

LA COMUNICACIÓN COMO TECNOLOGÍA BLANDA DEL TRABAJO EN SALUD PARA EL ABORDAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL

COMMUNICATION AS SOFT TECHNOLOGY OF HEALTH WORK FOR COLORECTAL CANCER APPROACH

Daniela P. Bruno

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires y Facultad de Periodismo y Comunicación Social/Universidad Nacional de La Plata (FPyCS/UNLP). Argentina.

danielapaolabruno@gmail.com

Flavia C. Demonte

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) - Instituto de Altos Estudios Sociales/Universidad de San Martín (IDAES/UNSAM). Facultad de Periodismo y Comunicación Social/Universidad Nacional de La Plata (FPyCS/UNLP). Argentina.

flaviademonte@gmail.com

Andrea R. Jait

Dirección Provincial de Epidemiología, Prevención y Promoción de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Especialización en Comunicación y Salud de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata (FPyCS/UNLP). Argentina.

andrearjait@gmail.com

Recibido: 10 de junio

Aceptado: 4 de noviembre

ARK: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s18535925/9ep1tzkr9>

Resumen

Este artículo comparte los resultados parciales de una investigación en curso que analiza las intervenciones pedagógicas de un programa nacional de prevención y detección temprana del cáncer colorrectal en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. El estudio combinó el análisis de documentos programáticos, guías y materiales de capacitación, y entrevistas semiestructuradas a coordinadorxs y trabajadorxs del programa, y también de las conversaciones con lxs trabajadorxs del primer y segundo nivel de atención involucradxs en el programa. Luego de compartir el análisis preliminar de estas conversaciones reflexionamos sobre la incorporación de la comunicación en la formación de estxs trabajadorxs como parte de una demanda de formación más amplia en tecnologías blandas en salud. Como se trata de una investigación que procura enriquecer la tarea de lxs gestorxs del programa, concluimos



el artículo identificando algunos desafíos; y formulamos interrogantes y posibles cursos de acción para promover intervenciones pedagógicas que valoren el desarrollo de este tipo de tecnologías como condición necesaria para la efectiva actuación y transformación de las prácticas preventivo-promocionales en salud.

Palabras clave: cáncer colorrectal, prevención y promoción de la salud, formación en salud, comunicación.

Abstract

This article shares the partial results of an ongoing investigation that analyzes the pedagogical interventions of a national program for the prevention and early detection of colorectal cancer in the orbit of the Ministry of Health of the Argentine Nation. Although the study combined the analysis of program documents, guides and training materials, and semi-structured interviews with program coordinators and workers, the analysis that we share here is limited to interviews with first and second level care workers involved in the program. After a preliminary analysis of these conversations, we reflected on the incorporation of communication in the training of these workers as emerging from a broader demand for training in soft health technologies. As it is a research that seeks to enrich the task of the program managers, we identify some challenges and formulate questions and possible courses of action to promote pedagogical interventions that value the development of this type of technology as a necessary condition for the effective performance and transformation of preventive-promotional practices in health.

Keywords: colorectal cancer, prevention and health promotion, health training, communication.

Introducción

El campo de la comunicación en salud se constituye como lugar de reflexión académica en EEUU y algunos países europeos durante las décadas de 1960 y 1970 en el contexto de los programas de desarrollo internacional preocupados por el control demográfico, la planificación familiar y la educación sanitaria (Petracci y Waisbord, 2011). Pero su formalización académica como área de estudio se va a dar recién en 1975 al crearse la división de comunicación en salud en la reunión anual de la International Communication Association y habrá que esperar hasta este milenio para rastrear las primeras propuestas de formación superior específicas en América Latina (Obregón, 2010).

A inicios de este siglo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lideró un proceso de consulta a organizaciones internacionales y universidades para definir competencias de la comunicación para el desarrollo y el cambio social con la



expectativa de aportar un documento técnico de referencia para la creación de planes de estudio para la educación y capacitación de profesionales en este campo.¹

A partir de este siglo la incorporación de la comunicación en la formación médica y de lxs trabajadorxs de la salud es una tendencia que se ha generalizado y formalizado a nivel político-institucional en los países de Latinoamérica y Europa (Moore, Gómez, Kurtz y Vargas, 2010 y 2012; Albardonedo, 2015 y 2018; Albardonedo y Cuberli, 2011 y Cófreces, Ofman, Stefani, 2014). Pero esta incorporación no es unívoca y está fuertemente condicionada por enfoques y tendencias sobre educación y trabajo en pugna en la formación académica y profesional de lxs trabajadorxs de la salud.

En este artículo compartimos los resultados parciales de una investigación en curso² en la que analizamos las intervenciones pedagógicas³ del Programa Nacional de Cáncer Colorrectal (PNCCR) del Instituto Nacional del Cáncer (INC) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación (MS), desde la perspectiva de promotorxs de salud y navegadorxs.

Iniciamos el recorrido presentando brevemente algunas precisiones sobre enfoques, tendencias y debates en la formación de los RRHH en salud que orientaron nuestra indagación. Seguidamente exploramos y describimos los sentidos que estos dos actores estratégicos para la implementación del programa –promotorxs de salud y navegadorxs– construyen sobre los roles y funciones que desempeñan, los conocimientos, habilidades y destrezas que consideran necesarios para realizar su trabajo, la valoración que hacen de los procesos de capacitación en los que participaron y sus recomendaciones para mejorarlos. Finalmente reflexionamos sobre la incorporación de la comunicación en la formación de estxs trabajadorxs de la salud como parte de la creciente demanda de una formación más amplia en tecnologías blandas en salud (Merhy, 2006) y concluimos con la identificación de algunos desafíos para gestorxs que valoren el desarrollo de este tipo de capacidades como condición para la efectiva actuación y transformación de las prácticas preventivo-promocionales en salud.

A propósito del PNCCR y sus intervenciones pedagógicas

Si bien en Argentina el Cáncer Colorrectal (CCR) es una de las principales causas de muerte y morbilidad –es, sin distinción de sexo, el tercero más frecuente, luego del cáncer de mama y de próstata, y el segundo de mayor mortalidad luego del cáncer de

¹ El informe completo fue publicado por Irigoín, M., Tarnapol Whitacre, P., Coe, G. (2002). *Mapa de competencias de la comunicación para el desarrollo y el cambio social: conocimientos, habilidades y actitudes en acción*. Washington, D.C., Estados Unidos: The CHANGE Project Academy for Educational Development y puede consultarse en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/mapa_competencias_comunicacion.pdf

² El proyecto de investigación se titula “Incidencia de las intervenciones pedagógicas del Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal (PNCCR) en las provincias de Tucumán y Misiones”. Es dirigido por Daniela Bruno y co-dirigido por Flavia Demonte y Andrea Jait. Es financiado por el Instituto Nacional del Cáncer (INC) dentro de la IV Convocatoria a Asistencia Financiera en la línea de “Estudios sobre implementación de Políticas y Programas” (período 2018-2020).

³ Utilizamos esta denominación amplia para referirnos a las decisiones y cursos de acción del Instituto Nacional del Cáncer sobre la formación de RRHH en salud para la prevención, detección y tratamiento del cáncer del cáncer colorrectal. Bajo esta denominación aludimos a un conjunto heterogéneo pero integrado de lineamientos políticos, enfoques pedagógicos, dispositivos, contenidos y estrategias didácticas.

pulmón– su progresión lenta favorece la realización de exámenes periódicos y permite prevenir la enfermedad con significativa disminución de la incidencia y posibilidades de curación que superan el 90% en una fase de detección temprana (Bruno, Demonte y Jait, 2018 y 2020).

Por estas características particulares, desde el año 2011, el PNCCR del INC en la órbita del MS procura disminuir la incidencia y mortalidad del CCR en la Argentina bregando por la instalación de su control como prioridad en la agenda de salud pública, el incremento de las prácticas preventivas y la mejora en el acceso al tratamiento.

Con esa visión, durante los años 2012 y 2013 logró la designación de referentes provinciales en 17 provincias argentinas,⁴ y a partir del año 2014 inició la implementación de programas y proyectos a escala provincial. Este crecimiento implicó el desarrollo de estrategias de capacitación de gestorxs provinciales, equipos de salud, promotorxs y médicxs especialistas. En este artículo nos centraremos en las intervenciones pedagógicas para la formación de promotorxs y navegadorxs.

Lxs promotorxs son personas que trabajan en el primer nivel de atención, específicamente en centros de atención primaria (CAPS) realizando actividades de prevención y promoción de la salud en barrios y comunidades. En el caso específico del CCR su tarea es decisiva para llevar adelante una de las principales estrategias de promoción de la salud e inclusión de las personas en el programa: encontrar a personas de 50 años o más, sin síntomas y sin antecedentes; brindarles información sobre las características del CCR y el método de detección e invitarlxs a que se realicen el test de sangre oculta en materia fecal (TSOMF) y se notifiquen de los resultados para, eventualmente, iniciar ulteriores prácticas diagnósticas y curativas (Ministerio de Salud, 2015).

Si lxs promotorxs de salud y su participación en la promoción de la salud y prevención de enfermedades tiene una larga historia y son prolíficas las investigaciones sobre su figura (McDonough *et al.*, 2016; Sherwin, 2014; Bruno, Demonte y Jait, 2020), el rol de lxs navegadorxs es menos conocido porque se trata de una figura de creación reciente⁵ y circunscripta a la problemática del cáncer. La navegación puede definirse como una iniciativa orientada a facilitar el camino que recorren lxs usarixs de los servicios oncológicos, al tener que enfrentar barreras económicas, sociales, culturales y de los servicios para acceder a diagnósticos y tratamientos oportunos y de calidad. Sin embargo, en el marco de esa definición general, las propuestas de navegación que se llevan a cabo en diferentes países desde 1990 según las investigaciones relevadas (Freund *et al.*, 2008; Wells *et al.*, 2008; Pascal *et al.*, 2011) presentan particularidades en los perfiles de quienes ocupan este rol, los servicios que ofrecen y las poblaciones objetivo a las que se dirigen, entre otros aspectos. Esto explica que no haya un consenso sobre su definición, sobre cuáles deben ser los conocimientos, habilidades y destrezas de lxs navegadorxs, ni cuáles los fundamentos y estrategias de un programa de formación de navegadorxs basado en competencias (Pascal *et al.*, 2011).

⁴ Concretamente se trata de 17 programas provinciales y acciones aisladas en algunos efectores en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). De todos modos, en algunos sólo hubo proyectos piloto y está pendiente el escalamiento como el caso de Córdoba, Corrientes y Jujuy.

⁵ Se incorporaron al Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en 2010, al Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer de Mama en 2012 y más tarde en 2014 al PNCCR, los tres programas centrales del Instituto Nacional del Cáncer (INC) del Ministerio de Salud de la Nación.

La investigación realizada por Maizel (2018) específicamente sobre navegación en CCR en la Argentina, afirma que lxs navegadorxs son personas que trabajan en el segundo nivel de atención brindando el apoyo logístico y emocional necesario para la continuidad del proceso de diagnóstico y tratamiento de aquella población con resultados de test positivos o con síntomas o antecedentes. De acuerdo con la autora, sus principales funciones son el seguimiento de pacientes y registro de sus estados en el sistema de registros (SITAM), la realización de capacitaciones a efectores de salud sobre el CCR y los métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento, el acompañamiento de pacientes para el acceso a turnos, la distribución de insumos y la articulación con otros organismos y servicios de salud para contactar a pacientes.

La investigación de Mignini *et al.* (2016) sobre la trayectoria de la atención médica de personas con diagnóstico de cáncer de mama y el rol de la navegación advierte que la función recae en personas con diferente formación educativa (agentes comunitarixs, enfermerxs o trabajadorxs sociales), por lo que resultan fundamentales investigaciones que aporten insumos para diseñar un programa de formación de este recurso humano para el sistema de salud (Mignini *et al.*, 2016).

Desde el año 2012 hasta el año 2018 el PNCCR realizó un total de 89 actividades de capacitación distribuidas entre encuentros nacionales o provinciales de capacitación, encuentros nacionales de referentes provinciales en modalidad presencial y cursos en modalidad virtual. En estos espacios se capacitaron aproximadamente unxs 3500 integrantes de equipos del primer y segundo nivel de atención, mayoritariamente trabajadorxs del primer nivel de atención siendo lxs promotorxs de salud e integrantes de los equipos provinciales a cargo del programa –entre ellxs lxs navegadorxs– lxs destinatarixs más frecuentes.

A partir de 2016 se verifica un marcado desplazamiento de la modalidad de formación presencial hacia la virtual, que obedeció a la restricción presupuestaria y a la necesidad de ampliar el alcance o cobertura de la capacitación en un contexto de crecimiento sostenido de los programas provinciales en el país.

En 2018 el INC consideró oportuno realizar una investigación que analizara las intervenciones pedagógicas del PNCCR destinadas a navegadorxs y promotorxs de salud y, a partir de esos datos, diseñar una propuesta pedagógica y producir una serie de recursos didácticos que contribuyeran al fortalecimiento de las capacidades de estas personas. Con ese objetivo dimos inicio a la investigación cuyos resultados parciales compartimos en este trabajo.

Metodológicamente el estudio –de base cualitativa– combinó diferentes técnicas de recolección de información: analizamos documentos programáticos, guías y materiales de capacitación y realizamos entrevistas semiestructuradas a integrantes del PNCCR encargados de las capacitaciones para reconstruir en profundidad los objetivos, contenidos, modalidades y sistemas de evaluación desarrollados a nivel nacional. También realizamos entrevistas semiestructuradas a navegadorxs y promotorxs de todo el país para explorar conocimientos, habilidades y destrezas instaladas, su evaluación de experiencias previas de formación, y los requerimientos y condiciones de trabajo.

En este momento, hemos finalizado la recolección de la información y nos encontramos abocadas a su análisis y prefigurando una propuesta pedagógica que combina la enseñanza en entornos virtuales con el acompañamiento de tutorxs provinciales y encuentros presenciales. La propuesta incluye la producción de una serie de recursos

didácticos estructurados con base en los problemas que esxs trabajadorxs enfrentan a diario en situaciones y escenarios en los que además intervienen otros actores con los que necesariamente interactúan para poder activar el proceso preventivo y terapéutico.

Las intervenciones pedagógicas en salud: algunas aproximaciones y debates conceptuales

El trabajo en salud tiene una especificidad: la salud se produce “en acto”. Sólo existe durante su misma producción y para las personas directamente involucradas en el proceso, esto es, trabajadorxs y usuarixs (Merhy, Feuerwerker y Burg Ceccim, 2006). Para concretar un acto de salud, lxs trabajadorxs utilizan un “maletín tecnológico” (Merhy, 2006; Merhy, Feuerwerker y Burg Ceccim, 2006) compuesto por tres tipos de tecnologías: las “duras”, que corresponden a los equipamientos, medicamentos, etc.; las “blanda-duras”, que corresponden a los conocimientos estructurados como la clínica y la epidemiología; y las “blandas”, que corresponden a las tecnologías relacionales que permiten a lxs trabajadorxs escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos y cuidar a las personas. Justamente las tecnologías “blandas” son las que posibilitan a lxs trabajadorxs de la salud actuar sobre la singularidad utilizando las tecnologías “duras” y “blanda-duras” como una referencia.

A pesar de la importancia decisiva de las tecnologías blandas en el trabajo en salud, entre las que se inscribe la comunicación, la formación de lxs trabajadorxs de la salud continúa desarrollándose bajo el influjo de la línea clásica de la Educación Continua (EC) que equipara educación con actualización de conocimientos técnicos (Davini, 1994) aplicables de manera estandarizada allende las realidades particulares, desestimando el valor de los conocimientos derivados del ejercicio técnico profesional situado.

En América Latina, a partir de los años noventa, algunos organismos internacionales introdujeron y promovieron perspectivas que implicaron un importante giro en el pensamiento de la educación profesional y la formación para el trabajo en salud, por su revalorización del ejercicio profesional como locus privilegiado del aprendizaje donde se consolidan los comportamientos y formas de actuación laboral.

Basada en desarrollos conceptuales del constructivismo, las pedagogías críticas y la educación de adultxs, la propuesta de la Educación Permanente en Salud (EPS) es introducida en América Latina en la primera mitad de los 1990 por iniciativa de la OPS. Esta propuesta parte de un supuesto básico: la condición indispensable para que una persona u organización decida cambiar o incorporar nuevos elementos a su práctica y a sus conceptos, es la percepción de que la manera vigente de hacer o de pensar es insuficiente o insatisfactoria para dar cuenta de los desafíos de su trabajo. En consecuencia, una información o experiencia pedagógica solamente producirá sentido cuando dialogue con toda la acumulación anterior que las personas traen consigo. Partir de las incomodidades, dialogar con lo acumulado y producir sentido son, para la EPS, las claves del aprendizaje significativo (Quintana, Roschke y Otero Ribeiro, 1994).

A inicios de los años setenta, David McClelland, psicólogo de la Universidad de Harvard, fue el primero en indicar la importancia de verificar competencias en lugar de la inteligencia (Irigoin, Tarnapol Whitacre, Coe, 2002). Un cuarto de siglo después, el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, retomó aquella idea y definió

las competencias como “la combinación de las aptitudes, atributos y comportamientos que están directamente relacionados con el desempeño exitoso en el trabajo” (citado en Irigoin *et al.*, 2002: 7). En 2013, la OPS publica un documento en el que presenta el enfoque de las competencias esenciales en salud pública (OPS, 2013) que deben poseer los profesionales que ejerzan labores de prestación de servicios de salud y/o de salud pública, independientemente del ámbito donde desarrollen su actividad profesional y de la actividad específica que realicen. De acuerdo con el documento, las competencias esenciales son los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la práctica de la salud pública, es decir, para solucionar los problemas de salud de la comunidad de manera efectiva y eficiente.

Aunque la EPS y el enfoque de las competencias esenciales en salud pública coinciden en su revalorización del aprendizaje situado, la “pedagogía de la problematización” propuesta por EPS construye procesos educativos a partir de la realidad de lxs trabajadorxs, de sus concepciones y de sus relaciones de trabajo. Aunque la EPS no descarta el desarrollo individual privilegia el avance colectivo y grupal en función de la organización; opera sobre la complejidad de los comportamientos y sus múltiples determinantes (Davini, 1994). Ante la evidente tendencia a identificar la propuesta pedagógica de la “problematización” con la metodología de “solución de problemas” (*problem solving*),⁶ esta distinción es relevante para el tema que nos ocupa en este artículo ya que la solución de problemas vinculada con el enfoque basado en competencias opera sobre el análisis de instantáneas caracterizadas como problemas semiestructurados, de solución probabilística y ajustados a la racionalidad técnica. Aunque la “solución de problemas” desafía al sujeto (que en general es un sujeto individual) a tomar decisiones sobre casos, estas decisiones están fundadas en la aplicación de conocimientos técnicos en salud, predominantemente biológicos (Davini, 1994). Sin dejar de incorporar el aporte de este tipo de conocimientos, la pedagogía de la “problematización” va más allá, buscando una reorientación de los patrones de pensamiento, valoración y transformación de las prácticas (Merhy, Feuerwerker y Burg Ceccim, 2006).

La intervención pedagógica desde la perspectiva de navegadorxs y promotorxs

Durante 2019 entrevistamos a 7 promotorxs de salud con participación destacada en el PNCCR y a 12 de lxs 16 navegadorxs existentes en todo el país, y recuperamos nuestros registros de dos grupos focales realizados con promotorxs de Tucumán y Misiones (dos de los programas provinciales con mayor trayectoria y envergadura) en 2017,⁷ en los

⁶ Se trata de una epistemología de la práctica que se funda en el positivismo y que autores como D. Schön han denominado Racionalidad Técnica (Davini, 1994). El autor, dedicado a estudiar cómo piensan los arquitectos, los gerentes de empresas, los profesores, los terapeutas mientras están ejerciendo su profesión, ha concluido que la concepción de la enseñanza como intervención técnica, la ubicación de la investigación educativa en los métodos cuantitativos y la formación inicial dentro del modelo de entrenamiento basado en competencias son manifestaciones de una manera de comprender el conocimiento de la práctica. Según esta concepción, un profesional es competente cuando sabe aplicar teorías y técnicas que han sido generadas por investigadores científicos para solucionar problemas instrumentales de la práctica. Esta forma de entender el conocimiento práctico es una herencia del positivismo que centra su atención en la resolución de problemas, en tanto el asunto es seleccionar de los medios disponibles el más adecuado para los fines establecidos (Cassís Larraín, 2011).

⁷ Esos grupos focales fueron realizados en el marco de una investigación precedente titulada “Estudio de recepción de mensajes informativos, de sensibilización y educativos del Programa Nacional de

que se habían abordado cuestiones relativas a las capacitaciones y materiales educativos del PNCCR. En este apartado exploramos y describimos los sentidos que estos dos actores estratégicos para la implementación del programa –promotorxs de salud y navegadorxs– construyen sobre los roles y funciones que desempeñan, los conocimientos, habilidades y destrezas que consideran necesarios para realizar su trabajo, la valoración que hacen de los procesos de capacitación en los que participaron y sus recomendaciones para mejorarlos.

Lxs navegadorxs: perfiles, rol y tareas

Lxs navegadorxs constituyen una población mayoritariamente femenina y muy heterogénea en lo que atañe a trayectorias personales y profesionales, áreas y niveles de formación técnica, momentos y modos en que ingresaron al PNCCR y modalidades de contratación y condiciones de trabajo.

Probablemente por la relativamente reciente creación de esta figura –desde 2010 en el INC y desde 2014 en el PNCCR– su existencia y su función son bastante desconocidas por servicios y equipos de salud. Por otro lado, al tratarse de un recurso humano financiado por el PNCCR, pero operativamente coordinado por el nivel provincial para desempeñarse en una función de articulación entre servicios, hospitales, centros de salud y eventualmente realizando algunas actividades comunitarias, no se visualiza con claridad su pertenencia a ningún equipo de trabajo en particular:

Esto de no entender el rol, que eso sí me pasa en los hospitales, cuando vas a hablar con alguien porque un paciente tuvo un problema, o para solucionar alguna cuestión del programa, no entienden bien qué es lo que hacés; o en una capacitación que tuvimos hace una semana, un agente socio sanitario nos preguntó para qué llamábamos a los pacientes, por qué molestábamos, o sea, ni siquiera entienden, o sea, y yo como que trataba de explicarle que no es que queremos molestar ni obligar a nadie a hacer nada, sino que la persona esté bien informada para tomar una decisión sobre su salud, digamos, somos un apoyo en realidad para ellos. Pero ellos a veces lo ven como intromisión, o creen que nosotros los estamos controlando. Al navegador lo tienen que ver como parte del equipo de salud. Como que está solo, como que todavía es algo aislado, algo que no se incorpora (Ana, navegadora, Tucumán).⁸

Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal (PNCCR)”. La investigación fue dirigida por Daniela Bruno y co-dirigida por Flavia Demonte y Andrea Jait, Fue financiada por el Instituto Nacional del Cáncer (INC) dentro de la III Convocatoria a Asistencia Financiera en la línea de “Estudios de Investigación Social en Cáncer, específicamente en el campo de la comunicación en cáncer” (período 2016-2017).

⁸ Como parte de los aspectos éticos contemplados en el proyecto, elegimos seudónimos para proteger su identidad. Además, solicitamos un consentimiento informado mediante el cual lxs entrevistadxs recibieron información sobre los objetivos, la metodología, la utilización de los resultados y el financiamiento de la investigación.



Como especifican los estudios previos (Pascal *et al.*, 2011) si bien existe un relativo consenso sobre el rol en general de lxs navegadorxs, no existe un acuerdo sobre las tareas específicas que deben desarrollar y éstas terminan definiéndose circunstancialmente por la población con la que efectivamente trabajan, por los servicios en y con los que articulan, y por el momento y las condiciones de su inserción en el programa provincial del que dependen.

Cuando lxs entrevistadxs fueron consultadxs sobre el rol de navegadorxs, aparecen recurrentemente las nociones de articulación y coordinación de los servicios y de acompañamiento (de usuarixs) en el contexto de servicios fragmentados, desarticulados y expulsivos. Específicamente, las tareas se vinculan con: recabar información actualizada sobre la situación de pacientes con test positivo derivados del primer nivel de atención, informar, contener emocionalmente y acompañar a lxs pacientes en su derrotero y/o “su vuelta” a los servicios. Pero además de estas tareas, que se ajustan a las definiciones de rol que venimos manejando, lxs navegadorxs del PNCCR participan en actividades de información y sensibilización y específicamente de promoción del TSOMF en la comunidad y son quienes habitualmente capacitan a efectores en el primer nivel de atención.

Prácticamente todxs lxs navegadorxs entrevistadxs son lxs responsables de capacitar a lxs promotorxs de salud de su jurisdicción. No obstante, no cuentan con los recursos y la formación necesarios para llevar adelante esa tarea y por la dinámica del primer nivel de atención las capacitaciones que imparten se llevan a cabo cuando se puede, en el lugar que se puede, en el tiempo que se le puede “robar a otras tareas” y con los recursos que se tengan a mano. El relato de un navegador de Mendoza es ilustrativo de lo que todxs comparten:

Los lugares no siempre son una sala de reuniones o una sala de conferencias, sino que simplemente es un consultorio o en la cocina del centro de salud o en el laboratorio, entonces intento que la charla sea más bien informal, amena (...) En el primer nivel de atención los tiempos apremian, entonces por ahí robarle una hora o dos horas a los miembros del personal es muy complicado, entonces intento utilizar algunas herramientas gráficas como para que ellos se vayan ubicando en todo lo que es el circuito del programa (...) En algunos casos, cuando tengo a disposición un proyector y puedo usar un proyector, sí las armo yo o me baso, o tomo algunas cosas de otras capacitaciones y demás, o de otros materiales, y armo yo una presentación con las partes que creo que le van a servir al equipo como para poder llevar a cabo el programa (...) el público para el cual se dan las charlas es muy variado, pueden ser desde agentes sanitarios, enfermeros, personal médico, de otras ramas también, como que no tengan que ver con la medicina de familia o generalista, por ejemplo podés tener pediatras, o podés tener encargados de laboratorio, podés tener muy diverso el público, porque es tanto como ramas pueda llegar a tener el centro de salud (Antonio, navegador, Mendoza).

Capacidades: conocimientos y habilidades de lxs navegadorxs

Al ser consultadxs sobre las capacidades que debían tener lxs navegadorxs para desarrollar su rol satisfactoriamente, la mayoría mencionó en primera instancia y de

manera espontánea aspectos referidos a la amabilidad, respeto, paciencia, empatía, claridad, perseverancia, sensibilidad y fortaleza.

Para mí amabilidad y carisma de la persona (...) Pero me parece que (...) la principal característica sería el carácter, digamos, la simpatía de la persona (Marcelo, navegador, Misiones).

La cuestión de respeto y empatía es lo fundamental. La empatía, el respeto con el otro, respetar tiempos (Equipo de una localidad de la provincia de Buenos Aires).⁹

Creo que tenés que ser una persona muy clara, que sepa expresarse, que tenga sensibilidad y paciencia (...) para mí tiene que ser una persona sensible, humana, o sea que vea al otro, que se interese por el otro (Ana, navegadora, Tucumán).

La comunicación con el paciente, estar preparado para diferentes tipos de reacciones por parte de esos pacientes. (...) Como que está buena también la parte psicológica, cómo acompañar a la familia (...) (Ana, navegadora, Tucumán).

Tiene que ser una persona verborrágica, que le guste comunicarse, fundamental (Antonio, navegador, Mendoza).

No ser alarmista, o sea, saber cómo manejar el discurso, (...) pero está bueno que por ahí, si capacitan a un navegador, den esto de la parte de cómo hablar con un paciente y cómo hablar con un médico (Ana, navegadora, Tucumán).

Solo en algunos casos y siempre en un segundo plano aparecieron las cuestiones relativas al manejo de conocimientos sobre el PNCCR y el CCR, sus síntomas, estadios, técnicas de diagnóstico y tratamiento, sobre el TSOMF y (en menor medida) sobre la organización de los servicios.

Lxs navegadorxs como capacitadorxs

A pesar de que lxs navegadorxs son lxs encargadxs de capacitar a los equipos del primer nivel de atención, el PNCCR no los ha formado para esta tarea ni ha preparado recursos pedagógicos *ad hoc*. Y aunque esta sea una tarea que todxs lxs navegadorxs desarrollan con frecuencia ninguna persona reconoció la necesidad de capacitarse para la planificación y realización de este tipo de actividades. Un aspecto que no integra los contenidos básicos de la formación,¹⁰ pero fue mencionado por algunxs navegadorxs

⁹ Referenciamos en este caso como Equipo de una localidad de la provincia de Buenos Aires debido a las particularidades que asume la implementación del programa de CCR en dicha localidad. Al respecto, en dicho municipio se lleva adelante un programa desde el cual, desde el año 2012, dentro de la línea de Prevención del CCCR se desarrollaron diversas estrategias de prevención y detección temprana. Así éste es anterior a la articulación del PNCCR con el municipio. Recién en el año 2016 comenzó a implementarse el programa en el hospital municipal, por lo tanto el programa tuvo que adecuarse a las líneas programáticas nacionales. Se trata de una experiencia única de implementación del PNCCR a nivel local y en el cual el rol y la función de promotorxs y navegadorxs lo realizan las mismas personas.

¹⁰ Los aspectos básicos de la formación o capacitación que el equipo nacional fue reconociendo como necesarios son: contenidos relativos al funcionamiento del PNCCR; contenidos relativos al CCR (situación epidemiológica; particularidades respecto de otros tipos de cáncer en relación con sus causas; diagnóstico; tratamiento y control); contenidos relativos a los mitos sobre el CCR y las barreras para el

como necesario para el buen desempeño de la tarea, es el de la comunicación con los equipos de salud del primer y segundo nivel (sí aparecen los contenidos relativos a la comunicación con lxs pacientes).

Lxs entrevistadxs plantearon que los conocimientos básicos sobre el PNCCR y el cáncer colorrectal fueron los contenidos priorizados en las capacitaciones del INC, en sintonía con esos contenidos básicos de la formación (ver nota 9). Asimismo, advirtieron sobre la necesidad de capacitaciones que favorezcan el desarrollo de la empatía, la persuasión y la comunicación junto con otras habilidades socio-relacionales que se ponen en juego con lxs pacientes y los equipos del primer y segundo nivel de atención.

De las escasas oportunidades que lxs entrevistadxs registraron para desarrollar estas habilidades destacaron los encuentros nacionales de navegadorxs en los que a partir del análisis de casos (reales o no) se discutían, definían y ensayaban situaciones de interacción con pacientes. Estas instancias fueron señaladas como valiosas oportunidades para el desarrollo de capacidades. Como son escasas las oportunidades en que estos encuentros se dan, varixs entrevistadxs plantearon que el desarrollo de estas capacidades queda muchas veces librado a la iniciativa y/o capacidades/habilidades previamente adquiridas por lxs navegadorxs.

Es importante insistir en que en todos los casos antes mencionados se trata de estrategias didácticas que trabajan con la relación con lxs pacientes y no sobre el vínculo con los médicxs del hospital, equipos del centro de salud o promotorxs. Este aspecto –el vínculo con los equipos de salud– fue señalado como muy relevante para el buen desempeño de navegadorxs.

Más allá de los encuentros nacionales, los talleres y cursos presenciales o virtuales ofrecidos por el PNCCR, lxs entrevistadxs entienden que su formación es el resultado de una combinatoria de estrategias y recursos muy diversos, que incluyen desde la lectura o el estudio de materiales gráficos y audiovisuales con fines informativos, de sensibilización y formativos del PNCCR (y que mayoritariamente no fueron concebidos para ellxs), charlas informales con los equipos del hospital y en particular con médicxs de los servicios especializados o a cargo del Programa Provincial. También reconocen como fundamental el acompañamiento del equipo del PNCCR que a distancia y mediante videoconferencias y llamadas telefónicas intervino aportando orientaciones e indicaciones sobre la tarea. De acuerdo con nuestro análisis, estas modalidades fueron predominantes desde los comienzos del programa en 2014 y muy rápidamente se fueron sumando las capacitaciones presenciales, pero a partir de 2016 éstas fueron desplazadas por instancias virtuales.

Lxs promotorxs: perfiles, rol y tareas

En cuanto a lxs promotorxs, también se trata de una población mayoritariamente femenina y por lo general con bajos niveles de educación formal. Las condiciones contractuales y la remuneración varían notablemente de acuerdo con la provincia y el momento de la incorporación al primer nivel de atención. La antigüedad en la tarea es

acceso de un diagnóstico oportuno; rol y habilidades de navegadorxs (en algunos casos también de lxs registradorxs porque las primeras experiencias de capacitación estaban destinadas al equipo provincial) y presentación de proyecto provincial, en relación con su implementación y gestión.

muy variada, pero se prolonga en el tiempo. Hay promotorxs con 27 o 30 años de servicio y otrxs que se incorporaron durante el último lustro, pero todxs tienen perspectivas de continuar en esa tarea. Ésta se organiza con base en un determinado número de manzanas, y muy excepcionalmente trabajan exclusivamente para determinados programas. Es decir que una misma persona es la responsable de “bajar” a la población a su cargo todos los programas implementados en ese territorio. Esto hace que lxs promotorxs manifiesten estar “desbordadxs” y que los programas que comparten este recurso humano fundamental de alguna manera “compitan” entre sí por su tiempo y buen desempeño.

De acuerdo con lxs navegadorxs, la dedicación y la calidad del trabajo de lxs promotorxs dentro del Programa de CCR es “despareja” y exige “refuerzos” periódicos para “corregir errores” frecuentes y así mejorar la (baja) calidad del desempeño de lxs promotorxs.

Mirá que damos capacitaciones todos los años, y siempre vuelven a haber errores o vuelven a haber dudas de personas que ya hemos capacitado, por eso seguimos insistiendo todos los años con las mismas cosas (Ana, navegadora, Tucumán).

Algunxs entrevistadxs explican que esta situación se debe a la falta de voluntad de lxs promotorxs, mientras que otrxs enfatizan el peso de las dificultades de aprendizaje y los bajos niveles educativos, más allá de la buena voluntad de lxs agentes.

Capacidades y habilidades de lxs promotorxs

De acuerdo con lxs navegadorxs y promotorxs consultados, las capacidades que deben tener o desarrollar lxs promotorxs que trabajen para el PNCCR están muy emparentadas con una tarea muy específica: la realización del Test de Sangre Oculta en Materia Fecal (TSOMF), lo que implicaría: identificar correctamente a la población, informar y persuadir a la persona de hacerse el test, instruirla sobre cómo hacer el test y entregar la muestra, y sólo en algunas provincias, comunicar su resultado y, eventualmente, contener y acompañar a lxs pacientes con resultado positivo. A diferencia de lo que ocurrió cuando estas personas tuvieron que referir capacidades de lxs navegadorxs, el sesgo contenidista e instruccional es notable, aunque la tarea concreta está más claramente definida (si la comparamos con la tarea de la navegación).

Sólo lxs integrantes del equipo local antes mencionado (ver nota 7) enfatizaron en la importancia de que lxs promotorxs desarrollen una comunicación persuasiva y empática (para comprender los temores y resistencias que generan los estudios diagnósticos). Este dato debe ser interpretado en el contexto de una experiencia municipal en la que el rol y la función de promotorxs y navegadorxs lo realizan las mismas personas y que desde 2012 viene implementando de manera sostenida estrategias de prevención y detección temprana del CCR con fuerte presencia territorial.

No obstante la importancia asignada a la comunicación no se reconoce en las entrevistas realizadas un lineamiento claro y útil sobre cómo se debería “hablar del CCR”, ni en la visita domiciliaria, ni a propósito de la eventual comunicación de un resultado del TSOMF. Lo que sí se observa es una dificultad para encontrar las palabras y el tono

adecuado y, en algunos casos, una clara indicación de eludir la mención del cáncer. Esto sugiere una dificultad que ya habíamos advertido en un estudio anterior (Bruno, Demonte y Jait, 2018). Frente a los temores que genera la “temible enfermedad”, la estrategia de los equipos de salud (tanto promotorxs como médicxs de atención primaria y especialistas) para propiciar la realización del test es evitar la alusión a la palabra “cáncer” y promoverlo como un estudio preventivo más, sin proporcionar mayores precisiones. Algunxs especialistas consultados en la anterior investigación aludida incluso justificaron que esa elusión del término era conveniente por el (escaso) nivel educativo de lxs pacientes.

Es importante tener en cuenta que por lo general lxs promotorxs sólo comunican los resultados negativos, para los positivos “no tienen permiso” pues para eso está el “personal idóneo”. Ellos sólo les avisan a lxs pacientes que lxs médicxs quieren verlxs si el resultado es positivo. No pueden decirles que es positivo “porque el paciente se altera”. Esta división respecto de quién comunica qué –según indican– funciona de la misma manera que en otros programas del Instituto. En algunos centros de atención primaria de la salud (CAPS) esta inhibición comprende la comunicación de cualquier resultado, positivo o negativo, lxs promotorxs no comunican resultados, sólo “la doctora que está a cargo del programa”.

Sobre la capacitación de lxs promotorxs

Lxs entrevistadxs coinciden en que es necesario consolidar la formación de lxs promotorxs de salud (actores clave por su inserción territorial y comunitaria como por su involucramiento en las tareas de tamizaje) en un mayor conocimiento del circuito integral de la detección, tanto respecto del TSOMF (objetivo, características, modo en que se realiza, grupos objetivo y significado de resultado negativos y positivos) como de la video colonoscopia (objetivo, características, modo en que se realiza, grupos objetivo y preparativos requeridos).

Como ya se ha dicho, son lxs navegadorxs lxs responsables de capacitar a lxs promotorxs de su jurisdicción aunque no cuenten con los recursos y la formación necesarios para llevar adelante esa tarea. Cuando promotorxs y navegadorxs refieren a un taller de promotorxs y detallan precisamente cómo fue esa instancia de capacitación, observamos que los “talleres” consisten predominantemente en charlas con un marcado énfasis expositivo, con escasas o acotadas oportunidades para el intercambio de experiencias, la evacuación de consultas o dudas, y la resolución de problemas situados en la práctica cotidiana. Inicialmente esas charlas estaban dirigidas a todo el equipo del primer nivel de atención por lo que su contenido era amplio y no siempre pertinente, ni culturalmente adecuado. Con el tiempo en algunas provincias los equipos provinciales a cargo del programa implementaron “talleres” específicos para promotorxs pero en otras provincias siguen siendo para todo el equipo del primer nivel de atención.

En la investigación precedente con promotorxs de Tucumán y Misiones sobre su participación en el programa, cuando lxs promotorxs fueron consultadxs sobre las capacitaciones que habían recibido del PNCCR, manifestaron enfáticamente la necesidad de contar con espacios más horizontales, reducidos y propicios para hacer preguntas y recibir respuestas situadas en sus contextos, protocolos y condiciones de trabajo. La crítica a las capacitaciones expositivas fue recurrente: “Yo fui a una que fue

mirar un video, entregarme un folleto y darme órdenes: tenés que llevar los frascos, tenés que dar esto, tenés que ésto y aquello” (María, promotora, Posadas).

También se hace referencia a la discrecionalidad o el carácter azaroso o caprichoso que gobierna la decisión de quién se capacita y quién no. Se señala que además esta decisión es de improviso (de hoy para mañana) y sin que medie explicación acerca de aquello a lo que se va a referir la formación. La capacitación que se les imparte a lxs promotorxs es percibida como un premio que reciben: “Mi jefa me pone APLAUSOS en el WhatsApp y me dice R. te felicito y mis compañeros me dicen Rosa qué bueno que fuiste elegida” (Rosa, promotora, Posadas).

Pero en otros casos la recepción de algunxs medicxs jefexs es: “Otra vez te mandan a esos cursos, ¿para qué tanto curso? (...) el supervisor me pide fotos para saber que estuve acá” (Carlos, promotor, Posadas).

Lo que se observa además es que no hay elementos de juicio para distinguir una charla, un evento de lanzamiento, un taller, etc. como tampoco para distinguir entre un material audiovisual para pauta publicitaria y un video educativo pensado como apoyo para un taller. Finalmente, y en lo que respecta a los recursos pedagógicos utilizados para capacitar promotorxs, es importante señalar que si bien por lo general las presentaciones de Power Point, los folletos y los videos usados fueron elaborados por el PNCCR, en ninguno de los casos fueron pensados como materiales con un objetivo formativo o de capacitación. En general estos materiales fueron concebidos como recursos para informar y sensibilizar a la población, lo que constituye un dato que expresa las condiciones en las que se desarrollan las actividades de formación.

Desafíos de la capacitación y sugerencias para mejorar las intervenciones pedagógicas

Explícitamente o de manera implícita lxs navegadorxs y promotorxs plantearon una serie de recomendaciones para mejorar la eficacia de las intervenciones pedagógicas del INC sobre CCR. En algunos casos, aluden a la incorporación de contenidos no abordados o abordados insuficientemente y en otros casos al tipo de estrategias didácticas y recursos didácticos. Resumiendo, estas recomendaciones se vincularon con:

- La puesta en marcha de intervenciones pedagógicas que incorporen el desarrollo de habilidades y aptitudes ligadas a la comunicación empática, persuasiva y eficaz con todos los actores involucrados en la ruta del paciente.
- El desarrollo de estrategias y recursos didácticos adaptables a las particularidades de cada programa provincial. Y la elección de estrategias que recreen situaciones rutinarias en las que lxs participantes/destinatarixs de la capacitación deban poner en juego conocimientos, habilidades y destrezas en una situación para cumplir con un objetivo o resolver un problema propio de la tarea.
- La elección de estrategias que fomenten el intercambio entre pares o integrantes de un mismo equipo de trabajo para compartir experiencias y aprovechar la riqueza del aprendizaje entre pares.
- La diversificación de géneros, retóricas, lenguajes y formatos para la elaboración de recursos didácticos centrados en lxs trabajadorxs de salud destinatarixs de la capacitación.

Recapitulando, en este primer análisis encontramos que:

- Se debe tomar en consideración que no hay acuerdo sobre las tareas específicas de lxs navegadorxs, que se definen circunstancialmente por la población con la que efectivamente se trabaja, los servicios en y con los que articula, y el momento y las condiciones de su inserción en el programa provincial del que depende.
- Lxs navegadorxs son responsables de capacitar a lxs promotorxs de salud de su jurisdicción, pero no cuentan con formación y recursos pedagógicos para llevar adelante esa tarea. Por la dinámica del primer nivel de atención las capacitaciones que imparten se llevan a cabo en momentos, espacios y recursos acotados y muy variables.
- Lxs navegadorxs no reconocen ni demandan ser capacitadxs para formar a otras personas, aunque ésta sea una tarea habitual.
- Lxs navegadorxs reconocen la centralidad de las tecnologías blandas en su trabajo, aunque sólo las valoran en el vínculo con lxs usuarixs (y sólo excepcionalmente con los equipos de salud del primer y segundo nivel con los que deben interactuar para activar las prácticas preventivo-promocionales). Lxs navegadorxs entienden que la formación en tecnologías blandas para la interacción con lxs usuarixs es escasamente entrenada por parte del INC.
- Quienes tienen la responsabilidad de capacitar a lxs promotorxs evalúan el desempeño de estxs como poco satisfactorio y explican esta situación en la falta de interés y/o voluntad, en las dificultades de aprendizaje y en los bajos niveles educativos de estxs trabajadorxs. Para estas personas la tarea de lxs promotorxs está fuertemente asociada a persuadir e instruir a lxs pacientes para la realización del TSOMF evitando “hablar de cáncer”. En cambio, lxs promotorxs y otrxs trabajadorxs con conocimiento y experiencia en el trabajo territorial enfatizan en habilidades y aptitudes ligadas a la empatía, el buen trato, la contención, el acompañamiento y el uso de un lenguaje adecuado a las competencias culturales de lxs usuarixs.
- Lxs promotorxs consideran que las capacitaciones que han recibido abordan contenidos genéricos para los equipos del primer nivel de atención que no se ajustan a sus problemas cotidianos; y manifiestan la necesidad de contar con espacios más horizontales y participativos para hacer preguntas y recibir respuestas situadas en sus contextos, protocolos y condiciones de trabajo.

Conclusiones y recomendaciones

Las tecnologías “blandas” son las que posibilitan a lxs trabajadorxs de la salud actuar sobre realidades singulares utilizando las tecnologías “duras” y “blanda-duras” como una referencia. A pesar de la importancia decisiva que lxs entrevistadxs le reconocen a las tecnologías blandas en el trabajo que realizan, las intervenciones pedagógicas dirigidas a estxs promotorxs y navegadorxs continúan bajo el influjo de la línea clásica de la Educación Continua (EC) que equipara educación con actualización de conocimientos técnicos universales que no incorporan las dimensiones socio



relacionales implicadas en este tipo de tareas, no dialogan con las trayectorias biográficas y profesionales de las personas, no se ocupan de sus situaciones y problemas cotidianos y no consideran sus condiciones de trabajo ni las estructuras y dinámicas institucionales y organizacionales en las que se desempeñan.

Aunque el PNCCR venía implementando hasta 2015 encuentros en los que los equipos de los programas provinciales se reunían e intercambiaban experiencias y recreaban situaciones rutinarias para su problematización, a partir del año 2016 estos encuentros comenzaron a espaciarse y fueron desplazados por la utilización casi exclusiva de entornos virtuales de formación técnica-profesional en un contexto de restricción presupuestaria y mayor alcance del programa en el país.

En ese pasaje a lo virtual, las intervenciones pedagógicas dirigidas a navegadorxs pendularon hacia un enfoque clásico (en los términos descriptos en el apartado “Intervenciones pedagógicas en salud: algunas aproximaciones y debates conceptuales”) que no obstante fue receptivo a las demandas de los equipos provinciales de un mayor entrenamiento en tecnologías blandas e incorporó a la comunicación como habilidad transversal para un desarrollo efectivo de la navegación. La formación de lxs promotorxs continuó bajo la responsabilidad de lxs navegadorxs sin formación ni recursos pedagógicos para esa tarea.

La comunicación como competencia transversal efectivamente incorporada en la formación virtual de navegadorxs, al igual que aquella competencia comunicacional que lxs navegadorxs reconocen como importante para el buen desempeño de lxs promotorxs, se apoya en una acepción subsidiaria e instrumental que busca un desempeño exitoso asociado con la realización del TSOMF en el primer nivel de atención y la adherencia de lxs usuarixs a las prácticas diagnósticas y terapéuticas como la video colonoscopia en el segundo nivel. Aunque esto es coherente con los objetivos misionales que se ha impuesto el PNCCR la pregunta que surge es qué características toma el proceso de intercambio de saberes si se prioriza el resultado y qué permeabilidad existe para que en ese proceso de comunicación “la eficiencia” sea un valor a construir entre emisores y receptores (Albardonedo, 2018).

Esta situación excede ampliamente la propuesta pedagógica desarrollada en el marco del PNCCR. En definitiva, la falta de desarrollo de propuestas pedagógicas que apunten a la formación en tecnologías blandas para el cuidado frente al CCR es una de las tantas expresiones del actual modelo de atención, hegemónico, curativo e individual, signado por un enfoque positivista, que legitima sólo el conocimiento y aplicación de las ciencias biomédicas y excluye toda consideración sobre las dimensiones sociales, culturales de los problemas de salud-enfermedad de los conjuntos sociales. Si bien en las últimas décadas las prácticas preventivas y promocionales han ido intensificándose – y lo que expresan lxs entrevistadxs es una muestra de ello–, transformar el imperante modelo de atención requiere –entre otras cuestiones– promover la discusión sobre las capacidades a fomentar en los equipos sanitarios para relacionarse y acompañar genuinamente a las comunidades y lxs pacientes en función de garantizar su derecho a la salud.

En este contexto, y sin olvidarnos de los objetivos del PNCCR, pero tomando en cuenta este análisis preliminar, la propuesta pedagógica cuyo diseño está en curso procura ubicar a navegadorxs y promotorxs en el centro de la escena promoviendo el aprendizaje a partir de la problematización de sus situaciones, prácticas y condiciones

de trabajo cotidianas en estrecha vinculación con lxs pacientes para escucharlxs, comprenderlxs y, en definitiva, cuidarlxs. A diferencia de la organización por niveles de atención, que actualmente estructura las capacitaciones provinciales, la propuesta se estructura con base en la “ruta del paciente” para que lxs trabajadorxs trasciendan su intervención específica y visualicen cómo ésta se entrelaza con las interacciones de lxs usuarixs con otrxs trabajadorxs de ambos niveles de atención en los que la comunicación se vuelve central para producir esos cuidados.

Bibliografía

- Albardonedo, V. (2018). Comunicación en la formación médica: campos implicados y debates pendientes *Divulgatio. Perfiles académicos de posgrado*, 3 (7), pp. 134-151.
- Albardonedo, V. (2015). La comunicación como contenido en la formación médica: estudio de caso desde la perspectiva del análisis crítico del discurso. En Petracci, M. (coord.) *La salud en la trama comunicacional contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo.
- Albardonedo, V. y Cuberli, M. (2011). La comunicación como acto y disciplina en la formación de médicos. En Petracci, M. y Waisbord, S. *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía.
- Bruno, D., Demonte, F. y Jait, A. (2020). Hablar de cáncer colorrectal. Estudio de recepción de mensajes de un programa nacional de salud en Argentina, *La trama de la comunicación*, 24 (1), pp. 15-036.
- Bruno, D., Demonte, F. y Jait, A. (2018). *Comunicar el cáncer colorrectal. Estudio de recepción de mensajes informativos, de sensibilización y educativos del Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal (PNCCR)*. Buenos Aires: Asociación Civil Trama-Lazos para el Desarrollo.
- Cassís Larraín, A. (2011). Donald Schön: una Práctica profesional reflexiva en la Universidad. *Compás Empresarial* 3 (4), pp. 14-21.
- Cófreces, P., Ofman, S. y Stefani, D. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud* 4, pp. 19-34.
- Davini, M.C. (1994). Prácticas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. En Haddad, J., Davini, M.C., Roschke, M.A. (edits.), *Educación Permanente del Personal de Salud*. Washington: OPS.
- Freund, K., Battaglia, T., Calhoun, E., Dudley, D., Fiscella, K., Paskett, E., Raich, P. & Roetzheim, R. (2008). Patient Navigation Research Program Group. National Cancer Institute Patient Navigation Research Program: methods, protocol, and measures. *Cancer*, 113(12), pp. 3391–3399.
- Irigoin, M., Tarnapol Whitacre, P., Coe, G. (Eds.). (2002). *Mapa de competencias de la comunicación para el desarrollo y el cambio social: conocimientos, habilidades y actitudes en acción*. Washington, D.C., Estados Unidos: The CHANGE Project Academy for Educational Development.

- Maizel, A. (2018). *El rol del navegador/a en el Programa de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal en Argentina*. Trabajo Final Integrador de la Especialización en Comunicación y Salud de la Facultad de Periodismo de la Universidad Nacional de La Plata. Inédito.
- McDonough, A., Vargas, M., Nguyen-Rodriguez, S., Garcia, M., Galvez, G., Rios-Ellis, B. (2016). Mujer Sana, Familia Fuerte: The Effects of a Culturally-Relevant, Community-Based, Promotores Program to Increase Cervical Cancer Screening among Latinas. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 27, pp. 568-579.
- Merhy, E. (2006). El médico y sus maletines tecnológicos: un ensayo sobre la reestructuración de la producción del cuidado. En *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Merhy, E., Feuerwerker, L. y Burg Ceccim, R. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva* 2 (2), pp. 147-160.
- Mignini, L., Ramos, S., Pesce, V., Tabares, G., Straw, C., Romero, I., Moretto, V., Almada, C., Schneider, M., Robles, N., Fein, L., Viniegra, M. (2016). Demoras en el proceso de atención de pacientes con cáncer de mama en dos hospitales públicos de la provincia de Santa Fe. *Rev Argent Salud Pública*, 7(27). pp. 21-26
- Ministerio de Salud (MS) (2015). *Guía para equipos de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: MS.
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferentes. *Atención Primaria* 44(6), pp. 58-65.
- Moore P., Gómez G., Kurtz S., Vargas A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile* 138, pp. 1047-54.
- Obregón, R. (2010). Un panorama de la investigación, teoría y práctica de la comunicación en salud. *Revista Folios* (23), pp. 13-29.
- OPS (2013). *Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas*. Washington: OPS.
- Pascal, J.P., Hendren, S., Loader, S., Rousseau, S., Schwartzbauer, B., Sanders, M., Carroll, J., Fiscella, K. y Epstein, R. (2011). Understanding Processes of Patient Navigation to Reduce Disparities in Cancer Care: Perspectives of Trained Navigators from the Field, *J. Cancer Educ.* 26(1), pp. 111-120.
- Petracci, M. y Waisbord, S. (Comps.) (2011). *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía Ediciones.
- Quintana, P., Roschke, M. y Otero Ribeiro, E. (1994). Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicios en salud. En Haddad, J., Davini, M.C., Roschke, M. A. (edits.), *Educación Permanente del Personal de Salud*. Washington: OPS.
- Sherwin, E. (2014). *Promoción de la salud en la Ciudad de Buenos Aires: un estudio sobre el trabajo de los promotores de salud y las percepciones de su rol en la comunidad*. Independent Study Project (ISP) Collection. Disponible en https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1994

Wells, K., Battaglia, T., Dudley, D., Garcia, R., Greene, A., Calhoun, E., Mandelblatt, J., Paskett, E. & Raich, P. (2008). Patient navigation: State of the art or is itscience? *Cancer*, 113, pp. 1999-2010.

