

UN MÓDULO DE ENSEÑANZA EN COMUNICACIÓN PARA LA SALUD*

A Health-Communication Teaching Module

Luis Casasbuenas Duarte

Doctor en Periodismo y Ciencias de la Comunicación por la Universidad Autónoma de Barcelona, Médico, investigador de la línea Salud, Cultura y Sociedad, del Centro Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

lucasbuenas@hotmail.com

David Hernández Carmona

Historiador, Coordinador de la línea de investigación Salud, Cultura y Sociedad, del Centro Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

hernandez.davidc@gmail.com

Joaquín Guillermo Gómez Dávila

Médico Ginecobstetra, Epidemiólogo, Director del Centro Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

joaquin.gomezd@gmail.com

Correspondencia de los autores: Universidad de Antioquia - Edificio de Extensión: Calle 70 N° 52-72, of. 504, tel. 219 54 00, fax 219 10 31, apartado aéreo: 1226, Medellín, Colombia.

* Este artículo presenta la experiencia de construcción del *Módulo educativo para el fortalecimiento de las habilidades en comunicación de los agentes de salud* en las Facultades de Medicina y Enfermería de la Universidad de Antioquia. Este módulo se construyó con recursos del Banco Universitario de Programas y Proyectos (BUPPE) de la Vicerrectoría de Extensión, y del Centro Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

RESUMEN

Este artículo presenta un módulo de enseñanza en Comunicación para la Salud, que surge de las necesidades sentidas en nuestro medio y de estudios realizados por el Centro Nacer. La comunicación y la vida están tan estrechamente relacionadas que se consideran dos conceptos inseparables, por lo tanto, la enseñanza y aplicación de este campo, relativamente nuevo, no sólo agrega elementos significativos a la formación personal y profesional de nuestros egresados de la Universidad de Antioquia; también permite contribuir directamente a mejorar la atención en salud, para lograr la calidad, el respeto y la oportunidad que necesitan – y merecen – las personas o las comunidades que buscan promocionar la salud, prevenir la enfermedad, o resolver problemas de salud.

Palabras clave: comunicación, ética, salud, enfermedad, universidad, comunidad.

ABSTRACT

This article introduces a teaching module on Health Communication, which arises from the perceived needs in our environment and studies by Nacer Center. Communication and life are so closely related that are considered inseparable concepts, therefore, teaching and development on this field is relatively new, not only adds significant elements of personal and professional training for our graduates from Universidad de Antioquia; it also allows to directly contribute to the improvement of health care assistance, to achieve quality, respect and opportunity needed - and deserved - by the people or communities seeking to promote health, prevent illness, or solve health problems.

Key words: University, Health Education, Communication, Behavior, Faculty members.

Recibido: 30 de enero de 2010
Aprobado: 15 de febrero de 2010

INTRODUCCIÓN

Este artículo presenta un módulo de enseñanza en Comunicación para la Salud, que surge de las necesidades sentidas en nuestro medio y de estudios realizados sobre el tema en varios contextos nacionales (Gobernación de Antioquia, 2008), (Dover & Puerta, 2008) y extranjeros (Alcalay, 1999). Algunas investigaciones realizadas en Colombia evidenciaron problemas de comunicación entre el personal de salud y los usuarios, que afectaron la calidad de la atención en los servicios de salud. Partiendo de esta realidad, el *Módulo educativo para el fortalecimiento de las habilidades en comunicación de los agentes de salud*, que aquí presentamos, se construyó con la participación de agentes de salud (AS) en ejercicio, estudiantes y docentes de las Facultades de Medicina y Enfermería de la Universidad de Antioquia.

Debemos aclarar que este módulo busca mejorar las habilidades en comunicación¹ que facilitan las interacciones entre los AS y las personas que se sienten enfermas. Porque cuando estas interacciones se realizan en programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad, el panorama es otro: no estamos presionados a hacer un diagnóstico y proponer un tratamiento en un tiempo generalmente corto, en ocasiones con un pronóstico incierto. Seguramente esas circunstancias nos lleven a proponer otras estrategias para interactuar con un individuo que no se siente enfermo, pero quiere prevenir una enfermedad, o con una comunidad que busca adquirir hábitos saludables. En esas actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad encontraremos los mismos actores-AS, e individuo y comunidad, pero otras circunstancias y otras expectativas nos indicarán la necesidad de utilizar otras alternativas.

BASES CONCEPTUALES

Siguiendo a Santiago Ramentol (2000), si partimos del amplio concepto de la comunicación humana y nos centramos por ahora en una de sus ramas denominada comunicación científica, podemos considerar que en ésta se pueden establecer cinco niveles:

- 1- aquella comunicación que establecen los miembros de una misma especialidad, dentro de una profesión dada;
- 2- la comunicación que tienen científicos de diferentes especialidades, dentro de una misma profesión;
- 3- la que se realiza entre los miembros de profesiones científicas diferentes;
- 4- la comunicación que establece la ciencia con algunas personas e instituciones, que tienen un especial interés en temas científicos;
- 5- y, finalmente, la comunicación que se produce entre la ciencia y la sociedad en general.

Por lo tanto, el encuentro que se da entre el Agente de Salud-AS y el usuario (entrevista clínica), se clasificaría en este último nivel. Si desarrollamos un

estudio al respecto y proponemos modelos que mejoren la interacción entre estos dos protagonistas, lograremos que el conocimiento científico cumpla su labor fundamental de llegar al ciudadano, para mejorar la salud de las personas y contribuir a su calidad de vida.

La comunicación y la vida son dos conceptos inseparables, pues la naturaleza demuestra que un organismo para sobrevivir sólo requiere el alimento esencial para su metabolismo y la información apropiada sobre el mundo que lo rodea. Una vez que ese organismo sobrevive puede evolucionar y alcanzar altos grados de desarrollo, como el ser humano actual (Watzlawick, 1987). Las personas necesitamos comunicarnos con nuestros semejantes para acercarnos a la comprensión del mundo en que vivimos, intercambiar información, pedir y recibir ayuda (como en estos temas de salud, enfermedad y vida), compartir ideas o exponer diferencias.

Por esto Watzlawick expresa que “no hay nada que sea lo contrario de conducta, no hay no-conducta, es imposible no comportarse (...); si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar”. (Watzlawick, 1987, p. 236).

La intencionalidad o no de la comunicación es un tema polémico, pero Victoria Escandell considera que es precisamente esa intencionalidad la que establece la diferencia entre los actos voluntarios y los involuntarios: los primeros se consideran auténticos comportamientos, mientras los segundos se quedan en el nivel de actos reflejos. Por eso, esta autora concluye que “la comunicación humana constituye una variedad específica y compleja del comportamiento y no un acto reflejo”. (Escandell, 2005, p. 9).

Por su parte, las investigadoras Helena Calsamiglia y Amparo Tuson consideran que las normas que facilitan esa comunicación, hay que entenderlas como “tendencias habituales de comportamiento”, como “principios razonables” que los individuos han acordado, lo cual les genera confianza en la relación (Calsamiglia & Tuson, 1999). Estas normas constituyen la “base contractual” implícita de una conversación. No obstante, estas reglas pueden cambiarse o modificarse por medio de la concertación, lo que le permite al sujeto adquirir habilidades para comunicarse mediante la participación frecuente en encuentros, como la relación AS – usuario.

La comunicación puede volverse una serie de episodios en la que sus actores solamente pueden captar intenciones, ya que sólo estarían en condiciones de interpretar algunos elementos de esa conversación. Por eso en ocasiones son más significativas las intenciones de eso que queremos decir, que lo que realmente hemos dicho; e inclusive a veces, lo que decimos no es todo lo que queríamos decir. Para que el resultado final de una entrevista clínica sea el deseado por sus participantes, deben existir desde el principio visiones comunes, objetivos compartidos y acuerdos tácitos.

La comunicación humana puede ser vocal-verbal, es decir el lenguaje; vocal-no verbal, que se refiere al paralenguaje (la risa, el tono y la velocidad de la voz, etc.); y no vocal-no verbal, que tendría que ver con la expresión corporal en general, es decir la kinésica (el gesto, la postura, posición en el espacio, etc.); por lo tanto, la comunicación humana estaría basada en el trío lenguaje-paralenguaje-kinésica. Finalmente, puede haber “ruidos” que dificultan esa conversación entre el AS y el usuario. Para el investigador Francesc Borrell (1989, cap. 1), estos ruidos pueden ser de tres clases:

- 1- La interferencia cognitiva, que puede ser causada porque el entrevistador no comprende los motivos de consulta del usuario, o porque éste se halla limitado por sus creencias o por las características de la relación misma;
- 2- la interferencia emocional, que puede provenir tanto de los agentes de salud, por sobrevaloración de su labor profesional; como de los pacientes, por temor a las consecuencias de su enfermedad;
- 3- la interferencia social, que es la discriminación en la atención a los usuarios, en razón de su edad, género y/o condición socio-económica.

De este modo, se aprecia que conceptos de diferentes disciplinas, como de las ciencias sociales en general, y de las ciencias del lenguaje en particular, proporcionan un acervo teórico y conceptual, adecuado al propósito de este trabajo.

METODOLOGÍA

La línea de base de la cual partimos para construir el módulo inicial se apoya en estos tres pilares: búsqueda de información científica sobre comunicación para la salud en bases de datos especializadas, Internet, centros de documentación y bibliotecas; entrevistas a estudiantes y docentes de las Facultades de Medicina y Enfermería de la Universidad de Antioquia; y revisión de programas, cursos y asignaturas sobre el tema, en estas dos Facultades. Después de acopiar y analizar esta información, construimos el módulo inicial. Y para probarlo, durante los meses de noviembre y diciembre de 2008, realizamos un taller de ocho horas con agentes de salud que ejercen su profesión en la ciudad de Medellín. En dicho taller se utilizó la simulación de la entrevista clínica como ayuda pedagógica, y con base en los resultados de este taller, se hicieron los ajustes correspondientes.

Desarrollo del módulo

El primer pilar lo constituye principalmente la información hallada en Pub-med, SciELO, Science Direct y en documentos de las bibliotecas de las dos Facultades en mención. En las entrevistas realizadas con estudiantes y docentes se halló insatisfacción, tanto de unos como de otros, con los métodos utilizados para enseñar la comunicación para la salud. En cuanto a la revisión de los programas, cursos y asignaturas realizadas en las dos Facultades, debemos destacar los siguientes puntos:

- En la Facultad de Medicina se resaltó que la mayor responsabilidad de los cursos recae en profesores de cátedra; los estudiantes le dan poca importancia porque consideran que esa asignatura no se corresponde con su objeto de estudio; y para la Facultad esta asignatura sólo representa, en algunos casos, el 3% de la nota.
- En la Facultad de Enfermería, por su parte, el programa es similar al de la Facultad de Medicina pero aquí, con sobrada razón, aportan algunas bases anatómicas y fisiológicas de la comunicación humana.

Con estos y otros datos se construyó el módulo inicial, que estaba compuesto por ocho unidades, distribuidas en dos sesiones. La primera sesión incluía: (1) Presentación, objetivos y visión general del taller; (2) Simulación de una atención en salud, con el objeto de visualizar los elementos que componen una interacción en salud (ver tabla No. 1); (3) Competencias comunicativas en salud: contexto político, histórico y tendencias actuales; y (4) El AS en la comunicación cotidiana.

La segunda sesión incluía cuatro unidades, la Unidad 5 incluía la síntesis del taller realizado en la primera sesión y un ejercicio de comunicación; 6 un video-foro en el que se mostraba una experiencia de Comunicación para la Salud en África; 7 socialización de las observaciones realizadas por los asistentes en su sitio de trabajo; y 8 conclusiones y recomendaciones. Para probar este módulo se realizó un taller con 30 profesionales de la salud que ejercían en la ciudad de Medellín. En las tablas No. 1 y 2 se puede apreciar el contenido de estos talleres.

Tabla No. 1

Tema	Tiempo	Método	Materiales
I. Presentaciones	30 min.	Ejercicio con círculos	Círculos de cartulina
Objetivos y visión general del taller	30 min.	Exposición	Diapositivas
II. Simulando una atención en salud	80 min.	Juego de roles: tres grupos de tres participantes (médico, enfermera y paciente). El paciente es un actor externo al grupo	Espacios de simulación, lista de chequeo y guía de observación. Diseño del ejercicio. Videgrabadora. Fotografías
III. Competencias comunicativas en salud: contexto político, histórico y tendencias actuales	60 min.	Exposición participativa	Diapositivas
Refrigerio	15 min.		

Tema	Tiempo	Método	Materiales
IV. Presentación de material y actividades para el ejercicio en la institución	30 min.	Presentación del ejercicio y de los instrumentos a aplicar	Guía de observación y análisis, lecturas complementarias
Evaluación actividad	10 min.	Formato	

Tabla No. 2

Tema	Tiempo	Método	Materiales
V. Síntesis taller 1	10 min.	Exposición	Diapositiva
Ejercicio de entrada: comunicación	30 min.	Ejercicio con palillos	
VI. Video foro	60 min.	Foro	Videos y preguntas guía
Refrigerio	20 min.		
VII. Socialización experiencias institucionales	90 min.		Presentaciones
VIII. Conclusiones y recomendaciones	20 min.		
Evaluación actividad	10 min.		

La simulación de la entrevista terapéutica fue quizá la experiencia más exitosa de esta primera parte, porque les permitió a los participantes una real comprensión de la importancia de la comunicación en los diversos escenarios de atención. Por tal motivo, a manera de ilustración, anexamos el ejemplo de un ejercicio de simulación que realizamos dentro de los talleres mencionados.

Escenarios

La actividad cuenta con dos escenarios para la simulación:

Escenario uno: una sala de consulta con un escritorio, tres sillas, una camilla, una escalera pequeña y cámaras de video. En este escenario se desarrollan los roles designados que, a la vez, son el objeto de observación de quienes participan en el escenario dos.

Escenario dos: un salón equipado con mesas y sillas, un tablero y televisores técnicamente acondicionados para que reproduzcan simultáneamente el acto que se efectúa en el escenario uno. En este se ubica el grupo observador con los instrumentos de registro.

Casos

Los casos son los que motivan la acción en el acto; se acuerdan previamente con el equipo facilitador teniendo en cuenta las habilidades en comunicación que se desean fortalecer. Para esta actividad trabajamos dos casos:

Caso uno: representado por el primer grupo de roles.

Nombre: Atención de consulta ginecológica

Roles:

Mujer de 35 años, paciente, soltera, sin hijos.

Mujer de 40 años, compañera de trabajo de la paciente.

Hombre o mujer que representen el rol de médico o médica.

Descripción de los roles:

La paciente consulta por severo dolor abdominal, difuso, sin náusea ni vómito, más intenso en el lado derecho, que se presenta generalmente un poco antes o durante la menstruación. No cede a los analgésicos comunes. La palpación abdominal aumenta el dolor en el flanco derecho.

El AS representa su correspondiente rol, de acuerdo con lo planteado en la consulta. Para esta simulación, construimos una lista de chequeo que nos permitió evaluar los resultados de la entrevista, como puede apreciarse en la Tabla 3.

Tabla No. 3

Orientación para el evaluador: usted no deberá intervenir en ninguno de los momentos del acto comunicativo, solamente registrará en este formato la X en la casilla No Aplica (NA) , 2, 1, 0 , según el caso. Puede escribir brevemente situaciones observadas que apoyarán el análisis posterior de la situación.						
Profesión del evaluador:						
Número de grupo:						
Roles que intervienen en el acto:						
Tiempo total del acto:				Puntuación total:		
1. Cuidado y comunicación socioemocional		NA	22	11	00	Observaciones
1	Recibe adecuadamente al paciente.					

2	Establece una adecuada comunicación verbal y fija el tono del encuentro, generando diálogo y demostrando interés en el problema de salud del paciente.				
3	Hace un uso adecuado de la comunicación no verbal.				
4	Utiliza una comunicación apropiada para la edad del paciente, género, el lugar que ocupa en la familia y en la comunidad.				
5	No utiliza términos técnicos.				
6	Mantiene una actitud y un comportamiento sereno.				
7	Demuestra comprensión en los momentos oportunos.				
8	Pregunta por el contexto socio-económico de su interlocutor.				
9	Está atento a los mensajes no verbales del paciente.				
2. Diagnóstico y solución de problemas		22	11	00	Observaciones
1	Realiza una identificación clara de las expectativas y de los diferentes motivos de consulta.				
2	Utiliza preguntas abiertas animando al paciente a narrar los detalles de su enfermedad: propicia un clima de cordialidad y respeto absoluto e incondicional.				
3	Deja hablar al interlocutor y no lo interrumpe: no corta sus frases, ni tampoco las acaba por su propia cuenta.				
4	Sus respuestas son coherentes con las inquietudes del paciente.				
5	Evita juicios de valor sobre su interlocutor (etnia, género, edad, religioso, político)				
6	Hace preguntas siempre que necesite conocer un dato relevante o entenderlo mejor.				
7	Le sugiere al paciente que se tome el tiempo necesario para responder a las preguntas (permite silencios).				
8	Explora las emociones y sentimientos que el síntoma o enfermedad provocan en el paciente.				

9	Indaga cómo su síntoma o enfermedad afecta su vida diaria, entorno socio-familiar y laboral.					
3. Consejería y educación		22	11	00	Observaciones	
1	Explora la idea que él o la paciente tiene sobre el origen de su enfermedad.					
2	Centra la atención en el paciente, más que en su enfermedad. .					
3	Discute con respeto y prudencia las situaciones difíciles del estado de salud.					
4	Explica claramente el diagnóstico y el tratamiento. (Si es necesario dibuja, hace gráficas, muestra fotografías, ejemplos, videos, busca un traductor, etc).					
5	Explica la posible evolución del proceso salud-enfermedad.					
6	Realiza preguntas para verificar si comprendió la información.					
7	Da la oportunidad y anima al paciente a participar en la toma de decisiones.					
8	Permite que el paciente exprese sus dudas y temores.					
9	Genera de manera conjunta con el paciente y su familia el plan de tratamiento (se dan diferentes alternativas, se explican y se da la posibilidad de que el paciente escoja).					
1	Resume al paciente y al acompañante los puntos centrales en la consulta.					
1	Compromete al paciente y al acompañante en la realización del plan acordado.					
1	Se despide cortésmente.					
Convenciones:						
98: No Aplica; 2: Siempre; 1: Algunas veces; 0: Nunca.						
Lista de chequeo elaborada con base en los Cuestionario “GATHA-RES” (Ruiz Moral et al, 2001, p. 469), “CICAA” (Ruiz-Moral y Pérula de Torres, 2006, p. 323) y del artículo “La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación” (Pons, 2006, pp. 27-34).						

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Al probar el módulo mediante el taller con los AS encontramos algunos hechos relevantes: sólo la mitad de los que participaron en la simulación tuvieron una

escucha atenta e hicieron un uso adecuado del lenguaje; únicamente la mitad de los participantes lograron cumplir el objetivo de la consulta; solamente unos pocos utilizaron un tono de voz adecuado e hicieron contacto visual con su interlocutor; algunos agentes de salud manifestaron juicios de valor negativos sobre el usuario; la mitad de los participantes no hicieron preguntas de verificación; en unos pocos casos fue evidente una relación de poder dominante del AS, porque éste no respetó los turnos de la palabra y no hubo empatía con los acompañantes; por último, en algunas ocasiones tampoco hubo una adecuada consejería y orientación (Nacer, SSR, 2009a).

Estos hallazgos nos indicarían que los profesionales de las áreas de la salud, con los que interactuamos en el taller, no están preparados para la escucha ni para valorar la experiencia de enfermar y, por lo tanto, persiste la marcada asimetría de esta relación (Nacer, SSR, 2009b). Una inadecuada interacción AS-usuario como ésta no satisface a ninguno de los dos protagonistas, porque finalmente impide consensuar las decisiones tomadas durante la interacción (Alves, 2003; Pons, 2006).

Esta situación concuerda con los hallazgos de investigaciones nacionales y extranjeras que refuerzan la necesidad de establecer programas especiales de Comunicación para la Salud, tanto en el campo académico como en el asistencial. Entre estos últimos se encuentran el “Estudio sociocultural de la mortalidad materna en Urabá” (Gobernación de Antioquia, 2008), desarrollados por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, y la investigación “Representación de las comunidades locales en el régimen subsidiado de salud: el caso del Departamento de la Guajira” (INER-CISH-COLCIENCIAS, 2007), desarrollada por el *Instituto de Estudios Regionales* INER. Todas estas investigaciones, y algunas otras, evidenciaron dificultades en la comunicación entre los AS y los usuarios de las diferentes IPS de Medellín y los Departamentos de Antioquia y La Guajira.

El análisis de resultados de los talleres para probar el módulo anterior, facilitó la modificación de su estructura, hacer ajustes, y agregar información complementaria, todo lo cual permitió organizar el módulo actual.

MÓDULO ACTUAL

Éste se dividió en cinco unidades*: una introductoria y cuatro unidades centrales, con elementos conceptuales básicos, actividades prácticas y preguntas de evaluación, como se verá a continuación:

* El Centro Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, quiere agradecer, muy especialmente, la colaboración que recibió de la enfermera María Isabel Lalinde Ángel; de la psicóloga Paloma Pérez Sastre; de la nutricionista Nydia Stella Caicedo Martínez; y de la socióloga Alba Lucía Rojas, en la elaboración de la etapa inicial de este módulo.

- En la unidad introductoria se expone a los participantes los objetivos de la capacitación, se realiza un ejercicio de presentación y reconocimiento tanto de los participantes como de los facilitadores, y se dan las pautas que guiarán el proceso de enseñanza y aprendizaje.
- En la unidad uno comenzamos por mencionar la importancia de los diversos contextos sociales y su impacto en la Comunicación para la Salud en el mundo actual, que intenta seguir siendo local a pesar del proceso de globalización; se identifican aspectos relacionados con el ámbito de los derechos y deberes en salud que se enmarcan desde lo político; y, finalmente, se aportan elementos para que el AS identifique y utilice herramientas conceptuales para leer diversos contextos.
- En la segunda unidad abordamos directamente el proceso de salud-enfermedad, en el que se reconocen los aspectos sociales y culturales de la salud y la enfermedad, se anticipa la importancia del lenguaje en la Comunicación para la Salud, y, por último, se menciona el papel que juegan los medios de comunicación en la adquisición de información en temas de salud por parte de los usuarios.
- En la siguiente unidad, partiendo de la comunicación humana en general, nos adentramos en el campo específico de la comunicación entre los AS y el usuario. Para ello, comenzamos a reconocer la importancia de la comunicación en los procesos de salud-enfermedad-vida. Así, identificamos los tres momentos claves de una comunicación eficaz: cuidado y comunicación socio-emocional, diagnóstico y solución de problemas y consejería y educación y para concluir, exploramos y damos algunas pautas para ayudar a resolver las dificultades que se presentan en los diversos escenarios de salud.
- En la cuarta unidad se analiza específicamente la entrevista o encuentro del usuario con su AS. Para ello comenzamos por reconocer la complejidad de la comunicación con la persona enferma, mencionamos la importancia y complejidad del lenguaje utilizado para esa comunicación, e identificamos los aspectos comunicativos que con más frecuencia pueden obstaculizar dicha interacción. Aprovechamos para valorar la narrativa del usuario como punto de partida para esa conversación que, con la cooperación de los dos protagonistas, permite la toma de decisiones compartidas.
- De esta manera hacemos de la entrevista o encuentro el momento crítico de la relación entre AS y usuario, en donde la persona enferma es el centro de atención.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Las habilidades en comunicación deben ser un requisito esencial en el ejercicio profesional, y por tanto deben ser incluidas en los procesos de inducción,

capacitación y evaluación por parte de las instituciones de salud y de los entes de vigilancia y control.

- La Comunicación para la Salud en nuestro medio no ha tenido los desarrollos teóricos y prácticos deseados. Si bien el presente módulo contribuye al debate sobre la comunicación para la salud, es necesario un mayor desarrollo teórico y metodológico para que la comunicación se convierta en una habilidad transversal, a desarrollar tanto en el pregrado como en el postgrado de las diferentes disciplinas de la salud.
- Es necesario que los estudios de Comunicación para la Salud, que se realizan en las Facultades, se extiendan al importante sector de la salud pública, que tiene que ver directamente con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Sería ideal que esta enseñanza de la Comunicación para la Salud fuera aportada por los docentes en las diferentes disciplinas de la profesión, simultáneamente con las actitudes éticas y las competencias técnico-profesionales.
- Lo observado en esta experiencia nos deja varios interrogantes ¿Cómo se está formando al personal de salud desde sus respectivas Facultades? ¿Qué tipo de sujetos profesionales y con cuáles competencias están egresando? ¿Qué aspectos son los que priman en los currículos? ¿Qué agentes de salud necesita un país como el nuestro? Para obtener respuestas a estas inquietudes, se necesita de la confluencia de varios sectores: el Estado, la academia y los entes o instituciones prestadoras de servicios de salud; y que se asuman compromisos claros, dado que la salud hoy es un derecho fundamental de todos y todas.

NOTAS

1. Las habilidades en comunicación aluden a aspectos éticos y a posturas subjetivas que implican capacidad de diálogo, respeto por el otro y por las diferencias culturales, e igualdad y equidad en las relaciones cotidianas. Estas habilidades no son específicas de los profesionales de la salud, pero en este campo se deben considerar inherentes a la formación de los futuros profesionales.

REFERENCIAS

- Alcalay, Rina. (1999, marzo). “La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses”. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 5, núm. 3.
- Alves de LA. (2003). *Habilidades de comunicación: un pilar básico de la competencia clínica*. Buenos Aires, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires.

- Borrell i Carrió, Francesc. (1989). *Manual de Entrevista Clínica*, Barcelona, Doyma.
- Calsamiglia Blancafort, Helena & Tuson Valls, Amparo. (1999). *Las cosas del decir: Manual de Análisis del discurso*, Barcelona, Ariel.
- Dover, Robert & Puerta Silva, Claudia. (2008). *El derecho a la salud, la participación en el régimen subsidiado*. Medellín, Universidad de Antioquia, Colciencias, Instituto de Estudios Regionales –INER–.
- Escandell Vidal, María Victoria. (2005). *La Comunicación*, Madrid, Gredos.
- Gobernación de Antioquia. (2008). *Cultura y Salud en Urabá: retos para la reducción de la mortalidad materna*, Medellín, DSSA.
- INER-CISH-COLCIENCIAS. (2007). *Representación de las comunidades locales en el régimen subsidiado de salud. El caso del Departamento de la Guajira*. Medellín, INER, CISH, COLCIENCIAS.
- Nacer, Salud Sexual y Reproductiva. (2009 a). “Módulo educativo para el fortalecimiento de las competencias comunicativas de los agentes de salud”. Medellín, Vicerrectoría de Extensión BUPPE, Universidad de Antioquia.
- Nacer, Salud Sexual y Reproductiva. (2009 b). Informe Término del Proyecto “Módulo educativo para el fortalecimiento de las competencias comunicativas de los agentes de salud”. Medellín, Vicerrectoría de Extensión BUPPE, Universidad de Antioquia.
- Pons, X. (2006, marzo). “La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación”. En: *Enfermería Integral*.
- Ramentol i Masia, Santiago. (2000). *Els silencis de la ciència*, Barcelona, Comunicació edicions, 3 i 4.
- Ruiz Moral, R., Prados Castillejo, J. A., Alba Jurado, M., Bellón Saameño, J. y Pérula de Torres, L. A. (2001, abril 30). “Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES”, en: *Atención Primaria*, Vol. 27, núm. 7.
- Ruiz-Moral, R. y Pérula de Torres, L.A. (2006). “Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA, en: *Atención Primaria*. 37(6): 320-4.
- Watzlawick, Paul; Bavelas, Janet Beavin; Jackson, Don D. (1987). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*, 6ª ed., Barcelona, Herder.