobierno, tuvieron una marcada orientación neoliberal. Las privatizaciones y la reforma del estado fueron los ejes rectores. En materia educativa, el contenido de la LES apuntó a modificar las relaciones entre la Universidad, el Estado y la Sociedad. Bajo un paradigma que a nivel mundial gravitaba sobre la Educación Superior, la ley se centró en la jerarquización de las universidades privadas, la regulación, la evaluación y consecuentemente la injerencia del Poder Ejecutivo en la universidad pública a través de organismos de acreditación.

⁴². La resolución tomó como referencia el trabajo realizado por AFACIMERA (Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina). La entidad realizó a partir del año 2000 un profuso estudio de la situación de las carreras de medicina del país. A partir de los resultados y rondas de consultas con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), elaboró estándares de calidad potenciales para el proceso de evaluación y acreditación de las carreras de medicina de todo el país.

En el contexto del debate internacional sobre el curriculum en la academia médica al que se ha hecho referencia y durante la década en que la LES comenzó a impulsar polémicos y significativos cambios en la educación superior argentina, se crea la Carrera de Medicina en la Universidad Nacional del Comahue⁴³. Comenzó a funcionar en 1998 a partir de un plan de estudios centrado en la Atención Primaria de la Salud que se materializó en una estructura modular de tres ciclos –Biomédico, Clínico y de Síntesis-. Con una orientación explícita a la medicina general, el plan establece objetivos a los que se apunta en función del profesional que se espera formar. En la enunciación de los mismos se hace referencia a la comunicación desde conceptualizaciones disímiles.

En 2003 egresó la primera promoción, hecho que concretó el pedido de creación de la Escuela de Medicina, en lugar de lo que era, Carrera de Medicina. Durante 2005 se propone la incorporación de un ciclo más, denominado “Introdutorio”. Su incorporación y puesta en marcha se consolida a partir del año 2006; a través del mismo se garantiza el ingreso irrestricto, aboliéndose la modalidad de examen de ingreso. En 2009 se aprobó el pase a Facultad; desde entonces funciona la Facultad de Ciencias Médicas.

3.1.1 Una lectura desde el análisis crítico del discurso: la academia médica y ‘los usos’ de la comunicación

El ACD resulta apropiado para realizar una revisión crítica de los discursos que han sostenido y sostienen actualmente la propuesta y los consecuentes cambios académico –curriculares en cuestión. La perspectiva aporta los conceptos y categorías necesarias para discutir la aceptación y circulación de las prácticas discursivas en el ámbito aludido ya que parte de una comprensión del discurso que centra el interés en su dimensión constructiva, a partir de la cual puede advertirse como se generan, circulan y establecen saberes. Tal como aclara Fairclough (1992) uno de los efectos del discurso es el que contribuye a la “construcción de sistemas de conocimiento y creencias”. Por otra parte, se considera la interacción constante con el contexto de producción, lo que permite una lectura dinámica que tiene en cuenta variables histórico-políticas. En suma, el carácter dialéctico que se establece para pensar el discurso entramado en la estructura social, es lo que permite un análisis integral que contempla, pone en juego y entrecruza la matriz socio-histórica y política con el orden textual propio de la producción discursiva.

⁴³. El 15 de julio de 1971, el poder ejecutivo de la nación argentina sancionó y promulgó, la ley 19.117; a través de la que se creó la Universidad Nacional del Comahue. En 1972 comenzó el primer ciclo lectivo. La casa de estudios se encuentra ubicada geográficamente en la Patagonia Argentina y tiene sedes en las provincias de Río Negro y Neuquén.

Desde esta perspectiva, resulta pertinente realizar un análisis que contemple por un lado, la generación de un contenido “nuevo” que se reconoce como concepto propio del campo disciplinar de las ciencias sociales y humanas, en un campo académico caracterizado por el paradigma biomédico, en el que han predominado los marcos epistémicos de las ciencias exactas y naturales. Por el otro, permite enmarcar la emergencia de los contenidos aludidos en un contexto histórico y una coyuntura política particular que permita advertir las regulaciones que surgen como orden u órdenes del discurso.

Como se sabe, el discurso médico legitima su autoridad en una concepción de ciencia que privilegia la investigación y experimentación a partir de hechos observables, proceso del cual se derivan generalizaciones y leyes de carácter universal. Esta concepción configura una cadena significativa que organiza, produce y re-produce un modo público de comprender el objeto de la medicina y consecuentemente, el proceso salud – enfermedad-atención. Surgen así pares dicotómicos que delimitan la salud de la enfermedad, lo normal de lo patológico, el tratamiento médico convencional de las terapias alternativas, entre otros. En función de las representaciones citadas, el discurso médico surge como discurso autorizado ya que se reproduce mediado por la academia, donde el discurso científico circula de manera unívoca, desplegando su mayor cuota de poder. Esta dinámica asegura al discurso médico un prestigio social asumido y poco discutido por la sociedad (Sánchez, 1999). En este marco, se va configurando una práctica discursiva determinante para la construcción de un perfil profesional y un modelo médico que ha sido históricamente dominante. Un profesional al que se le confiere el poder de la ciencia y la potestad intervencionista que la misma ampara.

En la actualidad, el perfil académico del médico se halla expuesto a revisión por una coyuntura política de reformas que ha impactado en la educación superior. En la coyuntura aludida se revelan lógicas que pertenecen al dominio de la economía, el estado y el mercado; en este sentido comienzan a producirse otros discursos que enlazan fuertemente la racionalidad científica con la racionalidad económica. Los términos ‘calidad’ y ‘eficiencia’, no son ajenos a la academia médica, por el contrario, a través de las reformas curriculares, los procesos de acreditación y las instancias de auto-evaluación, se han ido naturalizando e instalando sus significados, generando así prácticas discursivas que van constituyendo un perfil profesional atento a los dictados del conjunto mercado-estado. Al respecto, Fairclough (2008) toma el caso de las universidades británicas en el contexto de los cambios que han afectado a la educación superior. Puntualmente, refiere a la constitución de un mercado de prácticas discursivas y la reestructuración del orden del discurso apoyado en el modelo del mercado.

La inclusión de la comunicación en la academia médica y concretamente el caso que se pretende analizar pueden advertirse en el seno de la disputa que presenta Fairclough, ya que también adquiere relevancia en un momento de transformaciones en la educación superior. Desde la lógica del ACD, puede comprenderse como una práctica a problematizar ya que se manifiesta en forma de textos que están siendo actualmente distribuidos y consumidos en la comunidad académica. Puede advertirse que la academia médica, está re-construyendo los sentidos –y también los significados- del concepto de comunicación en una coyuntura de innovaciones producto de las políticas reformistas.

En los procesos señalados, se encuentra entonces un terreno propicio para iniciar el tipo de análisis propuesto. Esta decisión metodológica queda aún mejor fundamentada cuando se comprende y asume que “el análisis de un discurso particular como práctica discursiva se centra en los procesos de producción, distribución y consumo del texto. Todos estos procesos son sociales y requieren referencia a la situación económica, política y social en la cual se genera el discurso (y se interpreta)”... “El objetivo central es trazar conexiones explicativas entre los modos (innovadores, normativos, etc.) en que los textos son puestos de manera conjunta e interpretados, cómo son producidos, distribuidos y consumidos en el amplio sentido, y la naturaleza de la práctica social en término de su relación con estructuras sociales y conflictos” (Fairclough, 4: 1992).

3.1.2 Categorías analíticas seleccionadas

Se proponen algunas categorías analíticas que se visualizan apropiadas para develar qué tipo de contribuciones epistémicas se dan a partir de la incorporación curricular de la comunicación en la academia médica y a partir de ellas qué tipo de de saberes se refuerzan, imponen o bien surgen en el contexto citado.

VOCABULARIO (o léxico o clasificación *wording*) (Fairclough, 1992): En este caso se apuntaría al análisis de los términos que surgen como sinónimos. Su significación epistémica. El significado y los términos desde los cuales se hace mención a la comunicación en los documentos de reforma.

MODALIDADES: Como expresión de la subjetividad en el lenguaje, “la modalidad es constitutiva del sentido de todo enunciado: aun el menos modalizado contiene en efecto un cierto tipo de modalidad”. (*García Negroni, et al. 2001: 1*) Si bien en los textos seleccionados se advierte una perspectiva implícita del sujeto, interesan, particularmente las modalidades

lógicas. Este tipo de modalidad se relaciona con la verdad del contenido de las proposiciones. Entre ellas se diferencian las modalidades aléticas a partir de las cuales puede advertirse si el contenido en cuestión es presentado como necesidad o posibilidad. Con las epistémicas lo que se excluye y lo que se asegura que puede brindar el mismo.

INTERTEXTUALIDAD: La intertextualidad muestra como todo texto se construye históricamente a través de otros textos; citas, expresiones, opiniones generalizadas. (Kristeva, 1982; Fairclough, 1992). En el marco de la intertextualidad manifiesta, como aquella en la que se advierte explícitamente los textos incluidos, cabe destacar lo que Fairclough (1992) denomina “presuposiciones”. Las presuposiciones son proposiciones que el productor del texto asume como establecidas, dadas o socialmente consensuadas.

Para el análisis del corpus seleccionado se propone la intertextualidad como una categoría que permitirá advertir ambivalencias y contradicciones en los textos estudiados y a través de esto, marcar complejidades latentes, modos de re-actualización de saberes y conocimientos, en definitiva, los marcos teórico-epistémicos que integran la propuesta de inclusión de la comunicación en el curriculum de la formación médica.

3.1.2 *Corpus de análisis*

Se tomará como caso ilustrativo la inclusión de la comunicación en el curriculum de la carrera mencionada, teniendo en cuenta los cambios que introducen las reformas político- educativas de las últimas dos décadas. Se realizará análisis del discurso sobre un corpus de textos seleccionados; de circulación significativa política e institucionalmente, en los que surge y se incorpora la comunicación, ya sea como contenido o como componente de competencias específicas.

El corpus –que se detalla a continuación– se propone como una secuencia que va de la norma general (Resolución) a su supuesta aplicación en el Plan de estudios de la carrera y casos específicos en dos asignaturas. La selección pretende exponer cómo se generan, circulan, adecúan y re-adecuan las concepciones y contenidos de comunicación en términos discursivos, qué incidencia tiene la inclusión de la norma en los mismos y qué ordenes discursivos genera tal inclusión:

Resolución MECyT⁴⁴ N° 1314. (2007) En la misma se aprueban los contenidos curriculares básicos que deben plasmarse en los planes de estudio de las carreras correspondientes a profesiones reguladas por el Estado, “cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público, poniendo en riesgo de modo directo la salud...”

Ordenanza del Consejo Superior 1047/13 que aprueba el Plan de estudios de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue con sus respectivas modificaciones en función de la evaluación de CONEAU y modificaciones por evaluación interna

Programa de la asignatura Introducción al estudio de la Medicina -1 año- Ciclo Introductorio- (Materia en la que se proponen y trabajan contenidos de comunicación)

Programa de la asignatura Relación Médico- Paciente -3 año- Ciclo Biomédico- (Materia en la que se proponen y trabajan contenidos de comunicación)

Algunos de los interrogantes que se proponen a modo de ejes para el análisis pueden expresarse en las siguientes preguntas: ¿Qué concepciones de comunicación privilegia la academia médica? ¿Cuáles son los argumentos que sostienen la incorporación de la comunicación como contenido para la formación médica? ¿Sobre qué discursos políticos, sociales e institucionales se construyen y normalizan los supuestos que sostienen dicha incorporación?

3.1.3 Comunicación: un componente, una técnica y un proceso para el profesional de la medicina

Como categoría analítica, la intertextualidad revela como las presuposiciones construyen ambivalencia, al ser incorporadas como textos de “otros”. Textos de distintos “otros”. “Otros” de campos disciplinares, “otros” que sostiene la opinión pública, “otros” difusos, de los que no se reconoce un origen concreto pero que tienen trascendencia en un auditorio determinado por un contexto determinado.

En la resolución 1314, se advierten varios juegos intertextuales que apelan a “otros” textos para incorporar la noción de comunicación.

En principio se observa que el citado documento, postula la comunicación como un componente de la competencia denominada “profesionalismo” que se materializa en tres actividades concretas:

⁴⁴. Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología.

“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 procedimiento y/o tratamientos”

“Establece una comunicación escrita efectiva a través de la historia clínica y otros registros”

Al definirla como un “componente del profesionalismo” se presupone que sin ella, el profesionalismo como competencia no se adquiere o no se completa adecuadamente. En línea con esta presuposición, las actividades que competen a la comunicación se circunscriben a la transmisión de información. Así es postulada como algo que “se tiene” y “se da”, que se “brinda”.

En la última actividad citada, se habla de “comunicación escrita efectiva”, lo que presupone que fácticamente existe una comunicación que no es efectiva o bien inefectiva. La pregunta es ¿cómo sería esa comunicación efectiva, que es lo que implica y para quién lo es?; ¿para el paciente, para los colegas, para el equipo? En la presuposición de una “comunicación efectiva”, se advierten a la vez las marcas de un texto alternativo. Un texto que introduce un enfoque de comunicación particular que se vincula, sobre todo, a los procesos de gestión en organizaciones. En dicho enfoque, “la efectividad” supone un éxito garantizado por la recepción del mensaje y la comprobación de la retroalimentación. En este sentido, se va construyendo un significado efectista y funcional de la comunicación.

En el apartado sobre contenidos básicos la comunicación es planteada en el marco de un eje curricular denominado “Proceso Salud Enfermedad Atención en las distintas etapas del ciclo vital”. Aquí la comunicación es propuesta como un “contenido básico esencial” y también se apela a otro texto para especificar su modalidad y postularla explícitamente; dicho contenido es definido como “técnicas de educación y comunicación para la salud”. La intertextualidad manifiesta es aquí concluyente, ya que la resolución selecciona concretamente concepciones técnicas.

También dentro de los contenidos básicos, pero enmarcado en el eje curricular denominado “Medicina Hombre y Sociedad”, se menciona como contenido al “proceso de la comunicación”. Se advierte aquí la intertextualidad en la introducción de un “título” legitimado académicamente. Se sabe que 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.

Asociado al contenido mencionado, surge en línea de continuidad- en el mismo párrafo- “la comunicación de diagnósticos y pronósticos desfavorables”. Es pertinente detenerse en esta estructuración del párrafo ya que, si bien se introduce la idea de proceso para conceptualizar el contenido, luego se asocia a la “comunicación de diagnósticos y pronósticos desfavorables”. Cabe destacar aquí, que la contigüidad de los términos en el párrafo vehiculiza una significación particular; la que relaciona el proceso con la comunicación – ¿o información? de diagnósticos y pronósticos desfavorables que brinda el médico. A partir de este orden puede leerse que el denominado “proceso” se subordina a la funcionalidad del “emisor”, en este caso el médico que comunica o – ¿informa? Los pronósticos y diagnósticos desfavorables.

3.1.4 El médico: un estratega de la comunicación

En la Ordenanza 1047 se advierten varios enunciados modalizados. En el inicio, el plan de estudios describe los “atributos del médico que se espera formar”. Mediante el enunciado modalizado se advierte que los atributos se construyen como posibilidades, “se espera que los médicos estén en condiciones de”. Dentro de estos atributos “posibles” surge uno que involucra la comunicación:

“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”

Entre los atributos también se hace mención a las “destrezas para la consulta” y entre ellos se incluye:

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

En línea con lo que plantea la resolución 1314, la ordenanza que aprueba el plan de estudios, mantiene el mismo discurso para incorporar la comunicación, se hace referencia desde la presuposición de técnicas y el atributo de la efectividad. Aquí la efectividad se explicita y se menciona hacia quien – “con los pacientes y sus familias, colegas profesionales”- y para qué – “para mantener buenos registros médicos”-. No obstante sigue siendo difuso el significado de la misma, ya que no se profundiza sobre las implicancias de tal efectividad. En este sentido, es posible ampliar el cuestionamiento sobre la efectividad; ¿en qué se traduce una comunicación efectiva con los pacientes y sus familias? ¿En los vínculos, en la relación con el

sistema de salud? ¿En la adherencia a los tratamientos, en la comprensión de los diagnósticos?

En los objetivos de conocimiento que corresponden a las metas y objetivos de la formación de grado, también se postula “la importancia de la comunicación con el paciente y con otros profesionales”. A través de una presuposición se enfatiza y jerarquiza la comunicación interpersonal para comprender los vínculos y el intercambio entre médico y paciente. Cabe preguntarse si esta presuposición no excluye contextos que deberían tenerse en cuenta para comprender y analizar la importancia de las relaciones citadas.

La tendencia a considerar la comunicación desde un enfoque que privilegia concepciones técnicas, se vuelve a repetir en lo que se enuncia como un “deber de conocimiento” entre los objetivos del ciclo biomédico.

“Al finalizar el ciclo biomédico, el estudiante deberá conocer y comprender”:

“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”

Si bien aquí se hace mención al proceso, puede advertirse que por contigüidad, en la estructura de la oración, surge vinculada a las estrategias. A pesar de la diferenciación por un conector, recurso que supone que ambos – procesos “y” estrategias- son importantes, las presuposiciones sobre técnica y estrategia son predominantes y van configurando un orden discursivo evidente sobre la incorporación de la comunicación en la formación médica.

Por último, en la sección de la ordenanza que agrega la incorporación del Ciclo Introductorio⁴⁵ y las asignaturas correspondientes al mismo, surge como propuesta general “...reforzar aspectos de comunicación, cuestiones éticas, sociales y culturales...”. El enunciado involucra una presuposición que apela a un texto nebuloso, perteneciente al sentido común. La presuposición admite que la comunicación pueda hacerse más fuerte, aumentarse, mejorarse o intensificarse. De esta presuposición se genera la creencia a partir de la cual la comunicación puede calificarse como “buena” o “mala”, “positiva o negativa” y también como “efectiva e inefectiva

⁴⁵. La aprobación del Ciclo Introductorio se expresa en la Ordenanza 1032 que se anexa a la Ordenanza 1047.

3.1.5 Distintas perspectivas: la comunicación en la profesión médica, ¿para quiénes y para qué?

En el programa de la asignatura “Introducción a los Estudios de la Medicina”, la comunicación aparece como un contenido dentro de un módulo que se organiza en torno al tema “Comunidad y Universidad”. En el mismo se hace mención a la “Comunicación Social, a los Modelos de comunicación y al par Comunicación y relaciones humanas”. A través de la intertextualidad manifiesta se incluye a la comunicación como fenómeno del campo social, asociada a la cultura y a las relaciones humanas. Cabe destacar la estructuración del párrafo y la selección de términos entre los que se presenta:

“El Contexto sociocultural: Importancia de los factores socioculturales. Comunicación social. Modelos de comunicación social. Comunicación y relaciones humanas. Identificación de necesidades y acción comunitaria. Participación comunitaria en salud.”

El tratamiento de la comunicación en la asignatura “Relación Médico Paciente” es exhaustivo. Ya entre los objetivos específicos de la asignatura se cita:

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

En el mismo se advierten presuposiciones a través de la introducción de varios textos. Por un lado una perspectiva de comunicación que se enfoca en la comunicación humana y en concordancia con este enfoque, la presuposición de una comunicación patológica. Se reconocen en este texto las marcas de la perspectiva sistémica, encabezada por uno de sus más destacados exponentes; Paul Watzlawick⁴⁶.

En varias de las unidades que presenta esta asignatura se apela a las categorías, axiomas y postulados de Watzlawick:

“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”

⁴⁶. Paul Watzlawick fue psicólogo y el principal exponente de la Perspectiva Sistémica Constructivista. Escribió una obra fundamental como la “Teoría de la Comunicación Humana” y se destacó por su trabajo en el campo de la Psicoterapia.

“Comunicación humana patológica. Rechazo y aceptación de la comunicación, descalificación de la comunicación, el síntoma como comunicación”

La intertextualidad manifiesta que se construye en base al texto científico, evidencia el privilegio de la concepción sistémica para configurar un campo de saberes acerca de la relación médico paciente. Cabe destacar que en la disposición y estructura de los párrafos que configuran el contenido de cada una de estas unidades no aparece citado el autor, sólo se encuentra mencionado en la bibliografía de la cátedra.

La consideración exhaustiva de esta perspectiva incide en la determinación de la relación entre médico y paciente; a través de la misma se comprende exclusivamente en términos de interacción humana. Se califica la comunicación y surge conceptualizada y relacionada a una terminología propia de las terapias sistémicas.

3.1.6 Conclusiones

En los textos analizados, puede advertirse como comienza a configurarse un saber sobre el modo de postular la comunicación en la formación médica. Se han observado fragmentos discursivos que se sostienen en concepciones estratégicas y efectistas de la comunicación. En primer lugar debe reconocerse la influencia que la norma ejerce sobre dicha configuración. Recordamos que la LES establece una norma especial para los planes de estudio de carreras correspondientes a profesiones reguladas por el Estado; entre ellas lógicamente, se incluyen las carreras de medicina. En virtud de esta norma, la resolución 1314, que regula los contenidos mínimos, propone a la comunicación “como un componente del profesionalismo” y concretamente como una “estrategia y una técnica que el profesional debe manejar, comprender y conocer”. Es dable pensar que la necesidad de incorporar la comunicación como “técnica, estrategia y proceso” para informar sobre “diagnósticos o pronósticos desfavorables” se postula en función del riesgo que supone el ejercicio de la profesión. Riesgos que se suponen morales, éticos y profesionales pero que también representan un costo económico y político significativo para el Estado. En línea con estos argumentos, se postula de manera similar en el plan de estudios de la carrera que se cita como caso. Se configura así un orden discursivo que genera un significado “funcional” de la comunicación, subordinado al enfoque de competencias. Un significado que se orienta al uso que el profesional debe hacer de la comunicación, como un objeto, una posesión que debe cultivar. Este orden parece promover un emisor indiscutido, el médico. Se confirma y re- afirma así, a través del orden discursivo, el orden social dominante que asigna al médico el poder de la palabra y la verdad.

Surgen textos alternativos sobre la comunicación en las asignaturas analizadas que se sostienen en diferentes enfoques teóricos. Ahora bien, bajo la influencia del plan de estudios habrá que analizar cómo se postulan y proyectan y si podrán configurarse también como un orden discursivo alternativo que impulse al menos otras creencias sobre lo que puede generar la comunicación en la formación médica, en relación a los vínculos y a la relación entre salud medicina y comunidad.

REFERENCIAS

Bassan, N. D. y D'Ottavio A. E. (2010). Reflexiones sobre cambios curriculares médicos. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 7(1).
<http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol712010/esq71.pdf>

Bolivar, A. (2008) El discurso de las competencias en España: educación básica y educación superior. *Revista de Docencia Universitaria Red U.* (2).
http://www.um.es/ead/Red_U/m2/bolivar.pdf

G. N. M. y T. M. (2003). Capítulo 4: La modalidad. En *La enunciación en la lengua. De la deixis a la polifonía*. Madrid, España: Gredos.

Fairclough, N. (1992). Capítulo 3: Una teoría social del discurso. En *Discurso y cambio social*. Cambridge. UK: Polity Press.

Fairclough, N. (1992). Capítulo 4: Intertextualidad. En *Discurso y cambio social*. Cambridge, UK: Polity Press.

Fairclough, N. (2003). El análisis crítico del discurso como método para la investigación en ciencias sociales. En Wodak, R. y Meyer (comps). *Metodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona, España: Gedisa.

Fairclough, N. (2008) El análisis crítico del discurso y la mercantilización del discurso público: las universidades. *Discurso y Sociedad*, 2(1), 170 a 175.
<http://www.dissoc.org/ediciones/v02n01/DS2%281%29Fairclough.html>

Kristeva, J. (1982). *Semiótica I*. Madrid: Espiral.

Moreno, T. (2009). Competencias en educación superior: un alto en el camino para revisar la ruta de viaje. *Revista Perfiles Educativos*, 31(124).
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/132/13211178006.pdf>

Sánchez, D. (1999). Mujer hasta la tumba. Discurso médico y género: una aproximación desde el análisis crítico del discurso a un texto didáctico de ginecología. *Revista Iberoamericana de Discurso y Sociedad*, 1(2). Barcelona: Gedisa.