

Prácticas de enseñanza y evaluación en la formación de profesionales en el marco de una propuesta reflexiva y comprometida

Marta Alicia Tenutto Soldevilla ⁽¹⁾

Resumen: Se comparten los resultados de dos investigaciones sobre profesionales. Una de ellas sobre profesionales de la salud y la otra sobre el colectivo docente en un contexto de Pandemia. El artículo finaliza con sugerencias a implementar en las distintas escalas de la gestión curricular. Por medio de estas investigaciones sobre la formación de profesionales se pretende ofrecer una puerta de entrada para el análisis de la formación de otros profesionales.

Palabras clave: educación - enseñanza - evaluación formativa - formación profesional.

[Resúmenes en inglés y portugués en la página 44]

⁽¹⁾ Doctora en Educación, Magister, Especialista, Licenciada y Profesora de Educación. Especial, en Psicología educacional y Licenciada en Psicología. Coordinadora del doctorado de educación Superior modalidad internacional, UP, Directora de la Especialización en docencia universitaria orientada a las ciencias agropecuarias, UNR, docente de grado y posgrado. Investigadora, capacitadora, autora y coautora de artículos, capítulos y libros de la especialidad, entre otras actividades. marta.tenutto@gmail.com

1. Introducción

En las últimas décadas, y en particular en los últimos años, se han presentado renovados desafíos a los profesionales, en especial a los del área de salud. Los adelantos científicos y tecnológicos generaron un desmesurado optimismo que condujo a la creencia de que en el siglo XXI las pandemias no habitarían nuestra sociedad, creencia que fue sacudida hasta sus raíces en los inicios del año 2020.

En ese contexto sociohistórico, se comparten los resultados parciales de dos investigaciones. La primera, una tesis de doctorado de la autora de este artículo que analiza la formación de profesionales de la salud, en particular médicos y médicas, y la segunda, una investigación desarrollada por un equipo, que versa sobre la enseñanza en tiempos de Pandemia.

Se ofrecen aportes parciales porque, en ambos casos, las indagaciones son más extensas, abordan otros temas y dadas las restricciones de extensión solo se menciona aquello que no solo resulta central sino también permite el diálogo entre ellas. En ambos casos, en tanto los contextos constituyen el texto de aquello que se desarrolla en los espacios formativos, resulta central ofrecer un espacio para que se exprese la voz del colectivo estudiantil y docente que se desempeña en una sociedad atravesada por factores sociales, económicos, culturales, históricos, entre otros, en particular en un contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio como el que experimentó la humanidad entre el 2020 y el 2021. Estas investigaciones sobre profesionales, en particular de la salud, pretenden ofrecer una puerta de entrada para el análisis de la formación de otros profesionales.

2. Desarrollo

En las últimas décadas, diversas investigaciones han indagado las consecuencias de las prácticas médicas ya que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007), cada año a nivel mundial por lo menos 10 millones de personas resultan víctimas de errores médicos que generan decenas de millones de pacientes con lesiones discapacitantes o que mueren como consecuencia de esas prácticas. A modo ilustrativo según Lotito (2017) los errores médicos constituyen la tercera causa de muerte en los Estados Unidos de Norteamérica.

En relación con la formación de estos profesionales, resulta vital tener presente que su desempeño está condicionado no solo por los conocimientos y competencias específicas de su hacer profesional sino también por otros factores se juegan en sus prácticas, entre ellos se ubica el dominio de las competencias transversales como comunicación, trabajo en equipo, entre otras.

La formación de estos profesionales ha recibido diversos cuestionamientos: es excesivamente teórica, desarrolla metodologías de enseñanza poco activas, con evaluaciones centradas en los contenidos, con planes de estudio que excluyen la bioética y el profesionalismo (Vera Carrasco, 2015), se brinda una insuficiente formación en competencias específicas y/o genéricas (Baños y Pérez, 2005) y se desarrolla desde una torre de marfil, entre otros.

En relación con el enfoque desde el que se abordaron las investigaciones que se presentan en este artículo, se ha procurado abordar aquello que interviene y con frecuencia es invisibilizado: la subjetividad del investigador. Por este motivo, se propone retomar la categoría de implicación de Loureau (1975, 1977) con Lapassade (1977, 1979) como categoría que cuestiona la idea de neutralidad y hace referencia al conjunto de relaciones existentes entre el actor y el sistema institucional, conscientes o inconscientes. En este sentido, se ha trabajado en las investigaciones tratando de vencer las “tentaciones” en las que puede caer un investigador.

En primer lugar, de la tentación psicologizante que busca hallar algo “debajo de” lo que aparece y que espera eso que describe sea “lo verdadero”. En segundo término, la tentación “naturalizadora”, que convierte los hechos sociales en naturales, y por lo tanto no reconoci-

dos. En tercer lugar, de la tentación de “transparencia” por la que se puede llegar a creer que estas acciones permitirán “transparentar” lo que sucede. El lenguaje está atravesado por el equívoco y el malentendido por lo que esta transparencia es una tarea imposible. Por ello no se trata de transparentar sino de mostrar/presentar/ofrecer aquello que se produce y reproduce. En cuarto lugar, se ha trabajado sobre la posición del pedagogo y, en este sentido, se procuró evitar la tentación “moralizante” que les dice a los demás qué deben hacer. Finalmente, la tentación “homogeneizadora”. Es decir, se ha procurado al decir de Castoriadis (1993), abonar a un trabajo de elucidación crítica, en la que “los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan” (p. 12).

Por otra parte, se propone distanciarse en las investigaciones de enfoques centrados en el “deber ser” o “deber hacer” fundados en una mirada normativa-moralizante que solo encuentra déficit en la institución, en las prácticas docentes y/o en el desempeño de los estudiantes para, en cambio, situarse en el contexto de las formaciones sociales o las tramas en las cuales se desenvuelven (Graizer, 2010). Se trata de reconocer aquellas prácticas que tejen la trama de significados que se presentan como naturales a la sociedad y evitar aquellos que abordan al individuo o a la sociedad en forma aislada, a través de pares dicotómicos¹ como: individuo/sociedad, interior/exterior, objeto /sujeto, entre otros, para hacerlo –en cambio– como trama de relaciones, es abordar la formación desde una perspectiva integral y comprometida, en la que los actores educativos se encuentren implicados.

Finalmente, las investigaciones.

La primera investigación, versa sobre la formación de médicos y médicas y en ella se ha indagado en qué medida desarrollan en la carrera de grado las competencias transversales y el profesionalismo. Se ha concretado a través de un estudio de caso en tanto permite abordar un fenómeno contemporáneo dentro de un contexto de la vida real (Stake, 1999). Se lo ha seleccionado atendiendo al criterio representatividad.

En esta investigación, se ha analizado lo que acontece en las tres escalas de la gestión curricular. En la escala de las Políticas educativas se tomó como fuente todas las resoluciones que regularon y regulan la formación del futuro profesional médico, en particular, aquellas que constituyeron los referentes para las convocatorias de acreditación de la carrera en la República Argentina que regularon la carrera hasta el año 2021. En la escala de la institución, los documentos que exponen la misión y visión de la universidad y de la carrera, el Credo de la institución y el perfil del egresado además de la propuesta curricular (Plan de estudios y todos los programas de estudio). En la escala del aula, se aplicaron encuestas al colectivo estudiantil de la carrera de esa universidad (150 estudiantes de un total de 200) que voluntariamente quiso responderlas y a cien profesionales, la mitad de la universidad y la otra mitad de otras instituciones (en este caso para pesquisar aquello que resulta (o no) característico).

La clasificación de competencias transversales fue tomada de Tunig Latinoamérica.

En las resoluciones (Res. MCyE N° 535, 1999 y Res. MECyT N° 1314, 2007 de Argentina) se reconoce el lugar del médico en la comunidad como “eficaces educadores de la comunidad”. En relación con la formación, se enuncia que debe atender a los aspectos psicológicos, sociales, éticos, culturales, económicos, políticos, además de los científico-técnicos, sin referencia a la característica de integralidad. Esta característica solo figura cuando se trata del aprendizaje de la atención al paciente (“debe ser integral e integrada”).

El enfoque parece estar centrado en la disciplina de la carrera que, a su vez, debe ser congruente con el perfil.

Las actividades de la formación práctica en algunos casos marcan el espacio para la definición institucional. Tienen que:

- estar planificadas y ser congruentes con el currículum y el perfil, y en otros considerandos estar vinculadas con los ámbitos donde se van a desarrollar;
- ser realizadas en ámbitos adecuados, y en la formación clínica en “ámbitos hospitalarios y otros centros asistenciales” (lo que parece equivalente al uso de ámbito con el de ambiente ya que se espera que la enseñanza de la medicina se realice en ellos);
- planificarse y desarrollarse bajo supervisión docente;
- planificarse y desarrollarse incluyendo actividades básicas, clínicas, epidemiológicas, etc., y de extensión donde participen los alumnos.

Las actividades propuestas deben ser variadas y tender al desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para encarar los problemas clínicos, diagnosticarlos, tratarlos y/o derivarlos oportunamente, además de promover el desarrollo de habilidades. En relación con la evaluación, “la experiencia de aprendizaje práctico deberá ser sistemáticamente evaluada”. En relación con las actitudes, se espera que los estudiantes “cumplan con principios éticos”. En relación con las prácticas de enseñanza, se incluyen las centradas en los estudiantes, en algunas ocasiones con denominaciones híbridas. En las recomendaciones se hace mención a: casos, problemas y proyectos. Los proyectos tienen baja presencia, no así los casos y problemas. A su vez, estos últimos, aparecen con las más variadas nominaciones: “Discusión de casos” (el más usado), “Estudio de casos”, “Caso problema” (forma híbrida que hace puente caso con problema y que fue ubicado en esta última estrategia en la sistematización), “Resolución de problemas”, “Análisis de caso problema”, “Discusión de casos problema”. En relación con la discusión se enuncia también: “Discusión de trabajos científicos” y “Discusión de historias clínicas”, que no estarían incluidas en las anteriores. La evaluación solo es mencionada en forma explícita en la Rotación Rural y figura en dos ocasiones la producción esperada (en ambos casos una monografía).

En todos los casos se trata de formar el perfil de un médico general, en particular, se espera que “las actividades prácticas estén en correspondencia con la práctica profesional vigente del médico general”. Esta expresión parece aludir a la normativa que regula la práctica profesional al incluir el término “vigente”.

Si se analiza la formulación de las competencias se puede reconocer que el modo en que se las concibe es similar a un listado de tareas propuesto por el Conductismo. Además, su enunciado así lo indica: son “actividades-tareas”. En algunos casos, no se especifican los requerimientos de esas actividades-tareas, como es el caso de: “Confecciona la historia clínica” y pareciera que resulta suficiente que la “confeccione”. Confeccionar una historia clínica completa o incompleta conlleva profundas consecuencias en el diagnóstico presuntivo. Esto no sucede en todos los casos, ya que sí se consigna en: “Realiza un examen físico y mental completo”.

Este análisis aborda las normativas como expresiones de un coro de época donde actores y organizaciones las atraviesan produciendo y reproduciendo significados. Los atributos

del profesionalismo según estudiantes y profesores se presentan en una tensión entre los atributos específicos de la profesión, los personales y aquellos que favorecen un abordaje integral.

En relación con las características de la muestra en la que se aplicaron las encuestas, la composición por género: el 60.5% de la muestra pertenece al género femenino. Pero hay que tener en cuenta que, en esta carrera, el 67 % son mujeres, por lo que en la muestra es levemente mayor el número de respuestas de los varones que en la población.

Con respecto a los resultados de las encuestas, muestran que el discurso corporativo habita en la Medicina y usa la apelación al consenso como marco neutral que justifica numerosas decisiones. A lo descripto se le suman las complejas relaciones entre los sistemas (educativo y de salud) que ha desplazado la responsabilidad hacia los profesionales.

En lo relativo al profesionalismo los resultados se presentan organizados en: específicos, integrales y personales (*Tabla 1*).

Se observa que los porcentajes más altos de profesionales específicos los reciben: *humanismo médico* (35,7%) y *conocimientos* (21%), en tanto, atributos integrales son seleccionados: *responsabilidad* (40,3%), *respeto* (37,2%), *empatía* (29,5%) y *trato con los otros* (28,7%) y atributos personales: *humildad* (13,2 %).

Tabla 1. Atributos del Profesionalismo según estudiantes en porcentajes

Atributos del profesionalismo					
Específicos		Integrales		Personales	
Humanismo médico	35.7 %	Responsabilidad	40.3 %	Humildad	13.2 %
Conocimientos: manejo sólido	21 %	Respeto	37.2 %	Amabilidad/cordialidad	10.9 %
Capacidad para trabajar en equipo	16.6 %	Empatía	29.5 %	Solidaridad	10.9 %
Confidencialidad	13.2 %	Buen trato.	28.7 %	Honestidad	9.3 %
Actualización	11.6 %	Compromiso	13.2 %	Autoconocimiento	6 %
Ética	11.6 %	Comunicación	12.1 %	Paciencia	7.8 %
Aplicación del conocimiento a la práctica	5.4 %	Dedicación	9.3 %	Seriedad	7 %
Ver a paciente como un todo.	5.4 %			Puntualidad	5.4 %

Para sintetizar lo expuesto, se han organizado estos datos en un *Gráfico 1*.

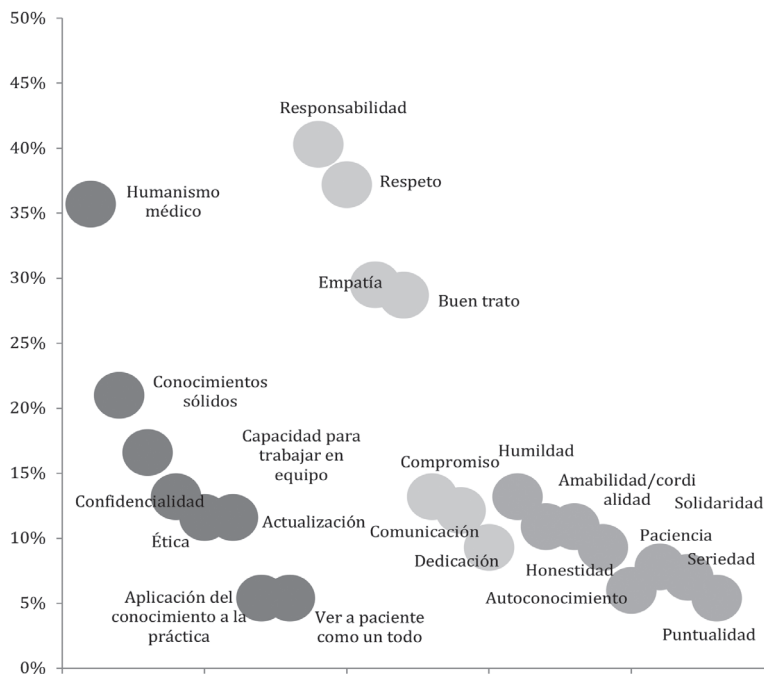


Gráfico 1. Atributos del profesionalismo según estudiantes en porcentajes. Nota. El color gris oscuro: atributos específicos, gris medio: integrales y gris claro personales.

Los profesionales generaron 74 categorías sobre profesionalismo. La mitad de las respuestas se ubican en *actualización* como su principal atributo². Esto se encuentra en consonancia con la investigación de Fasce, Echeverría, Matus, Ortiz, Palacios y Soto (2009), que, al relevarlo, en profesionales médicos, obtuvieron como segundo atributo más elegido: *capacitación continua*.

En la encuesta concretada en esta indagación, en segundo término, entre un 1/3 y 1/4 optaron por *empatía* (29%), *respeto* (27%), *compromiso*, *conocimientos sólidos* y *ética* (con 26% cada uno). Una quinta parte de las elecciones recayó en: *responsabilidad* (22%), *humanismo* (20%), *honestidad* (18%), *capacidad para trabajar en equipo* (17%) y *comunicación* (16%) y *dedicación* (11%) y *buen trato* (11%). Y por debajo se encuentran *amabilidad/cordialidad*, *confidencialidad*, *atención a la calidad* (8% cada uno), *autocrítica* (7%), *altruismo*, *humildad*, *ver al paciente como un todo*, *autoconocimiento e idóneo* (6% cada uno), y un 5% cada uno: *capacidad para tomar decisiones*, *vocación de servicio*, *docencia*, *interés por la ciencia y vocación*. En el Gráfico 20 se presentan estos datos con un punto de corte en un 5%.

Lo expuesto coincide con la investigación citada en que lo asignado de mayor relevancia fue: *honestidad, empatía, amabilidad, ética, compromiso, responsabilidad*, aunque no así *excelencia*. Y está en consonancia con la investigación de Gutiérrez Gutiérrez (2013) sobre los atributos de los médicos internos de *respeto, altruismo* (aunque en este caso su valoración fue menor), *responsabilidad*, no así con *justicia y excelencia* que fueron elegidos en esa investigación.

A continuación, se retoma en profesionales, el análisis de los atributos en tres dimensiones: específicos, integrales y personales.

Tabla 2. Atributos del Profesionalismo según profesionales en porcentajes

Atributos del profesionalismo					
Específicos		Integrales		Personales	
Actualización	50 %	Empatía	29 %	Honestidad	18 %
Conocimientos: manejo sólido	26 %	Respeto	27 %	Amabilidad/cordialidad	8 %
Ética	26 %	Compromiso	26 %	Altruismo	6 %
Humanismo médico	20 %	Responsabilidad	22 %	Humildad	6 %
Capacidad para trabajar en equipo	17 %	Comunicación	16 %	Autoconocimiento	6 %
Dedicación	11 %	Buen trato.	11 %		
Confidencialidad	8 %	Autocrítica	7 %		
Atención a la calidad	8 %	Capacidad para tomar decisiones	5 %		
Ver al paciente como un todo	6 %				
Idóneo	6 %				
Vocación de servicio	5 %				
Docencia	5 %				
Interés por la ciencia	5 %				
Vocación	5 %				

Además de lo presentado en esta tabla, se han seleccionado otros atributos de la dimensión “personales” que presentan un alto grado de dispersión, como: *paciencia, solidaridad, calidez humana, seriedad, optimista, imparcial, buena persona, atento, esforzado*, entre otros.

Para una mejor visualización, la información ofrecida en la *Tabla 2*, se presenta en el *gráfico 2*.

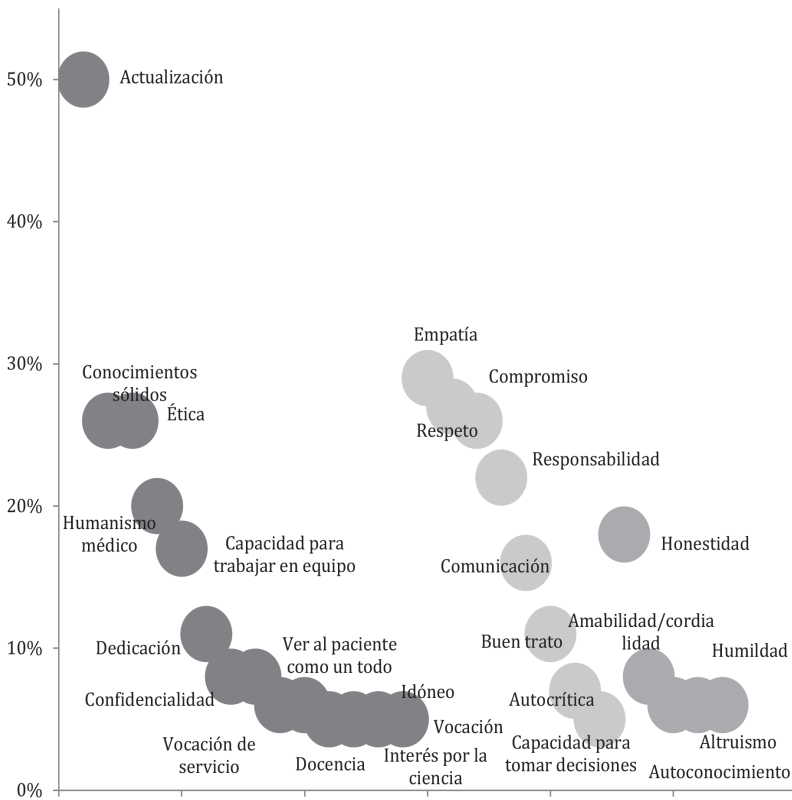


Gráfico 2. Atributos del profesionalismo según profesionales en porcentajes. Nota. El color gris oscuro: atributos específicos, gris medio: integrales y gris claro personales.

Para los profesionales encuestados los sistemas de salud se rigen por reglas del anónimo mercado y esto es posible porque los profesionales fueron (y son) educados en un contexto competitivo e individualista, en una sociedad hedonista y sumergida en una crisis de valores, donde –afirman– la juventud y la tecnología son responsables de lo que ocurre.

De este modo, se presentan descripciones que portan explicaciones: en los servicios de salud hay una desfavorable relación numérica entre profesionales y pacientes, hay que priorizar acciones brindando un cuidado necesariamente incompleto, se evidencia una tendencia a premiar el éxito en términos de producción tangible, falta de contención o canales para tratar las necesidades de las personas con problemas de salud que no siempre pueden resolverse en el ámbito del hospital, entre otros. Nuevamente, la mirada centrada en el individuo.

Pero la crisis no termina allí, expresan los actores consultados, se extiende a los profesionales médicos. Para ellos y ellas, se trata de una profesión que ya no porta el paradigma del honor, del altruismo y una vocación, sino que, por el contrario, atraviesa una etapa de deshumanización y despersonalización. Descripción que incluye a los estudiantes, quienes en los hospitales “no hablan con los pacientes”, “no los interrogan, no los revisan” y esto se debe –argumentan– a los docentes son los primeros en no realizar estos gestos técnicos en el acto médico en su expresión inicial: interrogatorio y examen físico. Además, otros profesionales, se escuchan las voces que tipifican a los profesionales médicos, como aquellos que han perdido la sensibilidad ante el dolor, que no miran a la cara del paciente, fríos, distantes, poco comprometidos, no tienen criterio, no son pacientes con sus pacientes. Generalizaciones reductivas que, sin quererlo ni saberlo, tornan invisibles las prácticas de quienes se desempeñan de otro modo así como del enfoque centrado en el individuo que esta mirada porta, que alude las complejas relaciones entre individuos y sociedades y los factores que atraviesan las decisiones de los profesionales, a menudo sin que sean conscientes de esto.

Además de ubicar las causas en la sociedad, la Medicina y los médicos, lo hacen en el modelo dominante, no solo por sus características (biologicista, tecnocrático) sino particularmente porque en ese campo aún rige el paternalismo y la meritocracia, donde continúa instalado el Modelo Médico Hegemónico (MMH) que legitima solo la palabra del médico. En relación a la escala del aula, se alzan numerosas voces que aluden a la precariedad de la enseñanza y a que las decisiones, muchas veces, dependen de los docentes. (Tenutto, 2018). La segunda investigación, a cargo del equipo de investigación integrado por Raúl Alberto Irigoyen y María Laura Manzi, coordinado por Marta Alicia Tenutto Soldevilla como parte de las acciones del Laboratorio de Prácticas Educativas Abiertas (PEA-LAB) de la Cátedra Unesco-TEC (2018-2020) ofreció un espacio para expresar las voces de los docentes en el contexto de aislamiento citado en forma precedente. Se usó un diseño exploratorio-descriptivo, se aplicó una encuesta anónima compuesta por 10 ítems (diseñada y enviada a través de un formulario *GoogleForms*, compuesta por ítem de respuesta espontánea y cerradas (nominales y numéricas), analizadas desde un abordaje cualicuantitativo. El sistema de muestreo usado fue, en primer lugar, “bola de nieve” y en segundo término, la publicación en la red social Facebook. Mediante el sistema de bola de nieve se obtuvieron 250 encuestas en los primeros dos días, luego se incluyó la red social, lo que dio un N= 537. La muestra estuvo conformada por docentes que residen en distintos países de Latinoamérica: 70% en Argentina, 24% en México y el resto se distribuye entre Colombia, Uruguay, Costa Rica, Chile, Brasil y República Dominicana. Casi el 80% estuvo integrado por mujeres, lo que no resulta llamativo debido a que la docencia es una profesión feminizada.

Una de las preguntas fue qué recomendarían a un/a docente novel y la respuesta central fue: un desempeño humanizado. Se trata precisamente, de una propuesta que permite retomar lo expresado en la investigación anterior. Les sugieren evitar el miedo a los estudiantes, la desesperación y no dejarse presionar o vencer ante los desafíos que la realidad presenta. Una frase que oficia de síntesis es: “Nunca estamos preparados para ciertos cambios, pero nada es imposible”, apreciación que habilita el desafío de repensarnos y replantearnos en nuestras prácticas docentes (Tenutto Soldevilla, Irigoyen y Manzi, 2020). En relación con el desempeño humanizado, se trata de una prédica que no es nueva, por el contrario, desde fines del siglo XX se apela a humanizar las prácticas. Ruiz Torres, Morales Giraldo, Canizales Caicedo y Amariles Aguirre (2018) proponen trabajar la humanización desde el par humanizar - deshumanizar. Retoman una de las acepciones del diccionario de la Real Academia Española (2001) que lo define como “hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”, entre tanto, deshumanizar se define como “Privar de caracteres humanos”. En tanto para Gutiérrez Fernández (2017) lo contrario de humanizar es cosificar, y no puede haber ética sin calidad, ni calidad sin humanización, afirma.

Algunos antecedentes de España: Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria (1984), Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana (2001), Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura (2007- 2013), Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Madrid (2016-2019), Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (2017).

Para Gómez Martínez y Martín Barato (2021) en el Plan de humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía sostienen que humanizar la salud resulta, en apariencia, un concepto redundante, pero no solo se trata de incluir la empatía, la dignificación del ser humano y acondicionar los espacios sanitarios, sino que “es una acción, una tarea, una habilidad que implica a todos y todas, a instituciones, a gestores, a profesionales del ámbito sanitario, a pacientes y a sus familias” (p. 10). Lo inscribe, así, en un compromiso ético que hace que se aborde a la persona de forma holística. En esta propuesta se retoman las barreras encontradas por la Fundación Humans (2016) para lograr la humanización: falta de tiempo, de recursos y de formación de profesionales. Esta propuesta se inscribe en la formación la ciudadanía y necesita de un abordaje interdisciplinar, asignación de recursos y de un desarrollo tecnológico armónico en relación con la atención integral al paciente. Las características de un plan humanizado son presentadas y sistematizadas según el Sistema Sanitario Público de Andalucía, a saber:

- Accesibilidad (justicia, equidad, igualdad): al alcance de todos y todas, Se garantiza el acceso cuando se necesite, se evitan tiempos de espera innecesarios, atención preferente a la vulnerabilidad y no discriminación e igualdad de oportunidades.
- Personalización (autonomía, singularidad, adaptación): centrada en el respeto y la escucha, respeto a la dignidad, tiene en cuenta a la persona, sus capacidades, sus intereses, sus motivaciones y sus necesidades y presta una atención en base a ellas, basada en el valor para pacientes, con enfoque de género y con enfoque multicultural e incluya el reconocimiento de la diversidad

- Compromiso con la calidad (profesionalidad y seguridad): con visión global de la persona, con calidad científico-técnica, ofrece una atención profesionalizada, trabaja por una atención segura y eficiente, desde un enfoque preventivo y de promoción de la salud, con tecnologías e innovación para la asistencia y comunicación, a través de equipos de trabajo multidisciplinares.
- Corresponsabilidad (colaboración de todos los grupos de interés, alianzas): genera alianzas, facilita información y favorece la comunicación, potencia la relación de colaboración, apuesta por la promoción de la ayuda mutua en salud, potencia el voluntariado, contribuye a la mejora de la sostenibilidad del Sistema Sanitario, busca la eficiencia en la gestión de los recursos disponibles.
- Cultura de humanización (compromiso, transparencia): persigue una transformación cultural hacia una Organización más Humanizada, utiliza la sensibilización y formación como instrumento de transformación, cree en el compromiso profesional y organizacional con la Humanización de la atención, considera la transparencia elemento esencial para la credibilidad en el Sistema, sitúa el respeto como marco de relación con todos los grupos de interés (Ética organizacional).

3. Conclusiones

La formación de profesionales de la salud exige una temprana inserción en el campo desde un enfoque reflexivo, crítico, integral, comprometido y social que transite por un recorrido formativo que se desarrolle de las prácticas a la teoría y de ésta a aquellas y no a la inversa, como parece suceder en la actualidad.

En los discursos sobre las competencias se produjo una captura semántica³ del término al procurar instalar –bajo nuevos formatos– viejas prácticas donde las dimensiones políticas y éticas quedaron eludidas. Se las ha definido desde los diversos enfoques y se ha asumido que se trata de un actuar complejo que incluye el proceso de reflexión situada que se desarrolla en un espacio socializado de complejidad creciente. Tal vez sea el momento generar la “recaptura semántica” de las competencias que nacieron en un marco cuyos intereses no son los que se espera desarrollar en una práctica comprometida. En ese sentido, retransitar por las competencias, en particular por la *comunicación* y el *trabajo en equipo*, para rehacer los espacios. SE trata distanciarse del Modelo Médico Hegemónico, salir de la centralidad en el individuo y de un trabajo sostenido en roles diferenciados para encaminarse a uno que se aproxime a lo grupal, a un encuentro con los otros que hace círculo y anuda las relaciones en un trabajo colectivo. Para desarrollarlo será necesario concluir estas propuestas desde el inicio de la formación.

En la escala de las políticas educativas, se sugiere favorecer la escucha de otras voces. Voces de los estudiantes, de otros profesionales y de otros actores sociales en esas definiciones para que no sean solo los gestores y los “especialistas” los que producen y reproducen significados (quienes, en ocasiones, portan los significados construidos por el sentido común instalado por los organismos y las corporaciones). Y que esta inclusión se concrete en todas las etapas del proceso, de manera iterativa.

En la escala institucional, trabajar para que, además, los actores educativos las redefinan en relación con su cultura institucional.

En la escala del aula, enseñar, aprender y evaluar en situación, en forma reflexivo-crítica y comprometida con tu tiempo en el marco de un trabajo interdisciplinar y contextualizado en su sociedad y con su tiempo.

En síntesis, concretar un trabajo que incluya las diversas voces en un trabajo colaborativo y de análisis de propuestas curriculares de las carreras y rediseño, en forma paralela, de los planes de estudios de las carreras de profesiones de la salud para incluir en forma temprana, a los estudiantes en los servicios de salud y en la comunidad, en un trabajo compartido con los otros profesionales de la salud.

Se trata de un trabajo se inicie en forma progresiva y espiralada en la que se compartan supuestos, creencias, formas de trabajo, debates, cuestionamientos y se acompañen los cambios con propuestas sostenidas en el tiempo.

Queda pendiente transformar estas ideas en propuestas factibles y viables de llevar a la práctica en forma contextualizadas. Para ello, es necesario alejarse del supuesto omnipotente que cree en la suficiencia de su formulación y, en cambio, habilitar un trabajo colectivo, fecundo, generoso y comprometido.

Notas

1. Para González Maura y González Tirados (2008) las competencias se presentan como alternativas ante las dicotomías vigentes en el siglo pasado: memorizar y comprender, conocimientos y habilidades, teoría y práctica. Etkin y Schvarstein (2000) aluden a relaciones complementarias, concurrentes y antagónicas entre conceptos polares, denominadas “relaciones dialógicas” porque para cada estado o proceso interno existe un par de lógicas polares que implican comportamientos opuestos, modos diferentes de pensar una misma realidad.
2. Esta variable tiene un tratamiento diferente porque podían elegir más de una opción. Por ello el total de casos no hace referencia a los encuestados sino a las respuestas dadas.
3. Se toma el término captura semántica, del planteo que realiza Raquel Gutiérrez (2013) para quien hay tres niveles de captura, no necesariamente secuenciales sino a menudos sobrepuestos y combinados: 1) la captura semántica que arrebató el hilo y sentido a las palabras producidas y las obliga a designar cosas distintas, las empuja a ir hacia otro lugar; 2) la captura política, y 3) la captura organizativa. La captura semántica es equivalente a lo que se llama cooptación.

Referencias bibliográficas

- Andino Acosta, C A. (2018) La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 13, núm. 2, pp. 68-86. Universidad El Bosque. <https://www.redalyc.org/journal/1892/189258951006/html/>

- Baños, J.E. y Pérez J. (2005) Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades. *Educación Médica*, 8 (4), pp. 216-225. http://www.upf.edu/biomed/_gavi/comprtrans.pdf
- Castoriadis, C. (1993). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquet.
- Fasce, E., Echeverría, M., Matus, O., Ortiz, L., Palacios, S., y Soto, A. (2009). Atributos del profesionalismo estimados por estudiantes de medicina y médicos. Análisis mediante el modelo de disponibilidad léxica. *Revista Médica de Chile*, 137(6), p. 746-752. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600003.
- Gómez Martínez, Ma Eugenia y Amelia I. Martín Barato (coord.) (2021) *Plan de humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Estrategia de humanización compartida*. Consejería de Salud y Familias, 80 p. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanización%20SSPA_v12042021.pdf
- Graizer, O. (2010). El gobierno de las organizaciones educativas, el gobierno de la educación. *Itinerarios educativos* 4(4), pp. 69-82. <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/ojs/index.php/Itinerarios/article/viewFile/3926/5960>
- Gutiérrez Fernández, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1), p. 29-38. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005&lng=es&tlng=es
- Gutiérrez Gutiérrez, C. (2013). *Percepción de internos y residentes de aspectos del profesionalismo médico en establecimientos de salud Lambayeque 2013*. Tesis de Maestría. Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Perú. http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/184/1/TM_Gutierrez_Gutierrez_CarmenIsabel.pdf
- Lapassade, G. (1977). Grupos, organizaciones e instituciones. Granica.
- Lapassade, G. (1979). *El analizador el analista*. Barcelona, España: Gedisa.
- Lotito, F. (21 de septiembre de 2017) *Mala Praxis Médica. Negligencias y errores médicos: un grave problema de salud bajo observación*. *WorldDiagnosicsWord*. <https://www.diagnosticsnews.com/rpnews2/25962-mala-praxis-medicanelegencias-y-errores-medicos-un-grave-problema-de-salud-bajo-observacion>
- Lourau, R. (1975). *El análisis institucional*. Buenos Aires, Argentina: Amorrurtu.
- Lourau, R. (1977) *El Estado y el inconsciente*. Barcelona, España: Kairos.
- Ministerio de Cultura y Educación (10 de agosto de 1999). Resolución Ministerial N° 535. Buenos Aires, Argentina
- Ministerio de Cultura y Educación (19 de abril de 1999). Resolución Ministerial N° 538. Buenos Aires, Argentina. <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/normas/6763.pdf>
- Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. (4 de septiembre de 2007). Resolución Ministerial N° 1314. Buenos Aires, Argentina.
- Ruiz Torres, M. Z., Morales Giraldo, L.J., Canzales Caicedo, MT y Amariles Aguirre, LF (2018). *Aprendiendo sobre la humanización de la salud: reflexiones desde la experiencia*. Centro Editorial Universidad Católica de Manizales. https://www.ucm.edu.co/wp-content/uploads/2021/03/cartilla_humanizacion_salud.pdf
- Tenutto, Soldevilla, M.A. (2018) *Compromisos y prácticas en la formación de médico/as en argentina: un estudio de caso sobre competencias profesionales genéricas y profesionalismo*. UNTREF/UNLAN/UNSAM. (tesis de doctorado)

Tenutto Soldevilla, M, A; Irigoyen, R. y ML. Manzi. (2020) Reflexiones y desafíos de los docentes latinoamericanos en el contexto del aislamiento físico. En Beltramino, L. (comp.). *Aprendizajes y prácticas educativas en las actuales condiciones de época: COVID - 19*. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Filosofía y Humanidades. ISBN 978-950-33-1594-1. p. 50- 58. <https://ffyh.unc.edu.ar/editorial/wp-content/uploads/sites/5/2020/12/APRENDIZAJES-Y-PRACTICAS-EDUCATIVAS-EN-LAS-ACTUALES-CONDICIONES-DE-EPOCA-COVID-19.pdf>

Vera Carrasco, O. (2015). El rediseño curricular por competencias: un reto para nuestra Facultad de Medicina. *Revista Cuadernos*, 56 (2), pp. 7-8. http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/chc/v56n2/v56n2_a01.pdf.

Abstract: The results of two investigations on professionals are shared. One of them on health professionals and the other on the teaching community in a context of a Pandemic. The article ends with suggestions to be implemented in the different scales of curricular management. Through these investigations on the training of professionals, it is intended to offer a gateway for the analysis of the training of other professionals.

Keywords: education - teaching - formative assessment - professional training.

Resumo: Os resultados de duas investigações sobre profissionais são compartilhados. Uma delas sobre profissionais de saúde e outra sobre a comunidade docente em contexto de Pandemia. O artigo termina com sugestões a implementar nas diferentes escalas de gestão curricular. Por meio dessas investigações sobre a formação de profissionais, pretende-se oferecer uma porta de entrada para a análise da formação de outros profissionais.

Palavras chave: educação - ensino - avaliação formativa - formação profissional.

[Las traducciones de los abstracts fueron supervisadas por el autor de cada artículo]
