

Revista de la Sociedad de Educación Médica de La Plata

ISSN 1852-8376

Año III, Número 1

Primer semestre del 2011

EDUCACIÓN MÉDICA PERMANENTE

El compromiso social de los médicos es el aprendizaje continuo durante toda la vida



SOCIEDAD DE
EDUCACIÓN MÉDICA DE LA PLATA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES - ARGENTINA

Comité editorial

Director/Editor

PROF. DR. OSCAR GIACOMANTONE

Co-directora/Editora

PROF. DRA. ANNA CANDREVA

Editores alternos

PROF. DRA. ISABEL SUÁREZ

PROF. DRA. SANDRA SUSACASA

Comité académico asesor

Integrado por los actuales Profesores Extraordinarios de la Facultad de Ciencias Médicas (UNLP):

PROF. RUBÉN CÓRSICO - PROF. JORGE ROSA - PROF. DRA. NELLY AZUCENA PASTORIZA - PROF. DR. CESAR RENEÉ BURRY - PROF. DR. LUIS JULIO GONZÁLEZ MONTANER - PROF. DR. RAÚL ALBERTO ORSINI - PROF. DR. HÉCTOR OMAR BUSCHIAZZO - PROF. DR. JORGE MORANO BALDIZZONE - PROF. DR. ÁNGEL FERNANDO PINEDA GIL - PROF. DR. CÉSAR GÓMEZ DUMM - PROF. DR. RICARDO JOSÉ SÁNCHEZ - PROF. DR. ARTURO CABRAL AYARRAGARAY - PROF. DR. GUILLERMO COCOZZELLA - PROF. DRA. SYLVIA CLARA SCOCCIA - PROF. DRA. PERLA MORDUJOVICH - PROF. DR. NÉSTOR ESTEBAN MIRANDA - PROF. DR. ALBERTO LEONARDO POLI - PROF. DR. EMILIO CECCHINI - PROF. DR. HORACIO EUGENIO CINGOLANI - PROF. DR. FRUTOS E. ORTIZ - PROF. DRA. FLORA MARÍA STOICHEVICH - PROF. DR. ROBERTO HUGO CASTELLETTO - PROF. DR. JORGE RAÚL DEFELITTO - PROF. DR. VÍCTOR MARÍA PONISIO - PROF. DR. ROQUE ALBERTO VENOSA - PROF. DR. JULIO CESAR MAZZA - PROF. DR. RICARDO JOSÉ SÁNCHEZ - PROF. DR. RUBÉN PEDRO LAGUENS - PROF. DR. ENRIQUE ROGELIO MALLO - PROF. DR. ANTONIO MÉNDEZ ANELL - PROF. DR. ALFREDO FRANCISCO GUERRINI - PROF. DR. MANUEL SUÁREZ RICARDS - PROF. DR. CARLOS ALBERTO PEREYRA - PROF. DR. CARLOS EDUARDO CASTILLA

Corrección y maquetación

ESP. ANALÍA VERÓNICA PINTO

Educación Médica Permanente

Revista de la Sociedad de Educación Médica de La Plata

Año III – N° 1

Primer semestre del 2011

ISSN 1852-8376

Dirección Postal: Calle 5 N° 1394

La Plata (CP B1900)

Provincia de Buenos Aires

República Argentina

Dirección permanente en internet:

<http://www.semlp.org/>

Correo electrónico:

oscargiacomantone@gmail.com

Foto de tapa:

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de La Plata

Provincia de Buenos Aires, Argentina

Revista auspiciada y apoyada por la

FUNDACIÓN «PROFESOR DOCTOR EMÉRITO BERNARDO ELISEO MANZINO»

Índice

Nota del director/editor	5
---------------------------------	----------

TRABAJOS ORIGINALES

El docente en la educación del médico clínico y/o internista	6
---	----------

ISABEL B. SUÁREZ, CON LA COLABORACIÓN DE OSCAR A. GIACOMANTONE

Concepto actual del médico clínico o internista	57
--	-----------

OSCAR A. GIACOMANTONE E ISABEL B. SUÁREZ

Estudio de habilidades y destrezas en el aprendizaje basado en problemas	62
---	-----------

OSCAR A. GIACOMANTONE

Rol del internista en los nuevos sistemas de salud	72
---	-----------

J. VÁZQUEZ, J. AVERBACH Y O. A. GIACOMANTONE

ÉTICA MÉDICA

El médico y las gentes	90
-------------------------------	-----------

FLORENCIO ESCARDÓ

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

Qué es la medicina, de Egidio S. Mazzei	105
--	------------

ANALÍA V. PINTO

ARTE Y MEDICINA

«El Hospital de Arlés» (óleo, 1889), de Vincent van Gogh	107
---	------------

OSCAR A. GIACOMANTONE

Nota del director/editor

Estimados lectores:

Volvemos a ponernos en contacto con ustedes, luego de un período de discontinuidad, debido a problemas vinculados a la entidad que nos financia, a través de subsidios, para mantener la página web y la edición de la revista.

Por otra parte, el grupo de pedagogos que integra nuestra sociedad tiene múltiples tareas, tanto en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación como en el Departamento de Educación Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP. En este último ámbito de trabajo, por remodelación edilicia, se ha visto limitado en sus espacios y, consecuentemente, en su capacidad laboral y productiva.

Como ya hemos expuesto y reiteramos nuestra revista es órgano oficial y de difusión de actividades de la Sociedad de Educación Médica de La Plata (provincia de Buenos Aires) y de la institución sin fines de lucro Fundación «Prof. Dr. Bernardo Eliseo Manzano». Esperamos lograr durante el transcurso de este año la frecuencia y comunicación deseadas.

Se adelanta que en nuestras próximas publicaciones se editarán trabajos y distintos aportes presentados y discutidos en nuestra sociedad, sobre historia de la medicina, con especial énfasis en nuestra ciudad de La Plata. Se los invita a participar en nuestras actividades, presencialmente, en nuestra sede social de calle 50 n° 473, de la ciudad de La Plata.

Sin más, les damos la bienvenida a este número de la revista.

PROF. DR. OSCAR ALBERTO GIACOMANTONE

El docente en la educación del médico clínico y/o internista

Su rol insustituible en la formación y capacitación del médico clínico en particular y de los médicos en general

ISABEL BEATRIZ SUÁREZ

CON LA COLABORACIÓN DE OSCAR ALBERTO GIACOMANTONE

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Resumen

El objetivo del presente trabajo es analizar la importancia del docente-profesor universitario en medicina en la formación y capacitación del médico clínico en particular y de los médicos en general. Para comprender ese rol, no debe realizarse en abstracto, sino en el contexto de las actuales situaciones sociales, culturales y económicas que inciden sobre la educación médica. La sociedad y los sistemas de atención médica reclaman cambios, en muchas ocasiones con intereses divergentes. Frente a ello cabe preguntar ¿qué hacer? ¿qué cambiar? ¿cómo cambiar? ¿para qué cambiar?

Las respuestas a estas y otras preguntas, no es lineal, simple ni fácil. Deben elaborarse con un enfoque sistémico y de proyección histórica, evaluando reflexivamente pasado, presente y futuro inmediato, no de manera contemplativa sino crítica y comprometida con propuestas de acción para mejorar la realidad.

En la introducción se efectúa un diagnóstico de situación de la realidad social y médico educativa y la forma de abordarla para su análisis crítico con una propuesta superadora.

En el apartado 1 se plantea una visión reflexiva y crítica del pasado sobre la base de nuestras vivencias como alumnos y graduados. Posteriormente con el mismo espíritu crítico y reflexivo en el apartado 2 se aborda el presente, en lo referente a la Medicina Interna-Clinica Médica y su pérdida de jerarquización frente a especialidades médicas que utilizan tecnologías y se desarrolla una temática de vigencia actual como es la Reforma Educativa en general y la Reforma Curricular en curso en la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata.

Con el objetivo de tender al logro de una Educación de Calidad Superadora en el apartado 3 se desarrollan ideas que consideramos medulares como Educación Centrada en el Aprendizaje y Educación Permanente que constituye el marco conceptual y de integración con la descripción de algunas experiencias de los autores referidas a innovación educativa en Clínica Medica-Medicina Interna desarrolladas en el apartado 4 y otros artículos incluidos en este número de la revista.

Pensamos que en las últimas décadas se ha producido un desfasaje entre la práctica de la medicina y su enseñanza, siendo los factores condicionantes los grandes cambios en el ámbito social, científico y tecnológico. Estos cambios no tuvieron el acompañamiento de modificaciones estructurales en la forma de concebir el proceso de aprendizaje-enseñanza.. Esto motiva las reflexiones y propuestas para un nuevo modelo de docente-profesor universitario en Medicina que desarrollamos en el apartado 5.

Una vez recorridas todas estas instancias, consideramos imprescindible mantener, reforzar, perfeccionar, los valores morales de la profesión, que desde Hipócrates hasta nuestros días constituyen el sustento ético del contrato moral de la medicina y de los médicos con la sociedad, adhiriendo a los principios y compromisos del Profesionalismo Médico para el nuevo milenio, siendo este el tema central del apartado 6.

En las reflexiones finales del apartado 7 se establecen las distintas variables de la relación docente/profesor-estudiante/aprendiz; los valores en que se sustentan, concluyendo que pese al progreso de tecnologías modernas aplicadas a la educación medica, el rol del docente-profesor fue, es y será insustituible en la formación y capacitación medica. En su parte final se definen conceptualmente lo que debe ser una Cátedra y la concepción de una Escuela Médica.

Y para finalizar diremos que si bien el rol del docente en la formación del médico no puede ser reemplazado por ningún avance tecnológico, reconocemos también que los docentes deben asumir compromisos personales e institucionales, debiendo profesionalizarse como educadores médicos en forma inicial y permanente, además de la competencia personal en la disciplina médica en la que actúan. Para desempeñarse como docente-profesor universitario en Medicina, es imprescindible la competencia médica en su disciplina, pero no es suficiente para ser un buen docente, puesto que se requiere de una formación educativa pedagógica.

Introducción

Vivimos en un periodo histórico de profundas transformaciones sociales. La sociedad avanza a un ritmo muy superior al de sus propias estructuras, la universidad como parte constitutiva reacciona por detrás de los acontecimientos.

Así se habla de la crisis de la formación universitaria, la cual no está dada tanto en la explosión misma del conocimiento como en el grado de coherencia entre las consecuencias que produce su

onda expansiva, los medios para abarcarla y la capacidad totalizadora para asimilar el conocimiento que se produce en forma multi e interdisciplinaria.

Como consecuencia de lo citado, hay fuertes tendencias en el mundo para reformar las universidades en sus misiones y prácticas^[3, 4]. Muchas de las reformas ensayadas tienen carácter limitado, son fragmentadas y espasmódicas.

Toda reforma debería significar *evaluación continua*, para modificar lo que tiene que cambiar y mantener lo que debe permanecer^[14].

En estos tiempos históricos excesivamente pragmáticos, impregnados hacia un mundo signado por la producción y posesión de objetos materiales, es la universidad la que debe apostar por compatibilizar la praxis con la utopía. La utopía, teniendo como punto de partida el presente sustentado en el pasado y pensar otra realidad posible mejoradora. Desde este punto de vista, la utopía abre el camino a la reflexión, al raciocinio, a la imaginación constructiva, al mundo de las ideas sobre el cual asienta la civilización, y sobre el que la universidad debe influir en forma preponderante. Sin utopía no hay educación^[22].

Y en esta línea de pensamiento es apropiada la pregunta: ¿somos los universitarios intelectuales? Deberíamos serlo, porque el intelectual es antes que un oficio, una vocación consistente en asumir el ejercicio consciente y explícito de la función primaria de la inteligencia, que es ideación, creación de ideas como hipótesis con las que interpretamos la realidad, el ámbito originario de la inteligencia es la razón, la cual se sustrae a la dicotomía fin-medios y en general a todo planteamiento en términos de utilidad.

Las ideas del intelectual deben interpretarse como conciencia crítica y el caso paradigmático del oficio intelectual es el profesor universitario.

Uno de los objetivos de la presente comunicación es realizar una descripción y crítica de la enseñanza de la Medicina Interna en el pasado y cómo con el devenir de los cambios fue necesario tener utopías e intentar modificaciones, con la concepción de que el pasado vive en el presente y este lo hará en el futuro. Construir el futuro sólo es posible desde los significados de las imágenes e ideales del pasado y del presente.

La educación es proyecto en la medida que se inicien acciones en el presente, que incidirán en alguna medida en el futuro^[54].

Como docentes universitarios:

¿Qué ideales inquietan nuestro ánimo y estimulan nuestra acción?

¿Cuál es nuestra utopía para los tiempos por venir?

Sobre esta línea de ideas, ideales e intenciones se proyecta nuestro trabajo.

1. Visión reflexiva y crítica del pasado

Hemos tenido la posibilidad y el privilegio de formarnos en la proyección humana y médica, en ámbitos de trabajo vinculados a la atención médica hospitalaria y ambulatoria relacionados a una Cátedra de Medicina Interna.

Dicha Cátedra, la de Medicina Interna «A» de la UNLP, tenía características particulares que estaban dadas por los maestros y docentes que la constituían, donde además de brindarnos capacitación en técnicas diagnósticas y terapéuticas, contribuían a nuestra formación moral, sin discursos grandilocuentes, pero sí con el ejemplo cotidiano de sus conductas humanas y profesionales.

Es este modelo identificatorio que nos indujo a iniciar una carrera de formación docente, como resultado de la atmósfera ética que se vivía y como forma de retribuir a la universidad y sociedad lo que nos habían brindado, transitar el camino en la formación de futuros médicos e inicialmente en nuestros pares generacionales en el rol de Ayudante Alumno. La característica distintiva de acceso a la docencia en sus diferentes niveles se efectuaba mediante un riguroso mecanismo de concurso público. De esta forma, bajo una continua supervisión en nuestras actividades docentes y asistenciales, lográbamos una capacitación continua donde en la práctica constituía una integración asistencial y docente.

Este logro fue posible por la existencia de definiciones y acciones políticas concretas a saber:

- El cuerpo docente que constituían las diferentes cátedras estaba compuesto en su mayoría por médicos asistenciales del Hospital San Martín, donde las cátedras tenían su sede y el profesor titular tenía un cargo jerárquico en la estructura funcional hospitalaria, ambos obtenidos por concurso.
- Lo anteriormente citado contribuía a que la praxis médica fuera una realidad, configurando la integración de la teoría y la práctica.
- Bajo el conocimiento actual de la Educación Médica como disciplina, allí se planteaban y ejercitaban las siguientes premisas^[62]:
 1. Énfasis en conductas y actitudes en los niveles Humano, Docente y Médico Profesional.
 2. Participación activa en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
 3. Aprendizaje vivencial.
 4. Progresiva asunción de responsabilidades.
 5. Aprendizaje con abordaje y solución de problemas.
 6. Metodología de resolución de problemas.

Este modelo fue exitoso y funcionó, pese a no ser perfecto y tener limitaciones pero los grandes cambios sociales, médicos y educacionales gradualmente lo fueron haciendo obsoleto, con la evidencia perentoria de modificaciones. En este momento histórico, el Modelo de la Educación era ya de transición: del paradigma de la Educación basada en la Enseñanza y el Docente al paradigma de Educación basado en el Aprendizaje y el Alumno.

Las transformaciones producidas a través de los años, a nivel mundial, produjo y produce cambios continuos en todos los niveles de una sociedad y de la educación en particular como el mayor acceso a la educación superior que trajo aparejado el crecimiento de la matrícula y el progreso científico en forma logarítmica y vertiginosa que hizo evidente la necesidad de cambios para adaptarse a una nueva realidad. Así en el ámbito de la Cátedra se incorporaron nuevas actividades, a saber:

- **Ateneo de Actualización Bibliográfica** con participación de médicos, docentes, estudiantes e invitados especiales.
- **Curso de Actualización en Medicina Interna** con participación de médicos, docentes, estudiantes e Invitados especiales referentes en el tema convocado, que correspondía a la temática de la Medicina Interna que se desarrollaba en el año en curso.

Otra característica de esta nueva etapa se refirió al sistema de **Evaluación**, cuyas premisas esenciales eran que debía ser Continua e Integral. Sobre estos ejes es que la Evaluación poseía las siguientes características^[6, 7, 8, 9] (ver más adelante Documento N°4):

- Evaluaciones periódicas parciales preestablecidas en forma teórica y practica sobre pacientes y/o situaciones clínicas.
- Evaluaciones finales al término de los ciclos y/o cursos con iguales características que la precedente.
- Valoración conceptual del alumno, en cuanto a participación activa, actitud de colaboración, compromiso, etc.
- Evaluación de la actividad desarrollada en cuanto a contenidos, metodología de trabajo y actividad docente por parte del alumno, mediante la invitación en forma presencial al dialogo crítico reflexivo con propuestas y encuestas periódicas, anónimas y obligatorias con preguntas dirigidas y posibilidad de respuestas abiertas.

De lo dicho se desprende que en la práctica la Evaluación era Continua y Totalizadora, ya que involucraba todo el proceso del acto educativo con el fin de consolidar y/o rectificar el rumbo de las acciones.

Fue la Evaluación Continua y Sistemática la que evidenció en los alumnos una carencia en la formación práctica y contacto directo con el paciente y, como medida correctiva y complementaria de la formación del futuro médico se adiciona, en forma obligatoria, la realización de **Pasantías**, durante quince días a tiempo pleno, en centros hospitalarios, constituidos previamente en Subsedes de la Cátedra, tema este que será desarrollado en el apartado 4.

Con la concepción de que docente no se nace sino que se hace y, en el acto educativo, alumno y docente son los beneficiarios de este accionar, ya que ambos aprenden y se enriquecen recíprocamente es que se reinstala en la cátedra la figura del **Ayudante Alumno**, mediante la realización de concursos^[28, 32].

Es así que los autores de la presente comunicación, aunque integrantes de diferentes generaciones, vivieron y participaron de este modelo formativo con variables pero con una línea direccional común del perfeccionamiento continuo, intentando aportar mejoras frente a la detección de problemas con el objetivo de promover un modelo de Calidad Asistencial y Educativa^[3, 12, 44].

2. Visión reflexiva y crítica del presente

Las facultades de medicina en general y la de la Universidad Nacional de La Plata en particular, ha iniciado a través de ideas y acciones, una perspectiva de cambio de la Educación Médica desde el periodo de normalización universitaria (1984-1986) hasta la fecha, intentando adaptarse a nuevas realidades sociales y económicas en la profesión médica, en la explosión de nuevos conocimientos en las ciencias biológicas, avances tecnológicos y en particular en la educación.

Ello se inicia en el año 1984 con la organización de Jornadas de Reformas Curriculares, en las cuales participa el personal docente de la facultad durante tres días a tiempo pleno, con suspensión de toda otra actividad, sobre el tema y la necesidad de «La Reforma Curricular». Esta inquietud que nació como tal hasta convertirse en una necesidad, se ha ido incrementando en forma gradual y progresiva, adquiriendo características de prioridad política conductiva en posteriores autoridades y consejos académicos electos por vía de las alternativas democráticas que posibilita el estatuto de la UNLP.

Para la gestación y desarrollo de la Reforma Curricular, a través del tiempo, se tuvieron en cuenta aportes y recomendaciones por medio de consensos internacionales tales como:

- Asociación Médica Mundial^[4, 5, 6]
- Federación Mundial de Educación Médica^[11, 12, 13]
- Los estándares para una educación médica a nivel mundial y posteriormente los nacionales argentinos con semejanzas y bases de los precedentes de la Asociación de Facultades de Medicina de la Republica Argentina (AFACIMERA)^[11, 12, 39]
- La Ley Federal de Educación que reconoce no sólo las tradicionales facultades de medicina de las universidades nacionales, sino también las instituciones privadas.

La citada ley pone en marcha un organismo, contemplado en ella, como es la Comisión Nacional de Acreditación y Evaluación Universitaria de la Republica Argentina, denominada y conocida por sus siglas como CONEAU. La citada comisión inicia los sistemas de evaluación periódica de las facultades de medicina, en sus comienzos en forma voluntaria y luego obligatoria, mediante procedimientos que contemplan:

1. Autoevaluación

2. Evaluación externa: realizada por expertos, pares evaluadores

3. Acreditación y Certificación sobre la base de modelos de calidad (estándares aprobados) cuya acreditación puede ser por seis años (MB), por tres años, siendo esta una aprobación condicional provisoria con compromiso adquirido a cumplir con las modificaciones sugeridas^[14, 39]

A través de estos procesos señalados a nivel nacional, la Facultad de Ciencias Medicas de La Plata ha iniciado reformas curriculares y acciones de cambio para concretar mejoras, entre ellas merecen ser destacadas:

- Definición del Perfil del Médico a formar.
- Implementación de Examen de Ingreso, previo Curso de Capacitación con técnicas de resolución de problemas y opciones múltiples en disciplinas tales como Biología, Matemáticas y Física. Analizando sus resultados, ha demostrado a través de los años las graves falencias formativas y de capacitación que poseen los aspirantes en esas disciplinas de nivel secundario, dando como consecuencia un alto índice de fracasos y una reducción significativa y racionalización del ingreso a niveles compatibles con los recursos disponibles de la facultad.

- Reglamentación de régimen de correlatividades y exigencias para ser reconocido como alumno regular.
- Impulso creciente a las actividades de posgrado, basadas en la premisa de la necesidad de Formación Continua, mientras el graduado se desempeñe como médico y docente.
- Reforma curricular, con redistribución y jerarquización de materias y su carga horaria, incorporación de disciplinas necesarias al avance de la ciencia. Es importante destacar, en la reforma curricular, la implementación de la Práctica Final Obligatoria (PFO), con alta carga horaria, descentralizada, con actividades prácticas y vivenciales en áreas troncales, a saber: Medicina Social y Comunitaria, Clínica Médica, Cirugía Básica, Ginecología-Obstetricia y Pediatría.
- Organización departamental a los fines de integrar y coordinar las actividades académicas y educativas (ver más adelante Documento N° 5).

Los autores consideran que el camino hasta ahora recorrido en pos de cambios necesarios son adecuados y racionales bajo los criterios y conceptos de la Educación Médica Actual.

Aun no se perciben resultados sustanciales en la educación y formación medica, aunque debe reconocerse que las transformaciones en su producto final en educación se hacen evidentes en el tiempo y no en forma inmediata.

A continuación se analizará:

- desde un punto de vista conceptual y teórico todo cambio o reforma educativa en forma general y luego
- la Facultad de Ciencias Medicas de la UNLP en forma particular.

Toda **Reforma Educativa** debe plantearse y tener en cuenta:

1. Un proyecto que analice qué tenemos, dónde estamos, cómo estamos y adónde queremos llegar en un corto, mediano y largo plazo. Sobre la base de sus respuestas, la elaboración de las propuestas.
2. Establecer un consenso.
3. Preparación de los ejecutores (docentes) para el cambio.
4. Invertir y poseer recursos económicos asignados para la reforma, con una distribución racional en función de sus objetivos^[3, 15].

En la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, como se dijo anteriormente, se ha establecido un cambio curricular y mejoras destinadas a implementar estándares de calidad. Analizando en forma reflexiva el cambio curricular, podemos concluir con algunas consideraciones:

1. No todos los integrantes responsables en Educación Médica (Ministerio de Salud, Docentes, No docentes, Alumnos) están comprometidos con el cambio.
2. Los recursos son escasos y se asignan según necesidades urgentes y no por prioridades que demanda la práctica cotidiana.
3. Los ejecutores de los cambios (docentes), en términos generales poseen^[3, 16, 21]:
 - Capacitación técnica profesional en su especialidad médica.
 - Escasa capacitación docente pedagógica.
 - Limitada dedicación a la docencia sobre la base de designaciones en su mayoría con dedicación simple, escasas con semidedicación o dedicación exclusiva. Esto conlleva la escasez de tiempo dedicado a la docencia en pos del cumplimiento de obligaciones sustanciales para posibilitar un ingreso económico que permita la subsistencia personal y familiar^[22, 23, 43, 47, 56].

Analicemos en forma individual estos tópicos:

1. El compromiso en una **Reforma de la Educación Médica de Calidad** es múltiple, debiendo estar involucrados en los cambios:
 - a. La sociedad en general y los órganos gubernamentales en particular a través de la asignación de recursos.
 - b. Debe ser considerada la Reforma de la Educación Médica como una política de Estado ya que sus consecuencias recaerán en la población como un todo a través de la salud, por lo cual debe haber una cooperación e integración solidaria entre los sectores de salud (nacionales, provinciales y municipales) y los formadores de recursos humanos (facultad) y no un divorcio y antinomia como se observa hoy entre sedes de cátedras asistenciales y conducción hospitalaria en la provincia de Buenos Aires a niveles centrales (ciudad de La Plata).
2. Los **recursos**
 - a. Históricamente y en etapas de masificación del ingreso a la carrera de medicina, se asignaron recursos a cátedras de años iniciales de la carrera (1º, 2º y 3º año), duplicándolas, lo cual trajo aparejado aumento en el número de docentes y carga horaria en las materias básicas.

b. Fue necesario en igual forma la asignación de recursos desde la implementación del Examen de Ingreso a cargo del Departamento de Admisibilidad.

c. La complejidad del manejo ejecutivo, técnico y administrativo que adquiere la facultad significó la asignación de cargos y cargas horarias, que se reflejó en el otorgamiento de recursos y cargas relevantes.

d. No ha habido cambios sustanciales en los cargos, dedicaciones y remuneraciones de los docentes que se desempeñan en las cátedras de disciplinas asistenciales y de los responsables de la futura Práctica Final Obligatoria. Este universo docente en su mayoría, posee simple dedicación y un número considerable de docentes *ad honorem*.

3. La **Capacitación Pedagógica** y la incorporación de Innovaciones para toda reforma son imprescindibles^[4, 16, 21, 22, 23, 37, 42, 55], estando circunscripta en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP a la organización de Cursos sobre Pedagogía y Didáctica, no obligatorios para todos los cargos docentes. Debería existir un mecanismo integrador con el Departamento de Pedagogía Universitaria con una supervisión docente en servicio de la implementación de innovaciones educativas, siendo una necesidad para los docentes encargados de la Práctica Final Obligatoria que con seguridad poseen competencia médica pero no poseen en su mayoría formación pedagógica. Una consideración especial nos merece la formación y capacitación del docente en la disciplina de Clínica Médica/Medicina Interna, quien se ha convertido gradual y progresivamente en un excluido a causa de múltiples factores, a saber:

a. Jerarquización de especialidades en desmedro de la Clínica Médica a nivel social, asistencial y ámbitos de sedes de cátedras.

b. Elección de posgrados por especialidades y usufructo de complejas tecnologías con altas remuneraciones.

c. La falta de cumplimiento del Convenio de Integración Docente Asistencial entre el Ministerio de Salud y la Facultad de Medicina que debería ser una realidad en el ámbito de la provincia de Buenos Aires. Es su desconocimiento lo que ha provocado la pérdida de espacios dedicados a la docencia de pregrado. Este hecho ha tenido graves consecuencias en la formación médica, como el deterioro en la capacitación mediante la incorporación de habilidades y destrezas en forma activa y participativa por parte de los alumnos. La formación práctica deberá esperar la recta final de la carrera, es decir en la Práctica Final

Obligatoria. Esta realidad colisiona con los estándares de calidad de formación médica que proponen la participación precoz de los estudiantes en la práctica de la atención médica.

Para finalizar con las reflexiones y críticas del presente, diremos que no se evidencia una jerarquización del docente^[3, 16, 41, 48, 56], que no sólo debe ser de la institución universitaria sino abarcativa a los niveles

- Académico
- Social
- Económico

3. Aportes a través de conceptos, ideas y reflexiones, útiles para proponer un Modelo de Calidad Educativa Superadora

La segunda mitad del siglo XX pasará a la historia como un periodo de gigantesca expansión y transformaciones en educación general y superior^[3].

Esto sucede en un contexto de cambios económicos, sociales, culturales que trae como consecuencia una crisis evidenciada en forma particular en la educación. Entendemos el concepto de crisis como la existencia de un conflicto, tensión, mutación, que a su vez brinda la oportunidad de crecimiento. En síntesis, crisis es un conflicto y una oportunidad de cambio.

La educación siempre está en crisis, porque el mundo y las circunstancias no son estáticas, son cambiantes, ahora aceleradamente, produciendo desfases entre conocimientos, métodos, ideas, acciones sobre las cuales pretendemos reflexionar para mejorar la calidad educativa.

Ante una crisis se debe actuar en forma reflexiva, primero haciendo un diagnóstico y posteriormente actuando, interviniendo mediante propuestas superadoras. El problema mayor no es fracasar en los intentos superadores, sino que el fracaso absoluto es la inacción, no hacer nada^[3, 22, 32].

Ante épocas de conflictos en educación, todo accionar debe estar guiado por:

- Saber preservar lo esencial.
- Desprenderse de lo accesorio.
- Crear nuevas alternativas.

Es por todo esto que se propone una Educación de Calidad.

El término *calidad*, en sentido genérico, se refiere a la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que puede apreciarse como mejor o peor que otros de su especie (definición dada en el diccionario de la Real Academia Española).

La Calidad en Educación es entendida como la forma de valorar sus mejoras. La excelencia es el objetivo ideal, al que se debe tender por medio de mejoras continuas de la calidad.

Se reconocen cinco criterios principales de calidad, a saber^[3, 44, 51]:

1. Adecuarse a las demandas sociales, políticas y económicas.
2. Lograr que los contenidos tengan el menor desfasaje posible con los avances de las ciencias y tecnologías.
3. Incorporar el acervo acumulado con equilibrio entre la tradición y la innovación.
4. Constituir un compromiso de todos los integrantes del proceso enseñanza-aprendizaje (Alumnos, Docentes, Personal No docente, Sociedad, Decisores Políticos).
5. Necesidad de poseer utopías pedagógicas, como la de formar para el futuro, es decir para una sociedad que aun no existe.

El factor más importante para mejorar la calidad educativa, está centrado en el Docente/Profesor y de allí surge la importancia de su formación y capacitación. Es por ello que debemos plantearnos algunas preguntas y sobre estas intentar propuestas y respuestas.

¿Dónde y de que forma efectúa su formación?

¿Cuáles son los contenidos de su formación?

¿Cómo se evalúan los resultados de la formación?

¿Quién educa a los educadores?

Hasta el momento actual, los educadores que educan a los docentes-profesores son expertos teóricos en educación, que no efectúan práctica docente y lo hacen sobre informaciones y novedades en cursos, talleres ocasionales aislados de la práctica cotidiana. Pretender mejorar la realidad educativa práctica por esta metodología formativa ha estado jalonado de fracasos, tal los ejemplos de países como Argentina y España, la mayoría de los cambios quedaron en etapas de información sin internalizarse en conocimientos con proyección a la práctica^[37, 39, 41].

Es por ello que en la actualidad se propone que la formación de docentes-profesores sea un proceso de enseñanza-aprendizaje y la implementación de innovaciones educativas se efectúe

sobre la praxis, lo que equivale a decir en el lugar de trabajo relacionando educación-formación con el trabajo cotidiano y así motivando e incentivando a los aprendices^[3,41].

La formación docente debe entenderse como un trayecto continuo y no como actividades aisladas, fuera de contexto. Se propone la efectivización de una Educación y Formación Permanente (Inicial, Continua, Permanente).

Es útil recordar un pensamiento del escritor León Tolstoi que dice: «El verdadero docente/maestro es aquel que sigue educándose a sí mismo mediante la voluntad de perfeccionarse, sin fin».

En términos generales, las innovaciones educativas pretenden reemplazar el **modelo normativo** que explicita qué pensar, qué hacer, qué y cómo evaluar, por un **modelo proscriptivo**. Este último tiene en cuenta la realidad política, social, cultural del medio donde se desarrollará la docencia, con reconocimiento de un currículo oficial y oculto. Las innovaciones pretenden una formación docente en contacto con la realidad para evitar conflictos y la frustración entre lo que el modelo docente debería ser y el que verdaderamente es.

Cabe preguntarse entonces: ¿cómo debe enseñar el docente en la práctica? Y la respuesta es: mediante una metodología didáctica y una estrategia pedagógica que integren el saber transmitido por el saber de la experiencia y así facilitar el aprendizaje.

El aprendizaje práctico es sustancial y requiere adecuados conocimientos teóricos.

Levin dice: «No hay nada más práctico que una buena teoría»^[3].

La resolución de esta aparente antinomia, entre la teoría y la práctica, fue resuelta en la antigüedad en el periodo de esplendor de la cultura griega, con el concepto de *praxis*, es decir la integración de teoría y práctica.

El Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI presidida por Jacques Delors, hoy conocido mundialmente como Informe Delors, se tituló *La educación encierra un tesoro*. Al titular el informe, la comisión ha recordado la fábula de La Fontaine, «El labrador y sus hijos»: «Cuidense (dijo el labrador) de vender la herencia que nos dejaron nuestros padres. Encierra un tesoro»^[60].

El Informe destaca que «el trabajo del docente no sólo consiste en transmitir información, sino presentarlos en forma problematizada, situándolos en contexto y en perspectiva, de manera que el alumno pueda establecer el nexo entre su solución y/u otros interrogantes».

La tarea de educar ha sido sublimada, exaltada con las palabras, tanto como dificultada y entorpecida en la práctica. La idealización de una noble tarea, sagrada misión, ha sonado como música de fondo para esconder crudas realidades como la evidente desjerarquización económica y la presencia de un individualismo no constructivo ante la falta de políticas educativas

integradoras. Sobre este precario andamiaje, se ha pretendido construir la cultura educativa de sucesivas generaciones.

La realidad actual evidencia la necesidad de un reconocimiento y jerarquización del docente-profesor en el ámbito académico, social y económico, que hoy en día, en nuestro país no existe, pero al mismo tiempo debe existir la asunción por parte de los docentes de compromiso de una formación permanente de calidad, a través de:

- Leer lo suficiente y un aprendizaje permanente.
- Aplicar los aportes de los progresos pedagógicos.
- Preparar adecuadamente sus actividades.
- Ser responsables.
- Evitar superposiciones de actividades.
- Destinar tiempo para trabajo y estudio.
- Reciclarse, adecuándose a los cambios que se producen.

Nunca es suficiente enfatizar que **no se puede enseñar sin aprender**. Sin aprendizaje, no hay comprensión de lo que se enseña^[17, 37, 48].

La enseñanza debe ser mejorada, y los **Requisitos Básicos** para el logro son:

1. Los docentes deben trabajar ilusionadamente.
2. Los docentes además de enseñar necesitan aprender.
3. Cualquier concepción educativa no mejora la calidad de la enseñanza, se requiere de conocimientos, reflexión y adecuación.
4. Las acciones y resultados educativos deben valorarse en perspectiva ética.

La tarea educativa , a veces, es una profesión ambivalente, donde el docente puede:

- a. Vivir sus actividades con ansiedad y angustia, transformándose en un castigo.
- b. Vivirla como una carga u obligación burocrática y tediosa.
- c. Vivirla con pasión, sentir gozo, descubriendo con alegría los progresos y aprendizaje de sus alumnos.

El docente debe tener en cuenta que educa mediante variables que tienen distintas significaciones, como: 1) por lo que solo dice, 2) integrando lo que dice con lo que hace, es decir en coherencia y 3) por lo que es, tiene valor testimonial, enseña a vivir, muestra una forma de vida, un proyecto existencial. Los alumnos pueden diferenciar a sus docentes a través de la variable que los representa.

En última instancia, la función primordial de un docente es encender el fuego para que el alumno sea protagonista de su vida y así ayudar a concretar sus potencialidades.

Nos resulta apropiado recordar un pensamiento de Albert Einstein, al hablar de la misión del profesor, que dice: «El arte de un profesor es despertar la alegría por la expresión creativa y el conocimiento»^[3, 51].

Pasaremos a considerar, a nuestro entender, **aportes científicos destacados** que incidirán en la educación del siglo XXI, a saber:

- Los nuevos conocimientos sobre estudios morfológicos y funcionales del cerebro, llamado el último continente a descubrir, mediante RMN funcional y PET.
- El conocimiento sobre Inteligencias Múltiples, donde Gardner^[24] en el año 1983 reconoce siete tipos predominantes de inteligencias: Lingüística, Lógico-Matemática, Musical, Kinésica Corporal, Espacial, Interpersonal e Intrapersonal. En los últimos años se ha mencionado la Naturalística como una nueva inteligencia^[3].
- Las nuevas tecnologías aplicadas a la educación, que han permitido hasta ahora alcanzar lo inalcanzable, por ello deben ser bienvenidas como medios instrumentales, no como fines^[3, 24].

Un tema que resulta pertinente a la educación en general y al accionar docente en particular es el referido a la **Incentivación, Motivación y la Educación de la Voluntad**. La capacidad de motivar estrechamente relacionada con el rol docente y para su logro hay que llegar no sólo a la inteligencia de los alumnos sino también al corazón, a las emociones y es partir de aquí que sus mentes se abren. La motivación actúa como un impulso de la conducta humana y explica mucho de los factores que determinan el comportamiento. No se da en abstracto, sino que debe integrarse a centros de interés, de aquello que se desea motivar, teniendo en cuenta los condicionamientos sociales.

La Educación de la Voluntad es un requisito imprescindible en el aprendizaje, como forma de entusiasmar para el estudio y desarrollo de capacidades para la acción. «Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la electricidad, la energía atómica, y ella es la voluntad» (Albert

Einstein). Tenemos la concepción de que el aprendizaje del alumno es más importante que la enseñanza del docente y la voluntad tiene un papel decisivo en la práctica educativa.

La educación de la voluntad exige disciplina, tenacidad, perseverancia, elevado grado de autoestima, que debe asociarse a un proyecto de vida con integración social y cultural.

Pasaremos ahora a explicitar criterios, guías o pautas del trabajo docente en lo referido al qué hacer y cómo hacer.

El ser humano es como una semilla que posee extraordinarias posibilidades de desarrollo potencial. La tierra en que se siembra la semilla es la organización social (familia, entorno cultural, económico, político) donde puede fertilizarse y desarrollarse plenamente o frustrar el desarrollo de sus potencialidades. El hombre puede humanizarse hasta alcanzar el ideal, caso contrario puede deshumanizarse^[36].

Desde una concepción antropológica y totalizadora de la educación se visualizan cinco dimensiones del hombre, a saber:

1. *Homo Sapiens*: predomina lo cognitivo.
2. *Homo Faber*: predomina la acción, el trabajo.
3. *Homo Ludens*: predomina el ritmo biológico y el juego.
4. *Homo Demens*: predomina la sensibilidad y la expresión artística.
5. *Homo Amans*: predomina la solidaridad, el amor, los valores.

Es desde esta concepción que se plantea la educación y el aprendizaje, el cual debe ser totalizador y erradicar la «educación y evaluación bancarias» donde se prioriza la acumulación de información y conocimientos para responder y salvar obstáculos^[22], debiendo el aprendizaje estar basado en problemas de la realidad.

La actividad docente debe estar sustentada en la confianza del desarrollo de las potencialidades del aprendiz, la cual se traduce mediante actitudes: 1) disposición al diálogo, 2) capacidad de empatía y 3) capacidad de escucha activa.

Dialogar es fundamental para la práctica pedagógica y es necesario redefinir la relación docente-alumno. Paulo Freire afirma que «cuando se obstaculiza el dialogo se excluye al otro y así no es posible educar». La tarea pedagógica parte de la pregunta, pero no se agota en ella, por el contrario hay que estimular al alumno a que se manifieste libremente, centrándose en sus intereses, preocupaciones y logros^[22, 23].

El docente, mas allá de escuchar debe ser un experto en el arte de preguntar, no sólo para evaluar en exámenes, sino también para descubrir necesidades y problemas. Forma parte de la

función docente estimular el acto de preguntar por parte de los alumnos, no olvidando que podemos evaluar a través de las preguntas que efectúan nuestros alumnos. En palabras del ensayista y filósofo Fernando Savater, «la capacidad de aprendizaje está hecha de muchas preguntas y de algunas respuestas». Debe alentarse la participación activa y la autorrealización, elementos imprescindibles para el aprendizaje y la realización existencial, donde el protagonismo, entendido como participar en la toma de decisiones, juega un papel fundamental, caso contrario la actuación del alumno se proyecta al esfuerzo mínimo y adopta conductas tales como estudia sólo para aprobar, si puede se copia, intenta saltar obstáculos, vive la etapa de estudiante como un periodo sin responsabilidades significativas, lo que lo aleja de un proyecto de programa de realización humana.

Los docentes debemos saber que es parte medular de nuestro trabajo motivar y fomentar la participación de los alumnos. Sólo los alumnos motivados y participativos desean y logran aprender en forma significativa, crecer, descubrir, crear. Es esta la línea de acción, el aprendizaje vivencial, que conduce al camino del **aprendizaje permanente hacia la autorrealización**, cuyas características esenciales son:

- Orientación realista de sí mismo, del mundo y de los demás.
- Orientación prioritaria en los problemas y en sus soluciones.
- Autonomía e independencia.
- Identificación con la humanidad.
- Profundas vivencias espirituales.
- Valores y actitudes democráticas.
- Relación emocional, selectiva.
- Clara distinción entre medios y fines.
- Capacidad creativa frente a convencionalismos.

Los docentes debemos saber que en educación no existe la inmediatez, las transformaciones educativas deben ser formuladas como un proyecto de futuro, revisable, provisorio, tentativo y en permanente reelaboración^[5, 10].

Dentro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), funciona como un ministerio de educación, cultura y ciencia, la UNESCO, que genera informes y propuestas para sus países miembros. Para el siglo XXI, propuso la **Educación Centrada en el Aprendizaje** y la **Educación Permanente**^[38, 58, 60].

A. Educación Centrada en el Aprendizaje

Establece que los logros a alcanzar en educación podrán ser posibles, a través de los *cuatro aprendizajes fundamentales*, que los denomina:

1. Aprender a Ser
2. Aprender a Aprender
3. Aprender a Hacer
4. Aprender a Convivir

Desarrollaremos sucintamente los conceptos de cada aprendizaje^[3, 60].

1. Aprender a Ser: La educación debe contribuir al desarrollo global de cada persona: cuerpo y mente, inteligencia, sensibilidad, sentido estético, responsabilidad individual, espiritualidad. Todos los seres humanos deben estar en condiciones, en particular gracias a la educación recibida en la juventud, de dotarse de un pensamiento autónomo y crítico y de elaborar un juicio propio, para determinar por sí mismos qué deben hacer en las diferentes circunstancias de la vida. En un mundo de permanentes cambios, se plantea la necesidad en educación de dotar a cada cual de fuerzas y puntos de referencia intelectuales permanentes que le permitan comprender el mundo que le rodea y comportarse como un elemento responsable y justo. Hoy más que nunca, como docentes debemos saber que la función esencial de la educación es conferir a todos los alumnos la libertad de pensamiento, de juicio, de sentimientos y de imaginación necesarios para permitir el desarrollo de potencialidades, alcanzar la plenitud y ser artífices, en la medida de lo posible, de su destino. Debemos saber y respetar la diversidad de personalidades, fomentar la autonomía y el espíritu de iniciativa, más aún el gusto por la provocación, los cuales son garantes de la creatividad y la innovación.

De todo esto se desprende que el Aprender a Ser, es mucho más que el desarrollo de la personalidad en sus aspectos cognitivos, emocionales, actitudinales, valores, relaciones sociales, ya que además es trascendente darle sentido a la vida, es decir un proyecto de vida orientado hacia lo que es justo y bueno. Esto significa asumir responsabilidades, en tiempo y forma, que a cada uno de nosotros nos toque vivir. El aprender a ser supone un aprendizaje independiente que se fundamenta en:

- Potenciar la autonomía
- Juicio personal
- Libre expresión
- Libertad de espíritu
- Vivir comprometido

- Saber para qué se vive, descubriendo el sentido de la vida
- Asumir la responsabilidad individual de hacernos y realizarnos
- Apertura hacia otros
- Alegría de vivir

2. Aprender a Aprender: consiste en la capacidad de aprender por cuenta propia, lo que equivale a decir adquirir estrategias cognitivas de exploración y apropiación del saber descubriendo, resolviendo problemas, regulando y rigiendo la autoformación. Este arte de apropiarse del conocimiento presupone actitud de búsqueda, esfuerzo y tenacidad.

En el momento actual, una de las tareas fundamentales de los docentes es enseñar a aprender, ya que de producirse, el alumno lo utilizará durante toda la vida. Es pertinente, en esta etapa del desarrollo del tema señalar los **buenos hábitos para aprender a aprender:**

- Concentración
- Disciplina en el trabajo y constancia en el esfuerzo
- Habilidad de análisis e interpretación de textos
- Capacidad para hacer juicios críticos
- Saber distinguir lo esencial de lo accesorio

3. Aprender a Hacer: Desde un punto de vista general es la capacidad de actuar y realizar acciones en determinada dirección y en tiempo oportuno.

Como docentes, el Aprender a Hacer se refiere a la forma de aplicar el conocimiento, donde se pone en acción la inteligencia práctica, de capacidad operativa con adquisición de habilidades y comprende también saber tomar decisiones. En educación médica el demostrar que se sabe hacer se relaciona con la competencia adquirida, tema que será desarrollado en el apartado 5.

4. Aprender a Convivir: Sin dudas este aprendizaje constituye una de las principales empresas de la educación contemporánea. La actual atmósfera competitiva imperante tanto a nivel nacional como internacional tiende a privilegiar el espíritu de competencia y el éxito individual (Delors) . Esa necesario reemplazar la convivencia darwiniana de los más aptos, más fuertes, más competitivos por una convivencia más cooperativa y solidaria. La convivencia se construye viviendo en pluralismo, basado en relaciones humanas sin discriminaciones.

B. Educación Permanente

La Educación Permanente está basada en la necesidad que trae como consecuencia la obsolescencia del conocimiento, producto de los rápidos cambios y progresos, basados en resultados de la investigación científica, esto es lo que fundamenta la propuesta de Aprender a Aprender y Enseñar a Aprender. Debemos reconocer el gran impacto que ha producido en cuanto al rol del docente, de ser el poseedor de la verdad y del conocimiento en su totalidad, a ser un agente que orienta, que enseña a aprender, que sabe de la temporalidad del conocimiento, que no hay verdades absolutas que resisten el paso del tiempo y que a su vez él es un aprendiz, cuya capacidad y necesidad de aprender dura toda la vida.

La Educación Permanente es hoy una necesidad y surge como una nueva demanda, en una sociedad en permanente cambio, que permite afrontar:

- Movilidad laboral y geográfica
- Forjar una personalidad adaptable, en todas las fases del desarrollo humano
- Sortear los conflictos de la mundialización o globalización
- Lograr independencia de juicio, responsabilidad personal que permite la adaptación a las continuas transformaciones sociales y tecnológicas

La Educación Permanente aspira en general al desarrollo pleno de las potencialidades individuales y el acceso desde un punto de vista educativo a la sociedad del conocimiento y aprendizaje para superar las incertidumbres actuales y futuras^[3, 33, 38, 60].

A través del tiempo, se han reconocido situaciones no deseadas en el ejercicio de la docencia y es necesario conocerlas y reconocerlas para prevenirlas, tratarlas y superarlas. Nos estamos refiriendo a los denominados 1) Virus de la Educación y 2) Malestar Docente^[3, 53, 56].

1. Virus de la Educación: o también conocidos como factores negativos. Su denominación responde a los efectos dañino y destructor, cuando se hallan presentes, y son los que a continuación se enumeran:

- Desmotivación docente
- Rutinas en prácticas pedagógicas
- Ausencia de entusiasmo, de ilusión docente con predominancia de seriedad pedante o solemnidad vacía
- Individualismo docente dado por una concepción darwiniana, dominado por la competitividad

- Desvalorización dada por la falta de estima profesional, docente
- Intoxicación gramatical dada por la sobrecarga de información libresca, seudoerudición
- Desvalorización de la formación humanística, con un predominio formativo en los contenidos y tecnologías

Estos hechos negativos nos recuerdan un viejo aforismo médico que dice: «Quien sólo medicina sabe, ni medicina sabe».

2. Malestar Docente: o también llamado Síndrome del Quemado (o *Burn out*, en inglés). El malestar docente no es exclusivo de la profesión docente, sino que también afecta a aquellas profesiones que trabajan en las líneas de entrega como médicos, asistentes sociales, enfermeros y obviamente docentes.

Su presencia responde a una multicausalidad y suele expresarse mediante variados síntomas y/o signos como stress, agotamiento psicofísico, angustia, depresión, desmotivación, que responden a las siguientes causales y/o factores percibidos:

- Pérdida de status o prestigio
- Vaciamiento del rol docente
- Falta de reconocimiento económico
- Ambientes laborales poco gratificantes
- Incapacidad de resolver problemas por falta de apoyo
- Presión psicológica, familiar y/o social
- Personalidad del docente

Queremos finalizar este apartado, como docentes, educadores y aprendices que somos, con algunos pensamientos sobre el significado que engloba la palabra *educación*.

Educarse es **hacer salir, extraer, dar a luz todas las potencialidades del ser humano**. Montaigne expresó, al referirse al acto educativo, que «el niño no es una botella a llenar, es un fuego a encender». Nuestra misión no es llenar de conocimientos a los alumnos, es encender la antorcha que iluminará el camino que deberán transitar del aprender a aprender, aprender a ser y aprender por sí mismos.

La educación deberá entenderse como un proceso que posibilita el crecimiento, maduración y desarrollo de una persona, no es un objeto de mercado como pretende que sea el neoliberalismo reinante.

No olvidemos que educar es hominizarse, es decir humanizar^[3].

4. Experiencias personales en innovaciones educativas en la búsqueda de una educación médica de calidad

La Medicina Interna – Clínica Médica es una amplia disciplina, donde es imposible abarcar todo su conocimiento en forma detallada y actualizada, mucho menos aspectos de investigación, clínico-epidemiológica (ver en este mismo número de la revista los artículos siguientes).

Por otra parte, la obsolescencia de los conocimientos, producto del acelerado proceso de investigación científica, y la aplicación diagnóstica y terapéutica de las nuevas tecnologías, exige una actualización permanente. Se reconoce que un reciente graduado, bien formado pierde actualmente un 50 % de sus conocimientos en un lapso medio de cinco años.

La única terapéutica conocida y eficaz para la obsolescencia del conocimiento es la Educación Permanente. En un sentido general, es la exigencia para todo médico, siendo esta una necesidad mayúscula cuando el profesional médico se desempeña en un ámbito docente de formadores, como lo es una Cátedra de Medicina Interna^[2, 26, 39, 61].

Educación Continua tiene claras implicaciones para los alumnos y su aprendizaje. Supone para el docente-profesor:

- Conocer y actualizarse, no sólo en la disciplina que enseña sino también en sus aspectos pedagógicos. Cada vez es más perentoria la necesidad de profesionalización del docente como tal, no solo como experto en lo que enseña sino en cómo hacerlo.
- Capacidad para acceder a la información relevante.
- Conocimiento de la realidad social y sanitaria de su entorno. De no ser así, difícilmente podrá elaborar y lograr un aprendizaje pertinente y útil para abordar las necesidades del momento y entorno en que vive.

Sobre la base de estas ideas centrales es que en la Cátedra de Medicina Interna «A» de la Facultad de Ciencias Médicas (UNLP), para que el personal docente, formadores en el pre y post grado, tuviera un ámbito de Educación Permanente, se adoptaron políticas y estrategias que se pusieron en práctica, mediante un conjunto de acciones que se detallan a continuación.

Los docentes de la cátedra citada se agruparon en **Secciones de Trabajo** de acuerdo a sus inclinaciones y/o preferencias. Así se crean las siguientes secciones:

- Atención Primaria Ambulatoria
- Enfermedades del Aparato Respiratorio
- Enfermedades Cardiovasculares
- Enfermedades Endocrinometabólicas
- Enfermedades del Aparato Digestivo
- Enfermedades del Sistema Nefrouinario
- Educación Médica

El objetivo era volcar sus aportes y actualizaciones al resto del cuerpo docente mediante un mecanismo de retroalimentación de Educación Permanente, a través de:

- a. Ateneos de Actualización Bibliográfica.
- b. Cursos anuales de Actualización en Clínica Medica, con 60 horas de carga horaria y evaluación optativa. Estos eventos contaban con el aporte de invitados especiales, referentes en los temas a tratar^[10, 27, 39].
- c. Ateneos clínicos, con el objetivo de discutir situaciones clínicas vivenciadas en el ámbito publico como salas, consultorios externos y en la actividad privada de los integrantes y/o invitados. Así se generaba un diálogo constructivo, enriquecedor, donde el invitado actualizaba conceptos y nuevas pautas de diagnóstico y tratamiento.

En todas estas actividades, se integraban docentes, graduados y alumnos, los cuales vivenciaban en qué forma los docentes y graduados estaban cumpliendo un requisito básico de la educación continua como así también experimentaban en forma directa las diferentes formas de pensar y actuar ante una misma situación clínica.

Estamos convencidos de que los alumnos muchas veces aprenden por observación e imitación y lo hacen sobre todo no de lo que el profesor dice sino de lo que hace y cómo lo hace. El modelo que da el profesor es el mejor sistema de transmitir valores, actitudes y patrones de razonamiento y de conducta de los estudiantes.

Las actividades descriptas precedentemente se desarrollaban a nivel intramuros en la sede de la cátedra y servicio hospitalario de Clínica Médica, pero también se proyectaron en cursos y actividades extramuros. Estas últimas se generaron como actividad de post grado, con la filosofía de educación médica continua, plasmándose a través de intercambios médico, asistencial y humano para el logro de una verdadera Integración Docente Asistencial que fue creciendo con el tiempo y llegó a cristalizarse en realidades, mediante la creación de subsedes de la cátedra^[31], que amplió las posibilidades docentes-asistenciales con beneficios mutuos hacia docentes, alumnos y la comunidad; así se crearon en forma progresiva las siguientes subsedes en:

- Hospital de Magdalena
- Hospital «Oscar Alende» de Mar del Plata
- Hospital Municipal de Olavarría
- Hospital Municipal de Azul
- Hospital Municipal de Bahía Blanca
- Hospital Provincial de Mercedes
- Hospital Provincial de Junín
- Centro Medico Asistencial (CEMIC) de Neuquén
- Hospital Municipal de Tandil

Su creación requirió, a través de propuestas, evaluación de factibilidad, acuerdos entre ámbitos políticos y centros asistenciales con la Cátedra y la Facultad de Ciencias Médicas, la creación de cargos docentes, todos *ad honorem*, mediante concursos públicos. La actividad desarrollada en las subsedes fue acreditada y supervisada en el plano docente por los integrantes de la cátedra a nivel central, mediante visitas periódicas. El aprendizaje estaba orientado a las patologías prevalentes zonales, mediante pasajes de sala, ateneos donde participaban alumnos y graduados con actualización de temas de interés mutuo.

Algunas de estas subsedes crecieron a nivel académico y se transformaron en Cátedras Libres de Pre y Post Grado, situación que persistió hasta que las autoridades de la facultad lo avalaron.

La creación de las subsedes significó un salto superlativo en la proyección docente a nivel central y mucho más a nivel periférico, donde la docencia mejora la asistencia medica y no había una actividad universitaria oficial^[31].

Las acciones desarrolladas permitieron concretar nuestra filosofía y cumplir con el objetivo que una Cátedra de Clínica Médica no debía ser sólo un ámbito asistencial cerrado en grandes

hospitales centrales y mucho menos un ámbito que se limitara sólo a impartir clases teóricas, trabajos prácticos y evaluaciones de exámenes.

Es así que la cátedra transitaba el camino de convertirse en un centro de actualización, docencia e investigación en la medida de los recursos, complementando así los fines primarios de la universidad: docencia, investigación y extensión universitaria.

¿Cómo se integraban y convocaban periódicamente los docentes de sede central con los de las subsedes y/o cátedras libres?

1. Mediante **Visitas Periódicas** hacia el interior de la provincia y/o del país y recíprocamente, de las subsedes visitas a nivel central.

2. **Jornadas Anuales de Clínica Medica de la Cátedra**, que se realizan en el ámbito de la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata desde el año 1987. Son estas jornadas que permiten el intercambio de experiencias, actualizaciones científicas, críticas y propuestas para el mejoramiento de la actividad docente. Se desarrollan en forma intensiva durante dos días, con intervención de docentes, graduados y alumnos, con presentación de trabajos científicos en forma de pósters. Estas jornadas son precedidas por un curso pre-jornadas, orientado a los alumnos de cuatro días de duración. El desarrollo de las jornadas permitió la integración global en todos los niveles: Humano, Médico, Académico, Científico. (Documento N°4)

A partir del año 1998, se inician experiencias piloto evaluadas por docentes y alumnos^[28] sobre Metodología de Aprendizaje Basado en Problemas (ver este artículo), hecho que se institucionaliza a través de pacientes presenciales, situaciones clínicas documentadas (historia clínica) y/o situaciones clínicas simuladas. Este ensayo de formas diferentes de aprender se basó en un instructivo elaborado en su fundamentación por las experiencias de:

- Departamento de Investigación Educativa de Facultad de Ciencias de la Salud de Maastricht (Holanda).
- Escuela de Medicina de Mc Master, Grupo Ontario (Canadá).
- Experiencia vivencial por uno de los autores en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, Boston, Cambridge, Massachusetts (Estados Unidos)^[58].

No podemos dejar de mencionar, como medida, a nuestro entender, de importancia la reincorporación de la figura del Ayudante Alumno a partir del año 1989, en su misión como colaborador de la docencia y forma de incentivar a los alumnos hacia una carrera docente desde

el pregrado. En esta instancia se los intentó formar y estimular en la investigación casuística y elaboración de trabajos a ser presentados en las Jornadas Anuales de la Cátedra bajo la orientación y supervisión del cuerpo docente graduado.

5. Reflexiones y propuestas para un nuevo modelo de docente-profesor universitario en Medicina

El papel educador del médico se remonta a los principios de la profesión. No obstante la Educación Médica como disciplina es relativamente joven. La primera unidad de Educación Médica fue creada a principios de los años 60 por George Miller en Buffalo, Nueva York (Estados Unidos). Poco después le siguieron otras facultades de medicina de Estados Unidos y en otros países anglosajones.

En los últimos años ha sido notable el incremento en el número de publicaciones referentes a educación médica. Por otro lado, las conclusiones que se desprenden de los estudios rigurosos realizados por investigadores especializados, no se aplican, como debería ser, en la solución práctica de los problemas educativos. Nos encontramos ante una paradoja que Cees Van der Vleuten^[61] describe de la siguiente manera:

A pesar de que los profesores de medicina están formados para tomar decisiones basadas en la evidencia disponible, cuando ejercen el papel de docente, parecen abandonar todo su pensamiento crítico sobre qué funciona y qué no funciona, y se fían de la tradición y la intuición. (Figura 1)

Figura 1



La vocación docente de los médicos y su interés por la enseñanza se manifiesta con un ímpetu tradicionalmente mayor que en otras profesiones. La educación médica como especialidad es

parte esencial de la profesión médica desde sus inicios y como dicen Stone y colaboradores, «la identidad del médico contiene implícitamente la identidad del maestro»^[54].

La enseñanza de la medicina es un proceso complejo y cambiante, dependiente de los condicionamientos sociopolíticos y de las peculiaridades de la sociedad de los diferentes países, lo cual trae como consecuencia la inaplicabilidad en espejo de metodologías educativas de otros países, sin valorar previamente la posibilidad de adecuación al medio a ser aplicada^[65].

En los últimos 30 años, en la mayoría de los países se ha producido un desfasaje entre la práctica cotidiana de la medicina y su enseñanza. Los factores que han condicionado este distanciamiento han sido el cambio de los patrones de las enfermedades, el gran avance de los conocimientos científicos y tecnológicos, una mayor demanda social de la salud y el mayor énfasis puesto en la medicina preventiva. Estos cambios no han sido acompañados en modificaciones estructurales de la forma de concebir el proceso de aprendizaje-enseñanza en general y en la Medicina en particular. Ejemplo de esto es que la función docente no debe ser entendida como una mera transmisión de contenidos, ya que no debe ignorarse una realidad incontrastable, que es el hecho de que una gran parte de lo enseñado, será obsoleto cuando los alumnos egresen^[3, 39, 58, 60].

La función del docente hace tiempo que dejó de ser entendida como una mera transmisión de contenidos, para ser valorada como una función que contribuye a la generación de actitudes y al dominio de procedimientos tanto en el ámbito cognitivo como en el afectivo, social y motor. En suma, la función docente afecta, en nuestro caso, a la formación integral de los estudiantes y profesionales de la Medicina^[9].

Es costumbre frecuente interesarse exclusivamente por los conocimientos y habilidades técnicas, sin embargo se aprende a pensar resolviendo problemas, se adquieren actitudes nuevas observando, contemplando y reaccionando ante ciertos fenómenos desde distintos puntos de vista, finalmente se despierta el interés por ciertas actividades en virtud de la satisfacción que el estudiante experimenta al participar en ellas^[3, 7, 23, 62, 64].

El nuevo paradigma del aprendizaje exige una relación docente-alumno que estimule a este a ser activo, favorezca el desarrollo de su personalidad, reconozca el derecho al error y a la necesidad de su corrección. Y es que aprender no es otra cosa que la adquisición y puesta en práctica de nuevos conceptos, de nuevas metodologías, de nuevas destrezas y habilidades, de nuevas actitudes y nuevos valores, es decir prepararse para hacer frente a nuevos problemas y a nuevas situaciones. El saber del médico no será recordar, sino hacer, saber hacer, hacer lo que está indicado y saber hacerlo bien. Como Marañón resumió acertadamente, «lo que importa es señalar modos, modos de obrar, modos de aprender, modos de buscar por uno mismo, modos de criticar, e incluso modos de prescindir aiosamente de lo que no parece verdad, para así estar más en lo cierto»^[40].

El inicio de los alumnos en el campo de las asignaturas clínicas significa que se abre ante ellos un mundo nuevo, tal vez el más ansiado, el que los va a convertir en aprendices de médicos, como señala Morgan Engel: «el estudiante empezará a actuar como médico en tanto en cuanto comience a sentir preocupación por los enfermos». Poco a poco el estudiante va descubriendo que la teoría está en los libros, la realidad en los enfermos y que la verdad se va alcanzando en el largo sendero de la experiencia. La entrada en la clínica es un momento decisivo, trascendental, es el instante en que el alumno se impregna de un sentido de responsabilidad y de un profundo cambio de actitudes.

Sobre este marco conceptual, pasaremos ahora a desarrollar los siguientes puntos:

1. El Modelo del Profesor-Docente Tradicional universitario de Medicina Interna
2. El Nuevo Modelo de Profesor-Docente Universitario

1. El Modelo del Profesor-Docente Tradicional Universitario de Medicina Interna. El papel del docente y profesor en medicina no ha sido nunca plena ni específicamente definido. Se sobreentendió que el conocimiento profundo de una disciplina era requisito indispensable y suficiente para enseñar y no se definieron otras competencias. En muchos casos se trata de una práctica de voluntarismo, el docente es un autodidacta, donde el ejercicio de la docencia se sustenta en vivencias y experiencias propias en su etapa de alumno y adquiere formas de ejercer su actividad por imitación.

En la selección de los docentes, en su mayoría, se valoran sólo aspectos médicos y trabajos de investigación con desjerarquización de la capacitación, actividades y trabajos a nivel de salud y comunidad o de aspectos de Pedagogía Médica.

La falta de formación del médico en la docencia se ha hecho evidente; es por ello que se han introducido gradual y progresivamente cursos teóricos o talleres de Pedagogía y Didáctica, voluntarios en su mayoría, desarrollados en el plano teórico por educadores no médicos, en forma episódica y ocasional. Todo esto ha dado como resultado que en forma predominante y general, pero de ninguna manera absoluta, un determinado perfil de la actividad docente a saber^[34, 40, 41]:

- Actividad docente centrada en la enseñanza
- El estudiante como poseedor de un rol pasivo como receptor del conocimiento

Estas características tienen como base de sustentación, consignas que bajo nuestro entender deberían ser modificadas, ellas son:

- El profesor-docente es el protagonista y actor principal del acto educativo, siendo el «poseedor del conocimiento».
- Basta saber algo para enseñarlo bien, hecho que muchas veces no es así.
- Todo investigador o aquel que posea como antecedentes gran producción de trabajos será mejor cualificado para profesor.
- Basta saber, para saber hacer.
- Observa cómo lo hago y te capacitaré para saber hacerlo.
- La enseñanza y el aprendizaje es una actividad individual o masiva, nunca grupal.
- Enseña en forma predominante, casi absoluta, sobre conocimientos teóricos.
- Enseño como a mí me enseñaron.
- Se aprende a enseñar enseñando.
- Aprendizaje y evaluación son procesos separados e independientes. Solo se evalúa lo que el profesor enseña.
- No hay una definición precisa de los profesionales que se desean formar planteándose generalidades. No se definen competencias a adquirir.
- La educación médica se jerarquiza en aspectos biológicos, fisiopatológicos, técnicos y terapéuticas farmacológicas, no con un sentido totalizador de la salud y el medio social, considerados como accesorios.

En general el Docente Tradicional es un Médico Tradicional que centra su actividad en su especialidad y tecnología y no en su actividad clínica con el paciente.

¿Cuál es el origen del Modelo Tradicional? En un determinado contexto histórico fue expresión de:

- La Sociedad Paternalista.
- El acceso a universidades minoritarias, elitistas, donde se consideraba al conocimiento como factor de poder.
- El Docente y el Profesor tenían acceso privilegiado a la información y al saber.
- El saber como sinónimo de cantidad, con una visión enciclopedista.
- El conocimiento era menos complejo y cambiante.

Los tiempos han cambiado, la sociedad se ha adaptado a los nuevos vientos, pero la profesión docente no ha acompañado en su concepción y ejercicio. Es por ello la propuesta de un Nuevo Modelo de Docente-Profesor^[20, 39, 41, 48, 49].

2. El Nuevo Modelo de Profesor-Docente Universitario. Por todo lo expuesto precedentemente, es aconsejable fomentar un nuevo tipo de docentes, capaces de estimular y cultivar la independencia intelectual y la reflexión. La pregunta que deberíamos responder es: *¿Cuáles son las ideas conductoras que modifican las formas tradicionales de enseñanza?*

- Enseñar a Pensar, es decir, favorecer la investigación, la curiosidad y la capacidad crítica constructiva.
- Enseñar a Aprender ofreciendo los medios para que el estudiante pueda disponer de la información, de la metodología y contenidos necesarios, favoreciendo actitudes hacia el aprendizaje permanente.
- Enseñar a ser Creativos para tomar decisiones en casos particulares.

Es evidente el cambio que se debe operar para obtener estos logros, que conlleva modificaciones medulares a todos los integrantes del proceso enseñanza-aprendizaje.

El “nuevo” modelo, que no es tan nuevo, fue planteado en 1984 por Harden y colaboradores, en el ya clásico en educación médica modelo SPICES^[34] (Figura 2):

Figura 2

Modelo Spices, Harden (1984)

1. Centrada en el Profesor	1. Centrada en el estudiante
2. Acopio de Información	2. Aprendizaje basado en problemas
3. Basada en disciplinas	3. Integración
4. Enseñanza basada en el Hospital	4. Enseñanza basada en la comunidad
5. Programas fijos	5. Programas flexibles
6. Enseñanza coyuntural	6. Enseñanza sistematizada

Estrategias clásicas



Nuevas estrategias

Sin lugar a dudas el docente-profesor debe reunir en su persona aptitudes intelectuales y pedagógicas. Las aptitudes intelectuales más que un dominio enciclopédico de la medicina interna, han de referirse sobre todo al método, con todo lo que ello lleva consigo. Cuando el estudiante egrese, no importará tanto la cantidad de sus conocimientos sino el modo de adaptarlos a la problemática que se plantee o la forma de adquirirlos con las máximas garantías. Los conocimientos hoy en día son tan amplios que es imposible conocerlo todo, sin embargo es fundamental saber dónde y cómo hacerlo. En una palabra, el profesor no debe enseñar pensamientos sino enseñar a pensar, al alumno no hay que transportarlo sino dirigirlo, si es que tenemos la intención de que en el futuro sea capaz de caminar por sí mismo.

Ser Docente-Profesor implica planificar, comunicarse, gestionar, aconsejar, evaluar y educarse en forma continua^[3, 15, 16, 37, 39, 41].

a. Planificar: El profesor debe dar respuesta a lo que deben aprender los alumnos y las formas para facilitar su aprendizaje (técnicas, apoyos audiovisuales, cuándo y en qué secuencia). Deberá determinar formas para saber que han aprendido lo enseñado y evaluará la eficacia de su enseñanza. Planificará distribución de tiempo y formas de motivación.

b. Comunicarse: La comunicación es un proceso bidireccional que tiene una técnica susceptible de aprenderse y perfeccionarse. El proceso de comunicación es el núcleo de las tareas de la enseñanza. Implica tareas como:

- Hablar, explicar, hacer sugerencias bibliográficas que permitan el desarrollo del aprendizaje autónomo y no según una enseñanza en la que el profesor es la fuente exclusiva de verdad y conocimiento.
- Plantear a los alumnos preguntas constructivas y útiles sin que se sientan coaccionados.
- Escuchar.
- Liderar participando grupos de discusión.
- Utilizar medios de apoyo audiovisual en forma adecuada, haciendo uso, no abuso, teniendo en cuenta que son medios auxiliares.
- Ayudar a los alumnos a intercambiar ideas entre ellos.
- Provocar a los estudiantes para razonar y progresar por sí mismos.

c. Gestionar que es sinónimo de proveer recursos. Los docentes-profesores somos poco hábiles para proveer recursos y esta tarea nos resulta tan poco grata que generalmente no afrontamos bajo el concepto que «eso no es enseñar». Sin embargo,

el desarrollo de tareas de gestión es parte del trabajo docente. Los recursos serán tantos humanos como materiales. A nivel de recursos humanos es adecuado armonizar equipos equilibrados de docentes así como lo referente a personal auxiliar. Hemos de tener en cuenta la relación alumno/profesor, el tamaño de los grupos que podamos constituir dependiendo del tiempo, locales, disponibilidad de pacientes y enfermedades predominantes. A nivel de recursos materiales es fundamental conocer las disponibilidades de las instalaciones de cada centro, tamaño de las aulas.

d. Evaluar: Debe evaluarse a los alumnos y al sistema perfeccionándolo. En la práctica de rutina, evaluar se limita al enojoso trámite del examen y la corrección. La tarea de la evaluación debe entenderse con un sentido amplio e implica recogida de información sobre el proceso de aprendizaje, competencias del alumno, eficiencia del método empleado y del profesor. Es necesario resaltar, que frecuentemente la modificación de un programa, la elaboración de objetivos detallados y el empleo de métodos facilitadores del aprendizaje adecuados, no tienen el efecto esperado por existir discordancias entre lo que se pretende que aprendan y lo que se exige realmente en el examen a los alumnos.

e. Educarse en Forma Continua: Comprende: 1) conocer y actualizarse, no sólo en la materia que enseña sino también en sus aspectos pedagógicos; 2) capacidad para acceder a la información relevante; 3) conocimiento de la realidad social y sanitaria de su entorno, si no difícilmente podrá elaborar y enseñar contenidos pertinentes y útiles para abordar las necesidades del momento y entorno en que vive.

De todo lo dicho se concluye que la enseñanza es una profesión, no un apéndice que surja por generación espontánea al tener el título universitario de médico.

El objetivo final del docente-profesor es contribuir al logro en la formación del médico, que este sea un profesional que hoy en día la sociedad demanda: **competente**, es decir, capaz de armonizar los conocimientos y habilidades con su actitud frente a los problemas de su profesión. Entendido así, la competencia es mucho más que tener conocimientos, significa saber lo que se tiene que hacer, saber cómo se tiene que hacer, saber quién tiene que hacerlo y saber hacerlo. Por lo tanto, es competente aquel que es capaz de utilizar conocimientos, habilidades y actitudes con buen juicio para resolver problemas.

Uno de los aspectos claves en la mejora del proceso educativo es la definición de competencias que el alumno debe alcanzar. La competencia tiene una relación directa con el resultado final del profesional que queremos formar.

De lo expresado anteriormente se desprende que la palabra competencias, no existe en abstracto, sino en un contexto particular y profesional, ya que es un constructo. Poseer competencias requiere un conjunto de habilidades, actitudes y capacidades que puede representarse mediante el siguiente esquema.

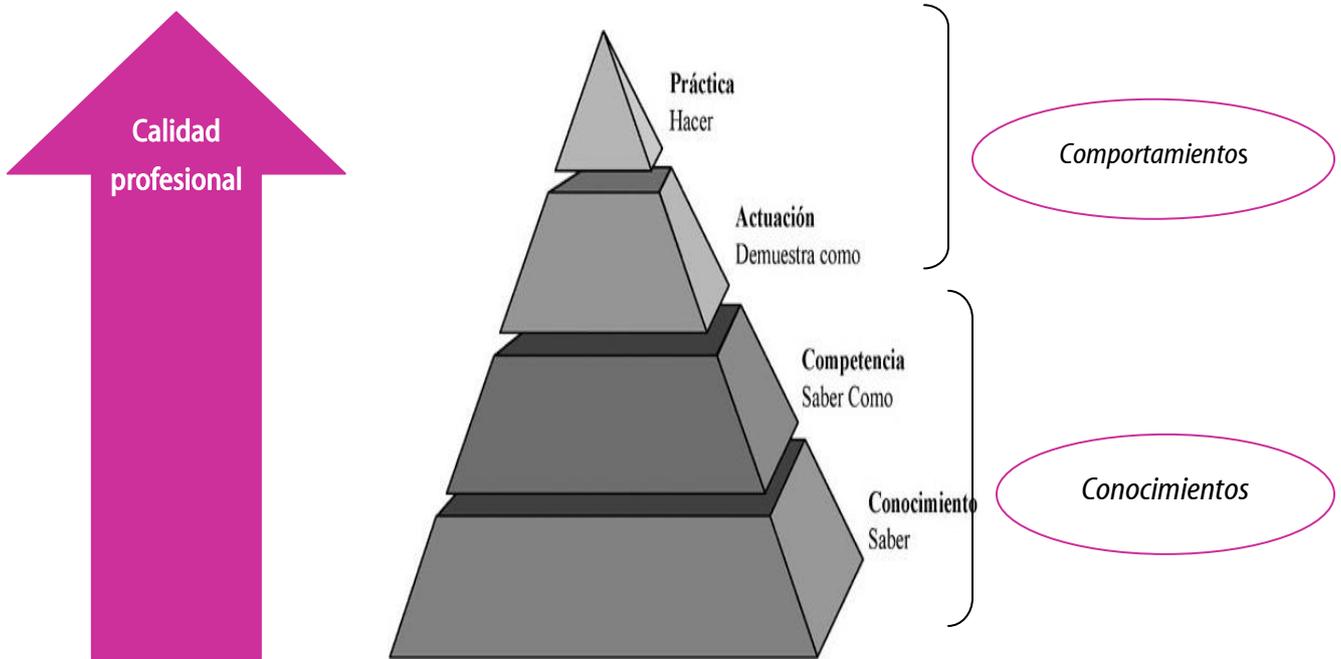


La educación basada en las competencias finales es un enfoque educativo en el cual las decisiones que se han de tomar respecto a los contenidos curriculares, la metodología y la evaluación vienen determinadas por las características del producto final.

En nuestro país, en cumplimiento de la Ley N° 24.521 de Educación Superior^[14, 21, 39], el Ministerio de Educación estableció por Resolución N° 535 de agosto de 1999 los contenidos curriculares básicos y los estándares para la acreditación de las carreras de medicina. La Asociación de Facultades de Ciencias Medicas (AFACIMERA) convocó entre los años 2000 y 2001 a docentes de las distintas facultades y se elaboró un listado de competencias profesionales que los alumnos deben haber alcanzado al finalizar los estudios de Medicina^[1]. Es así que el nuevo paradigma del aprendizaje basado en competencias de salida considera que el demostrar que se sabe hacer y el hacerlo son la expresión máxima de la competencia profesional en su ejercicio, en el nivel que corresponda. Esto supone que la dirección del acto educativo es promover a la adquisición de competencias, el demostrar su adquisición, requiere su evaluación, pero los docentes cuando evaluamos, ¿qué evaluamos?

George Miller, considerado el padre de la Pedagogía Médica, en 1990, elabora distintos niveles de evaluación de competencias, que en forma escalonada tienden a la calidad profesional, hoy conocida mundialmente como Pirámide de Miller^[6, 8, 46] (Figura 3):

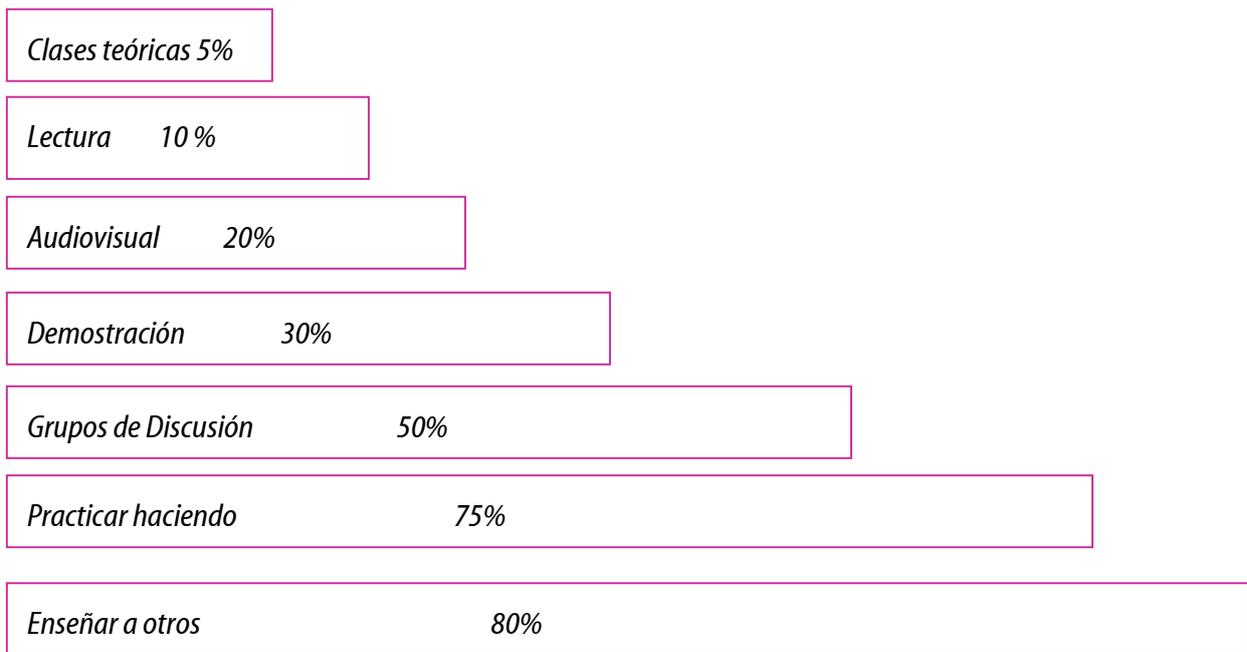
Figura 3: Pirámide de Miller, modificada para Competencias Clínicas^[8]



Como se observa en la figura, la Calidad Profesional se incrementa a medida que se asciende en la pirámide.

Deberíamos reflexionar los docentes si en nuestra actividad de evaluadores, tenemos como objetivo la evaluación no solo de conocimientos sino además de comportamientos.

Generalmente la forma de evaluar tiene una relación directa con la metodología pedagógica empleada y esta última con el promedio de Tasas de Retención de Conceptos y Conocimientos^[7, 8, 9].



La pregunta como docentes que debemos hacernos y responder es: ¿qué metodología pedagógica empleamos en nuestra labor docente?

La evaluación orienta al aprendizaje, así como el currículo direcciona qué y cómo se debe evaluar.

Estamos convencidos de que la evaluación debe estar referida a las competencias al considerar que:

- La evaluación es parte del proceso educativo
- Las competencias deben ser certificadas
- La evaluación debe ser formativa, no sumativa
- Permite confirmar la evaluación de competencias valores de estándares profesionales
- Permite evaluar programas de formación
- Debemos evaluar en competencias por responsabilidad social^[2, 7, 48]

Existe una relación directa entre forma de enseñar, forma de aprender y forma de evaluar. *El método más poderoso para cambiar la manera de estudiar de los estudiantes y la manera como los profesores enseñan, es **cambiar la manera de evaluar**, parafraseando a Miller: «La evaluación orienta al currículum».*

El docente-profesor deberá asumir que:

- Existen variadas fuentes de conocimiento además de las del docente.
- Es gestor de las actividades de aprendizaje y garantía certificada ante la sociedad de la adquisición de competencias de los alumnos.
- Debe ser un profesional de la enseñanza.
- Es un socializador en el sentido que es un generador de actitudes de modelo humano y profesional, capaz de trabajar en grupos en diferentes etapas del proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Concebir el aprendizaje como algo emocional, no sólo cognitivo.
- Debe ser capaz de diseñar herramientas evaluativas formativas sobre situaciones o realidades clínicas.
- Es corresponsable de su formación pedagógica.
- Debe asumir la cultura de la calidad docente, es decir su mejora continua.

Este cambio de modelo de concebir la docencia y sus roles es un reto personal que debe ser amparado por la cátedra y/o la facultad. El cambio debe ser gradual y progresivo debiendo estar sometido a una reflexión crítica a través de accionares de auto y heteroevaluación.

Los alumnos forman parte de un sistema tradicional y en igual forma que los docentes ofrecen resistencia al cambio. Cambiarán sus actitudes, si observan que los docentes, la enseñanza y las evaluaciones cambian. Esto requiere más esfuerzo, tiempo y dedicación, por ello si se desea llegar a un Modelo de Excelencia Educativa Médica para una mejora en la atención médica y en la salud, es imprescindible que la sociedad reconozca el rol sustancial del docente y lo jerarquice, como mencionamos en otro apartado del presente trabajo, mediante un Reconocimiento Académico, Social y Económico^[7].

6. El compromiso moral como sustento de la educación y la asistencia médica

El médico y el ejercicio de la medicina se enfrentan en todas las culturas y sociedades con conflictos que amenazan sus principios y destruyen el contrato social que los sustentan.

¿Cuáles son las causales de esta crisis?^[41]:

- La explosión tecnológica con sus respectivos costos
- Cambios en las fuerzas del mercado
- Problemas de acceso y provisión de los Servicios de Salud

- La globalización, con el drástico cambio de filosofía en los fines de la humanidad
- La transformación corporativa de los sistemas de salud

Estos cambios operan como condicionantes a la actual realidad de «la deshumanización de la medicina», que es equivalente a la despersonalización de la medicina, transformándola de una noble profesión en un simple oficio, al servicio de intereses particulares y/o corporativos. Esta transformación genera^[50]:

- Desconfianza, que erosiona la relación médico-paciente.
- Creciente insatisfacción y frustración de los médicos frente a los cambios de sistemas de salud gerenciados que impide ofrecerles a los pacientes una atención de calidad con plena accesibilidad al progreso científico y tecnológico, y
- Brindar tiempo para asistirlos y contenerlos.

La pregunta a responder es si estos cambios con sus consecuencias son fenómenos aislados de la medicina o globalizados de la sociedad que impactan también en la salud, y la respuesta es evidente, son productos del cambio de filosofía de la humanidad y de su sistema social, económico y cultural, caracterizado por:

1. Carencia de solidaridad humana y social.
2. Individualismo, egoísmo y hedonismo excluyente.
3. Dominio creciente de corporaciones multinacionales.
4. Debilitamiento y reducción de los estados nacionales en tamaño, eficiencia y fines, que ocasiona falencias para garantizar derechos humanos individuales, sociales y económicos.
5. Proletarización de los médicos e insatisfacción de los pacientes.
6. Progresiva acumulación de poder y bienes en las corporaciones y minorías con exclusión de la mayoría de la población.

Esta situación globalizada lleva al médico y a la profesión médica a una **encrucijada moral**: seguir siendo agente de los intereses de la salud de los pacientes o se convierte en un agente distribuidor de los intereses privados y/o estatales en la medicina gerenciada.

En otros términos diríamos que se le plantea el dilema ético de responder a una doble lealtad (hipocresía)^[18, 19, 64]:

- Lealtad hacia el paciente sustentado en el principio hipocrático.
- Lealtad hacia el pagador sustentado en el mandato burocrático de las empresas y/o administradores de recursos económicos del sistema de salud.

Esta problemática condujo al análisis crítico y a la realización de un diagnóstico, que comenzó a recorrer el mundo, a través de organizaciones medicas y académicas en los años 1998-1999, mediante la divulgación de estos pensamientos, conocidos como «**La Situación Actual del Médico**» que pasamos a expresar:

- Antes era un doctor. Ahora soy un prestador de atención médica.
- Antes practicaba la medicina. Ahora funciono en un sistema de Atención Gerenciada.
- Antes tenia pacientes. Ahora tengo una nomina de consumidores.
- Antes diagnosticaba. Ahora se me aprueba una consulta.
- Antes trataba. Ahora espero autorización para proveer atención.
- Antes dedicaba tiempo a mis pacientes. Ahora lo dedico para justificarme ante mis empleadores.
- Antes tenia sentimientos. Ahora tengo una actitud.
- **Antes era Médico. Ahora no sé lo que soy.**

Frente a esta grave crisis, es necesario reflexionar, rever los principios históricos de la medicina basados en una ética solidaria, fundamentados en la beneficencia de la humanidad y recuperar la confianza mutua en la relación médico-paciente.

En la antigüedad, Aristóteles había definido que el fin de la medicina es la salud de la gente, principio que debería tener plena vigencia, como así también que el compromiso en el contrato social de la medicina es velar con altruismo por la salud individual y colectiva de la población. Aquí nos estamos refiriendo a la doble relación médico-paciente y medicina-comunidad.

Parece haber quedado muy lejos en el tiempo que la medicina es una empresa moral, que actúa en una sociedad, que debe ser una comunidad moral.

La **ética** es el fundamento del profesionalismo médico, desde Hipócrates hasta nuestros días, y es la **base del contrato social de la Medicina**^[64].

El concepto de *profesionalismo médico* se estructura en cuatro pilares que conforman sus componentes, a saber:

- Conocimiento especializado
- Autonomía en la toma de decisiones
- Compromiso de servicio a la sociedad
- Autorregulación

Este concepto responde a una variedad de actitudes, valores y comportamientos; lo cual hace que su definición la hagamos sobre la base de las premisas que lo integran:

1. Subordinar los intereses propios, para favorecer los intereses básicos de la salud del paciente.
2. Dar respuesta a las necesidades de la sociedad.
3. Observar y cumplimentar los modelos éticos y morales.
4. Poseer valores humanísticos: empatía, integridad, altruismo y confiabilidad.

Existen **características deseables e indeseables** de la Profesión Médica que pasaremos a especificar.

Características deseables

- Altruismo
- Rendición de cuentas
- Calidad y calidez
- Respeto por los demás
- Compromiso personal por el estudio y aprendizaje
- Honor e integridad

Se infiere después de la lectura anterior, que es un requisito previo a la capacitación y adquisición de habilidades y destrezas técnicas, ser buena persona^[64].

Características indeseables

- Abuso de poder
- Discriminación
- Ruptura de la confidencialidad
- Voracidad y codicia
- Falsa representación
- Ausencia de conciencia moral
- Claudicar en conflicto de intereses
- Incumplimiento de la responsabilidad
- Falta de esfuerzo en superación de condiciones de salud
- Falta de adaptabilidad y escasa integración con pacientes y familiares
- Relaciones inapropiadas con otros profesionales de la salud

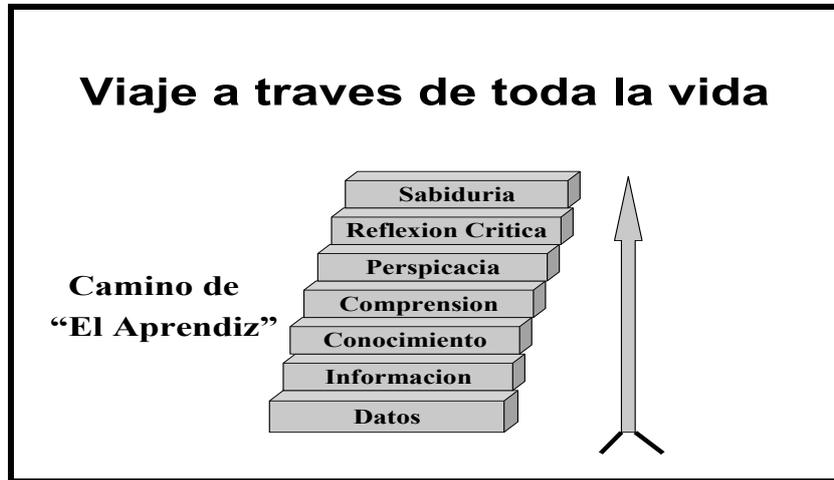
Como expresamos precedentemente, uno de los pilares constitutivos del profesionalismo médico es el principio indelegable que constituye la autonomía en la toma de decisiones, es la *esencia del acto médico*, lo cual diferencia una profesión de un oficio. La decisión médica no puede ser abolida por decisiones burocráticas provenientes del Estado, de las empresas o de intermediarios (obras sociales, mutuales), cuyos objetivos se hallan muy lejos del acto médico que son reducir costos y/o incrementar utilidades.

Sin lugar a dudas, el **Conocimiento Médico**, es el *capital intelectual de los médicos*, que debe ser salvaguardado e incrementado en cualquier sistema de salud. ¿Cómo lograrlo?^[3, 56]

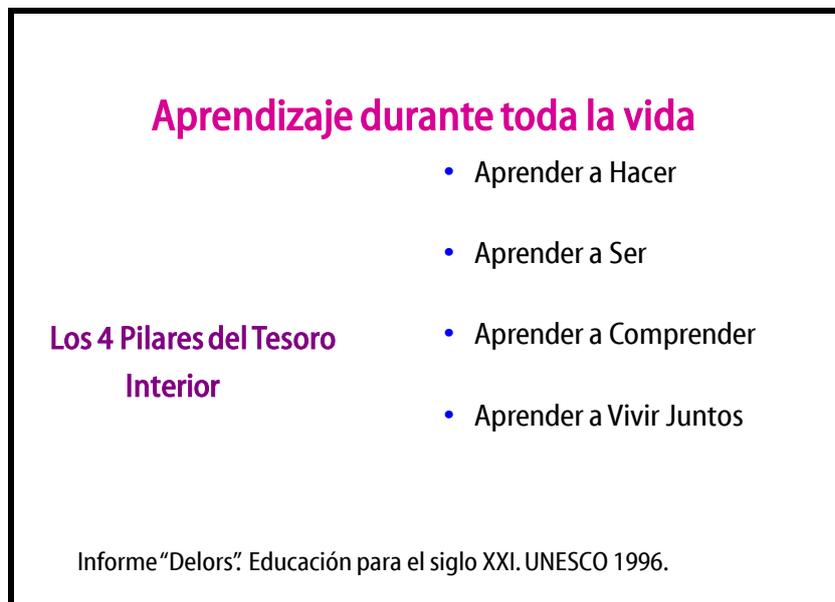
- Mediante aprendizaje y educación continua.
- Tareas de investigación.
- Es obligación del médico actualizar en forma permanente su capital intelectual, ya que constituye el primer escalón para la construcción de la idoneidad. Esto nos conduce a la Educación Médica, a través de toda la vida profesional sin etapas o compartimentos aislados.

El paradigma de la Educación Médica va girando paulatinamente del Modelo Educación-Formación (vigente en el siglo XX) al Modelo de Educación-Aprendizaje que predominará en el siglo XXI^[59, 61]. El médico es un aprendiz a través de toda su vida profesional (Figura 3).

Figura 3



Resulta pertinente recordar el Informe Delors, de la UNESCO en el año 1996, titulado *Educación para el siglo XXI: Aprendizaje durante toda la vida*.



El momento histórico en el cual vivimos ha recibido múltiples denominaciones, una de ellas es la Sociedad de la Información que no es sinónimo de la Sociedad del Conocimiento a la cual aspiramos a formar parte.

La **Sociedad de la Información debe ir asociada a la Sociedad del Aprendizaje**^[59, 61] aspirando a:

- Aprender a aprender
- Aprender a elaborar juicios críticos
- Aprender a establecer diferencias
- Aprender a comunicarse en forma inteligente
- Aprender a ser flexible y tolerante
- Aprender a colaborar
- Aprender a contribuir al bienestar de los demás

Al comenzar este apartado se habló de las causales de la crisis que condujo a la Deshumanización o su equivalente Desprofesionalización de la Medicina.

Frente a una crisis, desde un punto de vista universal, lo medular es ¿cómo la enfrentamos? y ¿cómo salimos? Pensamos que debe enfrentarse con propuestas superadoras que originen cambios, de forma tal que una vez superada la crisis seamos mejores personas y médicos, pero nunca iguales. Este debe haber sido el espíritu para que en el mes de febrero del año 2000, se lanzara el Proyecto de Profesionalismo Médico para el Nuevo Milenio, cuyo propósito fue identificar los valores de la medicina a ser observados por los médicos, al cual nos adherimos como propuesta para superar la crisis, humanizar la medicina y los actos médicos, restaurar la confianza como forma de reformular el contrato social de la medicina para el siglo XXI[18, 19]

El citado proyecto de profesionalismo médico para el nuevo milenio, fue presentado en simultáneo en dos prestigiosas publicaciones medicas, a saber:

- *Lancet* (2002)
- *Ann. Int. Med.* (2002, 136-243)

Fue avalado por representantes de nueve países y las siguientes organizaciones:

- Federación Europea de Medicina Interna
- Colegio Americano de Médicos

- Sociedad Americana de Medicina Interna
- Consejo Americano de Medicina Interna
- Fundación Británica de Medicina Interna

Con el tiempo ha obtenido múltiples y crecientes adhesiones hasta la fecha.

El Proyecto de Profesionalismo Médico esta conformado por **principios** (en número de tres) y **compromisos** (en número de diez) que a continuación se describen.

Principios

1. **Principio de Primacía del Bienestar del Paciente**, que debe ser interpretado como:
 - servir al paciente con altruismo;
 - no interferir este principio con fuerzas del mercado, presiones sociales o exigencias administrativas.
2. **Principio de Autonomía del Paciente**, que comprende:
 - Respeto.
 - Honestidad.
 - Otorgar poder al paciente en la toma de decisiones. Consentimiento informado.
3. **Principio de Justicia Social**, que se ejerce a través de:
 - Propender a la adecuada distribución de recursos.
 - Eliminación de la discriminación por raza, género, situación económica u otra categoría social.

10 Compromisos de Responsabilidades Profesionales

1. **Compromiso con las competencias profesionales**, que comprende:
 - Aprendizaje continuo durante toda la vida
 - Asegurar y prestar servicios de calidad
2. **Compromiso de honestidad con los pacientes**, que significa:
 - Proveer información completa y honesta, previo al consentimiento

- Proveer información y documentación de efectos adversos
3. **Compromiso de confidencialidad**, que resulta de:
- Es el resultado en forma recíproca de la confianza en una relación bilateral
 - Solo puede ser sacrificada si pone en peligro el bien público
4. **Compromiso de mantener buenas relaciones con los pacientes** por:
- Vulnerabilidad y dependencia (relación asimétrica)
 - Evitar relaciones financieras, de explotación o sexuales
5. **Compromiso de calidad en la atención**, que comprende:
- Empeño y superación en la atención
 - Mantener la competencia
 - Colaborar con otros profesionales
 - Reducir el error médico
 - Elevar niveles de seguridad
 - Utilizar recursos mínimos necesarios
 - Optimizar resultados
6. **Compromiso de mejorar los servicios de salud**, desde el punto de vista:
- Individual
 - Colectivo
 - De la equidad
 - De la calidad
 - De la accesibilidad
7. **Compromiso con una distribución justa de recursos finitos** que comprende:
- Atención adecuada a las necesidades del paciente
 - Uso juicioso de recursos limitados
 - Evitar recursos y servicios innecesarios
8. **Compromiso con el conocimiento científico**, ya que:
- La gran parte del contrato social se basa en ciencia y tecnología

- Defender la metodología científica
- Promover la investigación y crear nuevos conocimientos

9. Compromiso de mantener la confianza, manejando conflictos de intereses, que significa:

- Evitar poner en riesgo las responsabilidades individuales o de sus organizaciones mediante:
 - Aceptar ganancias económicas o beneficios personales
 - Relación con las industrias
 - Relación comercial con equipos médicos
 - Relación comercial con compañías de seguros, obras sociales, mutuales
 - Relación comercial con empresas farmacéuticas

10. Compromiso con las responsabilidades profesionales, a través de:

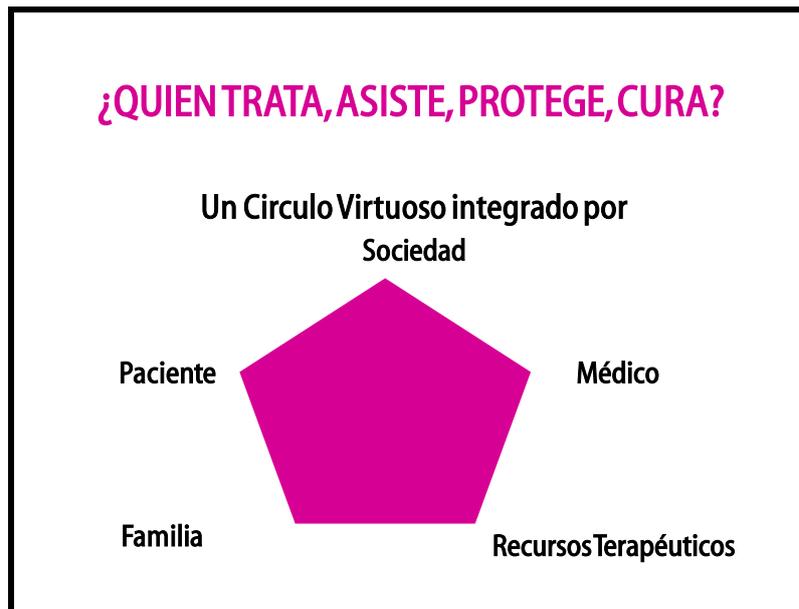
- Trabajar en equipo para maximizar la calidad de atención
- Respeto mutuo
- Participación en procesos de autorregulación
- Control de modelos y pautas éticas en el ejercicio de la profesión.

Concluimos este apartado recordando que las pautas éticas y morales en el ejercicio de la profesión exhibidas y ejecutadas por nuestros maestros tienen plena vigencia, y se entroncan con el Proyecto de Profesionalismo Médico para el nuevo milenio^[18, 19, 64].

Hacemos nuestro el pensamiento del médico y antropólogo argentino Francisco Maglio, que expresa: «Históricamente el médico y la medicina han estado **al lado** del paciente. Ahora también es imprescindible que estén **del lado** del paciente».

José Ingenieros, médico y filósofo argentino del siglo XX, abanderado del movimiento de la Reforma Universitaria, en su tratado sobre «Las fuerzas morales», dijo «un hecho, una circunstancia, una acción es más moral, en relación a cuanto mayor número de personas beneficia».

Queremos finalizar expresando nuestro pensamiento con referencia a quien debería ser el objetivo primario de nuestra profesión, **el paciente**.



7. Reflexiones finales

Como docentes que desarrollamos nuestra actividad en una cátedra de medicina interna, que vivimos intensamente esta profesión y por la cual sentimos una verdadera vocación, los pensamientos finales estarán orientados a:

- 1) La relación docente/profesor- alumno/aprendiz.
- 2) Concepción y rasgos distintivos de una cátedra.
- 3) Concepción y rasgos distintivos de una escuela de medicina.

La profesión de docente-profesor abarca todos los matices imaginables, que van desde:

- Una vida rutinaria y desencantada
- Un elevado sentido de la profesión
- El pedagogo destructor de almas
- El docente carismático

En la relación entre docente y discípulo se plantean tres grandes escenarios:

1. Docentes que han destruido a sus discípulos, física o mentalmente aprovechando su dependencia en una relación asimétrica de poder.

2. Discípulos o aprendices que han traicionado y destruido a sus maestros, tal el caso de Heidegger-Husserl^[53].

3. Relación mutua de admiración, confianza, amor.

Es a esta última relación a la cual nos vamos a referir, en la que se establece un vínculo que se desarrolla a través de un proceso de interrelación, donde el docente aprende de su discípulo cuando le enseña.

La intensidad honesta de este diálogo genera entre docente y discípulo una amistad en el más alto sentido de la palabra. La enseñanza ejemplar puede ser muda, tal vez así debería serlo, y allí es donde el maestro enseña con mayor autenticidad en valores, conductas, actitudes, ética.

De esta forma conceptual es que adherimos a la real definición de un maestro, que instruye, muestra, enseña, dialoga, orienta, se brinda desinteresadamente al discípulo motivándolo con el fin de que este alcance el desarrollo máximo de las potencialidades humanas y profesionales.

El discípulo debe comportarse con agradecimiento, respeto, aun en el disenso y debe asumir el compromiso de legar a las siguientes generaciones, mucho de lo recibido en el ámbito humano y profesional. Es en esta relación recíproca que debe comportarse como un hijo espiritual y ser leal a sus principios y valores morales.

Nosotros hemos tenido el privilegio de poder acceder a verdaderos y plenos maestros, lo que como modelos identificatorios, han sido trascendentes en nuestra formación humana, médica y docente.

A ellos nuestro agradecimiento, ya que su accionar ha trascendido.

Pese al progreso científico, tecnológico y al surgimiento de nuevas modalidades pedagógicas aplicadas a la Educación Médica, consideramos que el rol del docente-profesor fue, es y será insustituible en la formación y capacitación médica.

George Steiner, uno de los intelectuales de influencia internacional más relevante en la segunda mitad del siglo XX hasta nuestros días, en una de sus obras, *Lecciones de los maestros*, hace un recorrido a través de la historia evocando el complejo e intenso encuentro personal entre maestros y discípulos famosos, con reflexiones y pensamientos, que hacemos nuestros y que se explicitan a continuación^[53].

- El docente-profesor muestra diciendo y actuando frente a sus alumnos. Se lo ha denominado persona del espectáculo público.
- El docente posee poder, lo que hace una relación asimétrica con el alumno y es así que puede premiar, castigar, ascender o excluir.

- La instrucción hablada representada por la palabra o la demostración es tan antigua como la humanidad. La palabra y el maestro van de la mano.
- El maestro debería ser un comunicador de verdades para mejorar la vida.
- La auténtica enseñanza surge de una vocación, es un llamado, un ministerio, una elección.
- La mala enseñanza es literalmente asesina y metafóricamente un pecado capital.
- Un verdadero docente-profesor, no es una fantasía, ni utopía, fuera de la realidad.
- El maestro, el investigador, el pensador, muchas veces debe obtener recursos económicos con alguna ocupación relacionada en forma secundaria con la de su verdadera vocación.
- Un maestro ejercita sobre sus alumnos los poderes de la seducción y el pulso de su confianza es la persuasión.
- El maestro se dirige al intelecto, a la imaginación y a las emociones de sus alumnos.
- No hay actividad más privilegiada que la del docente, el profesor, el maestro, que posibilita despertar en otros seres humanos poderes, sueños que están más allá de los nuestros e inducir en otros el amor por lo que nosotros amamos.

En las páginas finales del citado libro, Steiner expresa que estamos en un momento histórico de cientificismo, democracia de masas y sus medios comunicación y pregunta: «las lecciones de los maestros ¿pueden, deben sobrevivir al embate de la marea?». Y responde: «Yo creo que lo harán, aunque sea en forma imprevisible. Creo que es preciso que así sea».

Pensamos que un docente que es portador de las características expresadas por Steiner y que a su vez enseña con el ejemplo de su conducta y trayectoria ética, es el portador del máximo reconocimiento otorgado por sus discípulos y la sociedad al designarlo como maestro.

Ahora reflexionemos sobre la concepción y rasgos distintivos de una cátedra. En el medioevo se denominó *cátedra* a la silla donde se sentaba el dicente que dictaba sus lecciones. Posteriormente, el concepto y la realidad fueron evolucionando hasta la actualidad.

En el ámbito universitario se entiende por cátedra al equipo docente que se organiza de diversas formas para realizar una tarea compartida, dirigida por un Profesor Titular e integrada

por Profesores Adjuntos, Jefes de Trabajos Prácticos y Ayudantes que en forma integrada y coherente deben desarrollar contenidos, habilidades y destrezas inherentes a cada disciplina.

¿Qué no debe ser una cátedra? Un ámbito donde concurren docentes en forma aislada o episódica sin directivas precisas, y sólo un ámbito donde los alumnos concurren a actividades por obligación, para rendir exámenes e intentar salvar obstáculos.

Por último, sobre la concepción y rasgos distintivos de una Escuela de Medicina, puede decirse que es un ámbito universitario o asistencial donde se desarrolla coherentemente una enseñanza participativa de pre y post grado. Es un lugar de aprendizaje continuo para Alumnos, Docentes y Graduados basado en una tradición con vigencia en el pasado, presente y futuro donde además de la disciplina médica se forma en sólidos principios humanos, éticos y morales.

Estamos convencidos de haber pertenecido, en diferentes momentos históricos, a una Escuela Médica de Clínica Médica; a quienes nos orientaron, y nos hicieron experimentar esta noble tarea que significa ser docente, nuestro agradecimiento por haber contribuido a nuestra formación como personas, como médicos y como docentes universitarios.

10. Bibliografía

1. AFACIMERA. Competencias básicas del profesionalismo medico. <http://www.saidem.org>
2. ÁLVAREZ MÉNDEZ J. *La evaluación a examen*. Edit. Miño y Dávila. Buenos Aires. Argentina. 2003.
3. ANDERS EGG E. *Debates y propuestas sobre problemáticas educativas*. Edit. Homo Sapiens. Rosario. Argentina. 2005.
4. ASOCIACIÓN MEDICA MUNDIAL. *Declaración sobre Educación Medica*. Pilanesberg. Sudáfrica. Octubre 2006.
5. ASOCIACIÓN MEDICA MUNDIAL. V Conferencia de Educación Medica. <http://www.wma.net>
6. ASOCIACIÓN DE EDUCACIÓN MEDICA EUROPEA. Declaración de Granada sobre estándares médicos en la educación medica de pregrado. Granada. España. Octubre 2001.
7. BRAILOSKY C. Evaluación medica-Evaluación de las competencias. Aportes para un cambio curricular en Argentina. Bs.As. 2001. OPS. OMS. UBA. Facultad de Medicina.
8. BRAILOSKY C.; MILLER F. L'évaluation de la competence, dans le context professionnel. *Service Social*. 45:171,1999.
9. BRAILOSKY C. Using evidence to improve evaluation. *Advances in Heath Sciences Educ*. 5: 207,2000.
10. CONSEJO EJECUTIVO DE FEDERACIÓN MUNDIAL DE EDUCACIÓN MEDICA (WFME). International standards in medical education and accreditation of medical schools. *Medical Educ*. 32:549, 1998.
11. CONSEJO EJECUTIVO DE WFME. (Task Force) Defining international standards for basic medical educations. *Medical Educ*. 34: 665, 1999.
12. CONSEJO EJECUTIVO DE WFME. Educación medica básica-estándares globales para mejorar la calidad. Junio 2001. *Educ.med*. 7:suplemento 2, 2004.
13. CONSEJO EJECUTIVO DE WFME. Declaración de Edimburgo sobre Educación Medica. 1998.
14. CONEAU. Lineamientos sobre evaluación institucional. Bs. As. Argentina. 1997.
15. CARRERA J. Evaluación de calidad y promoción del profesorado. Legislación Española 1983-2002.

16. CÁCERES MEZA. La formación pedagógica del profesor universitario. *Revista Iberoamericana de Educación*. <http://rieoei.org/deloslectores/475caceres>
17. CALVERAS CORNET A. Nuevos planteamientos didácticos. *Educ. Med.*: Suplemento 1, 2005.
18. Declaración Conjunta. Project of medical professionalisms, for the new millennium. *Ann.Int.Med.* 136:243,2002.
19. Declaración Conjunta. El profesionalismo medico en el nuevo milenio. Un estatuto para el ejercicio de la medicina. *Rev. Medica de Chile.* 131:457, 2003.
20. ECO U. Para qué sirve el profesor. Diario *La Nación*. Bs.As. Argentina. Nota pagina 17.21-5-2007.
21. FERNÁNDEZ LAMARRA N. *La educación superior argentina en debate*. Edit. EUDEBA. Bs. As. UBA 2003.
22. FREIRE P. *Cartas a quien pretende enseñar*. Edit. Siglo XXI. Méjico,1994.
23. FREIRE P. *Pedagogía para la autonomía*. Edit. Siglo XXI. Méjico, 1997.
24. GARDNER H. *Inteligencias múltiples. Teoría y Practica*. Edit. Paidos. Barcelona,2000.
25. GIACOMANTONE O. Y COLAB. Propuesta para ejecutar la reforma curricular en FCM de UNLP. V Jornadas CAEM. La Plata, 2003.
26. GIACOMANTONE O. Y COLAB. Programa del proceso de enseñanza – aprendizaje de la residencia de Clínica Medica. 7º Congreso Argentino Interuniversitario de Medicina Interna. La Plata, octubre 1995.
27. GIACOMANTONE O. Y COLAB. Educación médica continua y competencias profesionales. 19º Congreso Peruano-Argentino. La Plata, 1995.
28. GIACOMANTONE O. Y COLAB. Evaluación de la enseñanza por los alumnos. Encuesta de opinión. 1º Congreso Argentino de FAMI. La Plata, octubre 1992.
29. GIACOMANTONE O. Y COLAB. Responsabilidad de las Universidades en la acreditación de competencias profesionales. V Congreso Argentino Interuniversitario de Medicina Interna. Bs. As. 1992.
30. GIACOMANTONE O. Y COLAB. Integración docente asistencial, una estrategia para reformular los recursos humanos del sistema de salud. V Jornadas Anuales de la Cátedra de Medicina Interna "A". La Plata, 1992.
31. GIACOMANTONE O. Y COLAB. La descentralización de la enseñanza de la medicina por medio del modelo de las Subsedes. III congreso Argentino Interuniversitario de Medicina Interna. Bs. As. 1989.
32. GIACOMANTONE O. Y COLAB. La necesidad de cambios en la enseñanza de la Medicina Interna. III Congreso Argentino Interuniversitario de Medicina Interna. Bs. As. 1989.
33. GIACOMANTONE O. Y COLAB. Educación Medica continuada. Sociedad Medica La Plata. Noviembre 1991.
34. HARDEN R., SOWDERS S. Some educational strategies in curriculum development. The Spice models. *Medical Educ.* 18:284, 1984.
35. HOROWITZ CAMPOS N. El sentido social del profesionalismo médico. *Revista Médica de Chile.* 134:520, 2004.
36. INVERNON F. GIMENO S. La educación en el siglo XXI. Edit. GAO. Barcelona. España, 1999.
37. INVERNON F. La formación y el desarrollo profesional del profesorado. Edit. GAO. Barcelona. España, 1999.
38. LONGWORTH N. El aprendizaje a lo largo de la vida. Edit. Paidos. Bs. As. 2005.
39. Ley de Educación Superior Argentina N° 24.521. Ministerio de Educación. Argentina. 1997.
40. MANSO MARTÍNEZ J. Reflexiones sobre un nuevo profesor universitario en medicina. <http://www.fac.org.ar/scvc/llave/edu/manso>
41. MEDINA MOYA J. La profesión docente y la construcción del conocimiento profesional. Edit. Magisterio Río de La Plata. Bs. As. 2006.

42. MENIN O. *Pedagogía universitaria*. Edit. Homo Sapiens. Rosario. Argentina, 2004.
43. MORIN E. *Los siete saberes necesarios en educación del futuro*. UNESCO. Edit. Nueva Visión. Bs. As. 2001.
44. OMS. *Towards the assessment of quality in medical education*. Geneve. Suiza, 1991.
45. PATIÑO RESTREPO J. Profesionalismo medico. *Rev. Colombiana de Cir.* 19:146, 2004.
46. POSADAS ÁLVAREZ R. Formación superior basada en competencias. <http://www.rieoei.org/deloslectores/648posadas/>
47. RODRÍGUEZ SUÁREZ J. *Aprendizaje basado en problemas*. Edit. Panamericana. Méjico, 2002.
48. RODRÍGUEZ ROJO M. El componente educativo en el rol del profesor universitario. *Rev. Electrónica de Formación del Profesorado*. 2: (1), 1999.
49. RODRÍGUEZ GÓMEZ H. De la educación medica al medico educador. *Iatreia*:17:1, 2004.
50. SUÁREZ I. Y COLAB. Concepto actual de medico clínico y/o medico internista. Su proyección al siglo XXI. 7º Congreso Argentino Interuniversitario de Medicina Interna. La Plata. 1997. Revista y Boletines de FAMI, marzo 1998.
51. SANTOS GUERRA M. *Enseñar el oficio de aprender*. Edit. Homo Sapiens. Rosario. Argentina, 2001.
52. SANTOS GUERRA M. *Evaluación educativa*. Edit. Magisterio Río de La Plata. Bs. As. 2002.
53. STEINER G. *Las lecciones del maestro*. Edit Fondo de Cultura Económica. México, 2004.
54. STONE S. Identifying oneself as a teacher. The perception of preceptors. *Med. Educ.* 36:180, 2002.
55. TEDESCO J. *Educación en la sociedad del conocimiento*. Edit. Fondo de Cultura Económica. Bs. As. 2004.
56. TENTI FANFANI E. *Sociología de la educación*. Edit. Univ. Nac. de Quilmes. Argentina, 2004.
57. TOSTESON D. *New pathway to medical education*. Harvard. Univ. Press. Cambridge. Massachusetts. U.S.A., 1992.
58. UNESCO. Conferencia Mundial sobre Educación Superior en el siglo XXI. Paris, 1998.
59. UNESCO. Objectives for the future of education. Informe Faure. Paris, 1973.
60. UNESCO. Commission on education for the XXI century learning. Informe Delors. Paris, 1996.
61. VAN DER VLEUTEN L. The need for evidence in education. *Med. Teach.* 22: 246, 2000.
62. VENTURELLI V. Educación médica. OPS. *Seve Paltex. Sociedad y Medicina* N°5, 1997.
63. VÉLEZ CORREA L. *Ética Médica*. Edit Corporación para Investigadores. O.P.S. Paltex. Medellín. Colombia, 2003.
64. WOJTEZAK A. Minimal essential requirement global in medical education. *Med. Teach.* 22:555, 2000.
65. WOJTEZAK A. La educación medica en un mundo en proceso de globalización. *Educ. Med.* 9: (2), 2006.

Concepto actual del médico clínico o internista

Su proyección al siglo XXI

OSCAR ALBERTO GIACOMANTONE¹

ISABEL BEATRIZ SUÁREZ²

¹ PROFESOR TITULAR DE LA CÁTEDRA DE MEDICINA INTERNA «A»

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS (UNLP)

² JEFE DE TRABAJOS PRÁCTICOS DE LA CÁTEDRA DE MEDICINA INTERNA «A»

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS (UNLP)

Trabajo original (1997)

Introducción

Los profundos y vertiginosos cambios que se han producido en el siglo XX, tanto en el campo social, económico, como científico han generado una crisis en la sociedad en general y en la medicina en particular. Esta situación nos pone frente a la necesidad de redefinir roles, basados en conceptos éticos intransigentes, que nacen desde los orígenes de la medicina, fundamentados en la función de servicio para prevenir y resolver problemas en función de las necesidades de los seres humanos que demandan nuestra ayuda. No confundir la necesidad de cambios que presionan los intereses de la filosofía de mercado dominante en el mundo.

Cambios en las definiciones y concepto de médico clínico o internista en el siglo XX

- Se pasa de una atención médica ambulatoria a una dentro de los hospitales.
- De una concepción asistencial se pasa a una atención médica integrada a la investigación.
- Aparición de una morbilidad cambiante por impactos médico-sociales.
- Aumento en la expectativa de vida, con la aparición de nuevos problemas.
- Concepción médica científica y fisiopatológica.
- Incorporación de Unidades de Cuidados Intensivos.
- Concepción epidemiológica y ecológica de la salud y la enfermedad.

- Enfoques holísticos de los seres humanos desde proyecciones individuales, biológicas, psicológicas, antropológicas, como seres sociales.
- Incorporación de la Prevención Primaria, Secundaria y Promoción de la Salud.
- La salud como un derecho humano indiscutible, enfrentado con concepciones economicistas que surgen de la filosofía del modelo de mercado dominante a nivel mundial.

Lo expuesto en el punto precedente genera una crisis en la medicina y en los sistemas de atención médica, que pierden su sentido solidario como parte de la filosofía del estado de bienestar.

En esta crisis se pueden identificar varios aspectos:

- Crisis de identidad del médico clínico desplazado por especialistas y parcialistas con atomización de la atención médica.
- Crisis de cobertura.
- Crisis en la calidad de la atención médica
- Progresivo deterioro de las condiciones de vida de un amplio sector de la población, con distribución inequitativa de la riqueza, con la consiguiente injusticia social.
- Formación médica inadecuada para las demandas de salud crecientes de la población.

¿Qué hacer frente a esta situación actual?

Las crisis son habituales en la evolución de la humanidad, no son instancias patológicas de por sí, son desafíos para generar cambios superadores, pese a que lo deseable sería que en función de una actitud preventiva no tuvieran la magnitud y la profundidad de la que estamos viviendo con altísimos costos humanos.

Lo patológico, la enfermedad, condiciona la incapacidad de prevenir o superar las crisis.

¿Debemos esperar las soluciones desde el Estado, o desde el libre juego del mercado? ¿O como protagonistas de la historia debemos actuar participativamente y en democracia para superarlas? Personalmente nos adscribimos a esta última postura.

¿Cómo lo hacemos?

- Con un adecuado diagnóstico de situación con enfoque sistémico.

- Recuperando nuestro rol e identidad como clínicos o internistas dentro de los sistemas de Atención Médica.
- Eligiendo un modelo o estilo de vida para nuestro país, que de ninguna manera puede circunscribirse en forma miope, egoísta o sectorial a un modelo económico. Debe ser mucho más amplio y totalizador, donde la economía, la educación, la justicia y los sistemas solidarios estén en función de las necesidades de la población y no de los intereses de pocos privilegiados.

Esto se logra participando en el campo político, profesional y en entidades formadoras de recursos humanos de pre y post grado.

A su vez, las entidades profesionales que nos representan deben ejercer su función primaria de buscar el bien común y la secundaria de defender los derechos de los médicos y de ninguna manera transformarse en organismos empresariales para los que trabajamos.

¿Cómo debe concebirse el médico clínico o internista actual con proyección al siglo XXI?

Definición de Médico Clínico o Internista:

- Es un médico que asiste pacientes adultos.
- Asiste al paciente en su totalidad individual, familiar y social.
- Es responsable del paciente y lo asiste en forma continua e integral.
- Es un médico formado y pensante que resuelve problemas utilizando el método clínico.
- Tiene conocimientos, criterios y prácticas para la asistencia ambulatoria y en internación.
- Toma decisiones compartiendo responsabilidades con moderación y sabiduría.
- Coordina la atención médica asistiendo, diagnosticando y tratando a los pacientes. Es una de las puertas de entrada a los Sistemas de Salud.
- Es el médico consultor que dirige el proceso de atención médica en sanos y enfermos.
- Desarrolla acciones de prevención, curación, rehabilitación y asistencia.
- Es el médico de cabecera.
- Debe tener una formación médica integral, humanística, social, cultural, proyectada en una función de servicio.

Entendemos que de esta manera recuperamos nuestra identidad como clínicos o internistas dentro del Sistema de Atención Médica en base a las demandas sociales.

Los roles actuales del clínico o internista tienen que estar inmersos en la filosofía y ética que rige el ejercicio de nuestra profesión, con profunda convicción humanitaria y función de servicio como lo son las conductas ideales que debe poseer todo médico:

- Entrega.
- Compasión.
- Solidaridad.
- Conocimiento y prácticas integradas.
- Modestia.
- Reconocimiento de las limitaciones.
- Comprometido con los seres humanos.
- Asiste y cuida, además de tratar.

Lograr un profesional médico de estas características requiere de una formación humanística integral, además de la concreta profesional, con un adecuado equilibrio de prácticas formativas extramuros del hospital en Atención Médica Ambulatoria, domiciliaria y familiar y dentro del hospital en todos los niveles de atención.

El objetivo terminal de un médico clínico o internista con estas características es capacitarlo en la asistencia médica mediante la resolución de problemas, en base a la evidencia, en la Sistemática de una Educación Médica Continua para actuar en todos los niveles del Sistema de Salud.

Conclusiones

La necesidad de un cambio en el rol e identidad del Médico Clínico o Internista es una impostergable demanda de la sociedad, como así también de un Sistema de Atención Médica que esté acorde con sus necesidades para preservar e incrementar el fundamental recurso de un país como el recurso humano con su derecho a la salud.

En este cambio se vislumbran dos corrientes:

1. Una la de la filosofía de mercado con la privatización de la atención médica que sin duda llevará a una subprestación y a la explotación del médico como un asalariado más de baja remuneración, en virtud de la oferta y demanda de profesionales. En síntesis, la salud como un negocio y no como un derecho.

2. Una propuesta multisectorial democrática participativa con responsabilidad indelegable del Estado en el sector salud, integrando y armonizando esfuerzos con el sector privado, pensando en beneficio de las personas y realidades del país. Manteniendo los principios no alcanzados de

salud para todos de la OMS y teniendo como base estratégica los Sistemas Regionales de Salud, jerarquizando al médico que actúa en la atención primaria.

Todo cambio para que pase de una propuesta teórica a un hecho concreto debe tener profesionales de la salud con un reconocimiento acorde a sus importantes responsabilidades.

Todo cambio positivo y superador se toma utópico si los actores no tienen un reconocimiento social, académico y económico.

Bibliografía consultada

Giacomantone OA y col. (1993). Crisis de la Relación médico-paciente. Situación actual. Necesidad de cambios. V Congreso Interuniversitario Argentino de Medicina Interna. Mendoza.

Giacomantone OA y col. (1991). Educación médica continua. Sociedad Médica de La Plata.

Greccatigenlick MR y col. (1995). Educating physicians for the twenty first century. *Acad. Med.* 70:179.

Joos SK y col. (1993). Patients desires and satisfaction en general medicine clinics. *Public Health Rep.*, 108:751.

Lewis CE y col. (1991). How satisfying is the practice of Internal Medicine? *Ann Inter Med*, 114:1.

OMS. (1978). Atención Primaria de la Salud. Conferencia Internacional de Alma Ata., Ginebra.

Pérez Stable EJ (1994). La Medicina Interna General en E.E.U.U. V Congreso Internacional del Hospital de Clínicas, Buenos Aires, UBA.

Vazquez, J. y col. (1996). Rol del Internista en los Nuevos Sistemas de Salud. Congreso de la Sociedad Argentina de Medicina, Mar del Plata.

Estudio de habilidades y destrezas en el aprendizaje basado en problemas

OSCAR ALBERTO GIACOMANTONE

PROF. TITULAR DE LA CÁTEDRA DE MEDICINA INTERNA «A»
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
PROFESOR A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LA CARRERA DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE

Trabajo original (2000)

Una visión panorámica

Fuentes

- 1) Departamento de Investigación Educacional, Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Maastricht (Holanda).
- 2) Experiencia vivencial en la Escuela de Medicina de Harvard (Boston, Estados Unidos) en 1994.
- 3) Experiencia de la Escuela de Medicina de Mac Master y la del Grupo Ontario (Queens, Canadá), 1998.

Introducción

En el aprendizaje basado en problemas existen habilidades y destrezas que permiten aplicar el método exitosamente. Habitualmente, se utiliza la metodología de los 7 pasos, para trabajar cooperativamente dentro del grupo.

El proceso de aprendizaje en forma cooperativa se logra mediante la participación en el ámbito de un Grupo Tutorial integrado por

- los miembros del grupo;
- el líder de discusión;
- el tutor.

Se relatará en forma de visión panorámica las habilidades y destrezas específicas que se requieren para actuar exitosamente con el Aprendizaje Basado en Problemas. Luego de presentar el método en forma gráfica en un diagrama, cada uno de sus pasos y componentes será discutido en forma particular, incluyendo sus objetivos y funciones, los que serán enumerados explícitamente.

La adquisición de destrezas es parte del proceso de aprendizaje en lo general y en particular, por ello requiere ser analizado críticamente en cada una de sus funciones, como en su totalidad.

El proceso no es estático sino por el contrario dinámico y cambiante, por ello requiere seguir un método, con una atención y evaluación continua que permita adecuarlo a las necesidades del grupo y los individuos que lo integran.

Esta publicación busca diseñar una guía con respecto a todos los componentes que actúan dentro del Grupo Tutorial, que trabajan en el Aprendizaje Basado en Problemas.

Explicación de sus componentes

Participando en grupos tutoriales

El trabajo en Aprendizaje Basado en Problemas, se realiza en Grupos Tutoriales pequeños (8 a 12 integrantes, media: 10). Promedio: 2 por semana.

El éxito del funcionamiento depende de dos grandes variables: del camino metodológico seguido en sus tareas y de la interacción de los miembros del grupo.

Cada Grupo Tutorial tiene que tener un líder de discusión (estudiante), cuya tarea es la de asegurar que la discusión se desarrolle correctamente en términos de métodos y procedimientos.

Los miembros del grupo intercambian ideas, pensamientos y puntos de vista, concernientes a la tarea.

El camino y método utilizado, donde se expresan opiniones, ideas, conocimiento, y la manera como son expresados en forma de lenguaje verbal y no verbal, inciden en forma directa en cómo la información y nuevos conocimientos son adquiridos y entendidos.

El grupo es supervisado por un tutor, cuya principal tarea es promover el aprendizaje y cooperación entre sus integrantes. (Esto puede ser, desde una persona de recursos calificada, hasta un estudiante de años superiores).

El perfeccionamiento del proceso de aprendizaje del grupo es la principal responsabilidad de sus integrantes, estudiantes, líder y tutor.

Trabajando con el método de los 7 pasos

El Grupo Tutorial es el lugar donde los conocimientos y la información son intercambiados en base a las tareas que se han establecido. Procede sistemáticamente aplicando un método. La tarea es presentada en forma de problemas, los que deben ser clarificados y resueltos en base al método.

Durante la discusión preliminar, las tareas y los problemas deben ser definidos, analizados y clarificados. Esta es la primera etapa que comprende los primeros cinco pasos del método. Durante esta etapa, es necesario proveer explicaciones, definir el problema en base a las nociones que tiene el grupo del tema, elaborando un inventario de los conocimientos que faltan, para su resolución amplia, comprensiva y profunda.

En la segunda etapa, que constituye el sexto paso, los estudiantes consultan literaturas y otras fuentes de información, donde encuentran respuestas a sus preguntas hasta entonces no resueltas. Autoaprendizaje con discusión y análisis crítico de información.

La tercera etapa constituye el séptimo paso: en una nueva reunión grupal, los conocimientos e información recientemente adquiridos por los estudiantes, son presentados y expuestos a todos los miembros del grupo, asegurándose la comprensión y la solución de los problemas.

El grupo, en un sistema de autoevaluación, debe considerar todas las etapas del proceso de aprendizaje y los problemas estudiados, mediante una forma de evaluación continua y si estos últimos han sido resueltos con la suficiente claridad y profundidad.

Debe discutirse también sobre factores que promueven u obstaculizan el proceso para destacar las fortalezas y debilidades del grupo, opinando sobre lo tratado en particular y en lo general el funcionamiento del grupo.

1ª Etapa: Discusión preliminar

Comprende los pasos 1 a 5.

Paso 1: Clarificación de conceptos.

Paso 2: Definición del problema.

Paso 3: Análisis del problema (torbellino de Ideas).

Paso 4: Análisis del problema. Clasificación sistemática.

Paso 5: Formulación de objetivos de aprendizaje.

2ª Etapa: Autoaprendizaje

Comprende el **paso 6**.

3ª Etapa: Comunicación, informe y discusión

(Tercera y última Sesión Grupal)

Comprende el **paso 7**.

Cada uno de los pasos metodológicos enumerados debe desarrollarse en base a este esquema funcional:

Paso 1: Clarificación de conceptos

- 1.1. Clarificar conceptos o hechos confusos de la tarea encomendada o malos entendimientos.
- 1.2. Reconocer qué falta aclarar.
- 1.3. Preguntar para dar explicaciones.
- 1.4. Dar explicaciones.

Paso 2: Definición del problema

- 2.1. La esencia de la tarea es determinar el orden y límites de los tópicos a aprender.
- 2.2. Propósitos de la definición.
- 2.3. Definir la esencia de la tarea para definir el problema.
- 2.4. Clarificación del problema concreto.

Paso 3: Análisis del problema (torbellino de ideas)

- 3.1. Refrescar y establecer conocimientos previos que explicarían el problema, con alternativas e hipótesis.
- 3.2. Escuchar explicaciones y aspectos relevantes.
- 3.3. Explicaciones alternativas.
- 3.4. Preguntar sobre más detalles del problema.
- 3.5. Reconocer aspectos relevantes de las explicaciones de los estudiantes.
- 3.6. Preguntar sobre cuestiones no claras.

3.7. Evitar excluir a priori posibles explicaciones.

Paso 4: Análisis del problema. Clasificación sistemática

4.1. Clasificación y explicaciones, promovidas del paso anterior, indicando interrelaciones.

4.2. Creación de eslabones entre el listado de aspectos a aclarar y las explicaciones dadas.

4.3. Uso de diagramas.

4.4. Anotar la falta de claridad o vacío en las explicaciones.

Paso 5: Formulación de los Objetivos de Aprendizaje

5.1. Determinar sobre la base de la explicación dada, qué conocimientos faltan y cuales aún no están claros, sobre la base de Objetivos de Aprendizaje.

5.2. Formulación, en forma no ambigua, clara y bien definida, en términos concretos, de los Objetivos de Aprendizaje.

Paso 6: Autoestudio

6.1. Sobre la base de Objetivos de Aprendizaje.

6.2. Adquisición de conocimientos para entenderlos y poder explicarlos y aplicarlos.

6.3. Encontrar regularidad y equilibrio entre tiempo libre y tiempo de estudio, haciendo efectivo el tiempo disponible para usarlo con eficiencia y efectividad.

6.4. Resumen de temas relevantes, con encuentros de discusión y análisis grupal.

6.5. Selección de fuentes de información, en bases de datos documentados y/o personales de recursos vivientes accesibles.

6.6. Determinar si lo estudiado ha sido comprendido.

6.7. Elaboración y respuestas a preguntas.

6.8. Observación de los vínculos entre nuevos y previos conocimientos.

6.9. Elaboración de apuntes y diagramas.

6.10. Preparación de la comunicación o informe.

6.10.1. Mirar hacia atrás críticamente sobre la existencia del conocimiento previo de la discusión preliminar y los Objetivos de Aprendizaje.

6.10.2. La preparación debe ser con la presencia del total de estudiantes del grupo.

6.10.3. Integrar las notas de autoestudio en forma de fichas, para incorporarla al listado de las fuentes consultadas (bibliografía).

6.10.4. Reflexión crítica de lo que se ha estudiado.

6.10.5. Traslado de las situaciones inciertas o no claras a cuestiones concretas.

6.10.6. Determinar si lo que se ha estudiado puede ser presentado en forma sintética y clara.

6.10.7. Elaboración final del Informe.

Paso 7: Comunicación, informe y discusión

7.1. Leer el informe analizándolo críticamente, preguntándose si los Objetivos de Aprendizaje están respondidos en la comunicación.

7.2. Discutir e intercambiar ideas para valorar si los nuevos conocimientos han sido comprendidos y si se ha estudiado lo suficiente en amplitud y profundidad.

7.3. Presentar lo que se ha estudiado en pocas palabras y en forma clara.

7.4. Determinar las fuentes consultadas.

7.5. Preguntar sobre cuestiones o problemas aún no claros.

7.6. Brindar y recibir información adicional, si es necesario.

7.7. Análisis crítico de los nuevos conocimientos.

7.8. Cerrar las conclusiones, relacionando los Objetivos de Aprendizaje y los Problemas Resueltos.

Roles del Líder de Discusión

- 1) Estructura el contenido y la secuencia lógica en los encuentros de los Grupos Tutoriales.
- 2) Asegura que se cumplan los pasos del método de ABP.
- 3) Contribuye a la eficiencia de los encuentros.
- 4) Determina la agenda de funcionamiento del grupo.
- 5) Estructura el ordenamiento interno del grupo, controlando discusiones, uso del tiempo, promueve encuentros, interrumpe, pregunta, sintetiza.
- 6) Destaca temas principales, estimula a los miembros, enfatiza discusiones y síntesis.
- 7) Estimula al grupo, manteniendo su paz.
- 8) Balancea el equilibrio hacia una participación y compromiso igualitario dentro del grupo.

- 9) Hace preguntas a los integrantes, estimulando el funcionamiento y la participación.
- 10) Promueve las discusiones iniciales y finales, como así también, la profundización de la resolución de problemas.
- 11) Reformula, presentando lo más precisamente posible, el orden y participación de los estudiantes, cómo se expresan y si comprendieron lo expuesto.
- 12) Discute con los miembros del grupo y de otros grupos.
- 13) Corrige desviaciones en el grupo, tiempo temático, participación, etc.
- 14) Controla el listado de problemas, su resolución, los objetivos de aprendizaje, si se correlacionan con las conclusiones del informe.

Roles del Tutor

- 1) Todo Grupo de ABP debe estar bajo la supervisión de un Tutor.
- 2) La principal tarea es la de promover el proceso de aprendizaje y la mutua colaboración de los estudiantes.
- 3) Su principal interacción es asegurar la tarea de los estudiantes, en un clima favorable con responsabilidad y profundidad en las tareas.
- 4) Controla la discusión inicial y final.
- 5) Preguntando ayudando al estudiante a resolver y descubrir por sí mismo.
- 6) Muestra una conducta activa de escuchar.
- 7) Se comunica de manera informal y formal.
- 8) Formula ideas y preguntas en lenguaje inteligible.
- 9) Conduce tiempos.
- 10) Estimula la dinámica grupal cuando ésta se estanca.
- 11) Establece el enlace de relaciones, cuando las ideas no están claras.
- 12) Corrige ideas incorrectas.
- 13) Orienta hacia la priorización de temas o tópicos, cuando ello no está claro.
- 14) En caso de fracaso del grupo o de su líder de discusión, lidera el grupo.
- 15) Provee información y orientación si el grupo no encuentra los caminos.
- 16) Sugiere literatura o fuentes de consulta.
- 17) Observa analizando, y si el camino es negativo o incorrecto, orienta.
- 18) Evalúa progresos y factores que promueven o bloquean al grupo, como así también el de sus integrantes individualmente.
- 19) Analiza en base a observaciones, arribando a juicios.
- 20) Provee retroalimentación con información, opiniones, críticas, aportes de experiencias, y sobre funciones grupales o situaciones individuales.

21) Toma decisiones, con cambios de conductas, para mantener el control, los procedimientos o el ambiente del grupo, cuando las circunstancias lo aconsejan.

2 PARTICIPACIÓN EN GRUPO TUTORIAL

Líder de Discusión <ul style="list-style-type: none"> • Preparación • Estructuración • Síntesis • Estimulación • Respuesta a preguntas • Reformulación • Conclusión 	1 2 3 4	Objetivos de Aprendizaje Observación
Participación Grupal <ul style="list-style-type: none"> • Respeto y manejo del tiempo • Provisión de información • Preguntando por información • Síntesis • Escucha activa • Provisión de retroalimentación • Recepción de retroalimentación 	1 2 3 4	Objetivos de Aprendizaje Observación
Tutor <ul style="list-style-type: none"> • Estimulación • Respuestas a preguntas • Provisión de información • Observación y análisis • Provisión de retroalimentación 	1 2 3 4	Objetivos de Aprendizaje Observación
Evaluación <ul style="list-style-type: none"> • Observación • Análisis • Provisión de Retroalimentación • Recepción de retroalimentación 	1 2 3 4	Objetivos de Aprendizaje Observación

Esta Guía Metodológica está fundamentada en relevantes experiencias educacionales en Aprendizaje Basado en Problemas, a la que se aporta la experiencia personal de haberla vivido en escuelas de medicina del exterior y con ensayos pilotos en la Cátedra de Medicina Interna «A» de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata.

Tiene la intención de servir como Guía de Trabajo Grupal para Docentes y Alumnos.

Rol del internista en los nuevos sistemas de salud

El momento de la atención primaria

JESÚS VÁZQUEZ¹

JOAQUÍN AVERVACH¹

OSCAR ALBERTO GIACOMANTONE²

¹SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA, CÁTEDRA LIBRE DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DE MAR DEL PLATA

²CÁTEDRA DE MEDICINA INTERNA «A», FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Introducción

Este artículo analizará algunos aspectos de la actual situación de la atención de la salud y discutirá el rol que puede caberle al internista en los nuevos sistemas prestacionales.

En la primera parte analizaremos los factores que entendemos hacen a lo que denominamos la crisis actual de la medicina interna tradicional, evidenciada en la pérdida de su liderazgo dentro de los ámbitos asistenciales, docentes y académicos; en la pérdida de su prestigio en la sociedad como usuaria de los servicios médicos; y finalmente en el deterioro económico de quienes la practican.

En la segunda parte abordaremos la crisis actual de los sistemas de salud en algunos de sus aspectos como costos, calidad y satisfacción de usuarios. Creemos que esta crisis está fuertemente relacionada, en primer lugar, con la pérdida del médico que —con un pensamiento clínico, totalizador y científicamente fundado— actuaba como eje del sistema; y su reemplazo por la visión fragmentaria de la subespecialización y la medicina tecnológica. En segundo término, entendemos que esta crisis tiene que ver con la implementación inadecuada de las nuevas modalidades prestacionales, que apuntan a la contención del gasto y revalorizan el primer nivel de atención.

En la tercera parte consideraremos algunas de las soluciones que aporta la concepción de la atención primaria de la salud (APS), tal como fuera definida en Alma Ata, como la estrategia para el objetivo “Salud para Todos en el Año 2000”.

En la cuarta parte plantearemos algunas estrategias para la formación y reconversión del recurso humano, partiendo del modelo de la medicina interna tradicional, con el agregado de los contenidos necesarios para la atención médica primaria (AMP) y para el desempeño de un rol de gerenciamiento del sistema.

Finalmente intentaremos, en base a toda esta información, señalar las ventajas de una propuesta en la que los internistas, adecuadamente capacitados, puedan desempeñar un rol preponderante en los nuevos sistemas de salud, interés común de usuarios, prestadores y financiadores.

I. Crisis de la Medicina Interna

Una de las características inherentes a la formación en medicina interna y clínica médica (cuyas diferencias conceptuales no analizaremos en este artículo) fue el trabajo exclusivo o muy preponderante con pacientes horizontales. En los últimos años se han dado un serie de cambios significativos que han corrido el eje del trabajo del internista y el desafío intelectual de la medicina interna, desde la sala de internación al consultorio.

Algunas de las causas de esta situación son^[1]:

- cada vez mayor número de diagnósticos y tratamientos son hechos en el consultorio sin requerir internación;
- muchos pacientes son internados sólo para someterse a procedimientos indicados en el consultorio;
- gran parte de los pacientes son internados por patologías graves y/o agudas en cuidados intensivos;
- otra fracción de los internados es portadora de patologías crónicas o terminales, cuyo diagnóstico ya está hecho y cuyo tratamiento es muchas veces rutinario;
- la estadía hospitalaria tiene un costo cada vez más elevado;
- se prevé que en los próximos años las camas de cuidados intensivos se duplicarán, mientras que las camas generales se reducirán a la mitad.

Otra característica de los programas tradicionales de formación en medicina interna fue basarse fundamentalmente en la enseñanza de enfermedades —muchas veces las menos

prevalentes— descuidando la enseñanza de la metodología de solución de problemas, centrada en aquellos que mas comúnmente llevan al paciente a la consulta^[2, 3].

Paralelamente, la capacitación de internistas sufrió de una falta o superficialidad en el desarrollo de temas que hoy aparecen como fundamentales en su formación. Tanto desde la ausencia de estos contenidos como desde el «currículum oculto» —que representan los modelos docentes tradicionales—, los médicos descuidamos áreas fundamentales en la capacitación del agente de salud para el primer nivel de atención. Esta lista de contenidos no desarrollados incluye básicamente los aspectos psicosociales de la medicina —entre los que podemos mencionar entrevista clínica, educación para los cambios de hábitos de vida, interconsulta y derivación, motivos ocultos de consulta, adherencia al tratamiento, comunicación de malas noticias—; y los correspondientes al área de la epidemiología clínica —incluyendo entre otros temas la toma de decisiones basada en la evidencia, lectura crítica de la literatura, selección de métodos diagnósticos e investigación clínica—. Esta lista no se agota aquí. Áreas como la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud nunca fueron efectiva y suficientemente incorporadas a nuestra práctica. Otros aspectos fueron dejados de lado por no considerarse de nuestra incumbencia. Entre estos podemos mencionar la economía médica, los modelos de sistemas de salud, el entrenamiento necesario para el trabajo en equipo, la ética médica aplicada, el área asistencia! de la medicina del trabajo, etc.

La consecuencia de este tipo de formación fue la graduación de profesionales poco entrenados, y consecuentemente poco eficientes para la atención ambulatoria; lo que desencadenó a su vez una progresiva desjerarquización del trabajo de consultorio, haciendo del mismo una tarea muchas veces insatisfactoria o francamente frustrante, mal definida, poco reconocida y mal remunerada^[4].

Dadas estas circunstancias, muchos internistas buscaron la solución en la subespecialización. Aquellos que permanecieron dentro del espíritu de la medicina clínica, fracasaron muchas veces agobiados por una excesiva oferta de información que no sabían como jerarquizar, y por la falta de datos y conocimientos en áreas críticas para la solución de los problemas del paciente ambulatorio. Concomitantemente los usuarios comenzaron a autoderivarse a las subespecialidades. Esta situación llevó finalmente a que el clínico perdiera ante la comunidad su definido rol como médico de cabecera, cerrando así el círculo de lo que hemos denominado la crisis de la medicina interna tradicional.

En este punto creemos imprescindible aclarar que empleamos el término *crisis*, no con la concepción negativa con que suele utilizarse en estos tiempos, sino entendiendo como tal «un momento de cambio muy marcado, una dificultad o situación momentáneamente mala o difícil», tal como es definida la palabra en el diccionario^[5].

Resumiendo, algunos de los elementos que definen esta situación de crisis son:

- progresivo abandono de la utilización del método clínico como estrategia para el abordaje y solución de los problemas^[4];
- falta de docencia e investigación en Atención Primaria de la Salud^[6];
- desarrollo desmesurado de las subespecialidades^[7], ligado a la aparición de tecnologías diagnósticas y terapéuticas insuficientemente evaluadas en su eficacia^[8];
- disminución del número de aspirantes a las residencias de medicina interna, utilización de las mismas como primer nivel para subespecialización posterior, y progresiva disminución del número de profesionales que continúan ejerciendo la especialidad en los años del posgrado^[9, 10];
- insatisfacción médica; trabajo desjerarquizado y mal remunerado, escaso número de internistas exitosos que sirvan como modelo, en contraposición al creciente número de especialistas reconocidos^[11];
- creciente insatisfacción de los usuarios, que no encuentran un médico de cabecera capaz de solucionar la mayoría de sus problemas y guiarlos dentro del sistema de salud^[12];
- indefinición actual del rol del internista e incertidumbre acerca del lugar que le corresponde a la especialidad en la atención de la salud; escasa participación de los internistas en el aporte de soluciones a los problemas del sistema.

Quienes desde hace algunos años venimos observado estos inconvenientes hemos tratado de incorporar a los programas contenidos y estrategias para la solución de estas deficiencias. Estos son, fundamentalmente, la educación a través del método clínico, la epidemiología clínica, el desarrollo del área psicosocial, la medicina preventiva y la promoción de la salud.

A través de la adquisición de estas actitudes y aptitudes, el médico de atención primaria podrá actuar como un verdadero gerenciador del sistema, recuperando su rol preponderante de guía del paciente dentro del mismo.

II. Crisis de los Sistemas de Salud

Analizaremos la crisis actual de los sistemas de salud desde la óptica de la posible participación del internista en su solución.

Muchos de los aspectos de esta crisis se imbrican con la crisis de la medicina interna tradicional en cuanto a la falta de recurso humano capacitado para la atención de la salud en el primer nivel y la falta de los datos epidemiológicos necesarios para guiar las acciones dentro del

mismo. A nuestro criterio no pueden dejar de mencionarse como consecuencias de esta situación la baja calidad de la prestación en el primer nivel, el aumento desmesurado e inefectivo de los costos y la creciente insatisfacción de los usuarios^[13, 15].

Hace algunos años, cuando el incremento de los conocimientos y el desarrollo tecnológico comenzaron a acelerarse, hubo un notable aumento de la eficacia de la atención médica, evidenciable a través de variables concretas como el aumento de la expectativa de vida al nacer y la disminución de la mortalidad infantil. Es importante señalar que los primeros grandes cambios dependieron, fundamentalmente, de progresos en áreas no estrictamente médicas, como el saneamiento ambiental y la disposición de excretas^[16]. Posteriormente otros adelantos, más estrictamente médicos, como la vacunación, y luego la antibioticoterapia, tuvieron también un gran impacto. A pesar del importante aumento de los gastos que representaron estas innovaciones, todas ellas fueron acompañadas de una gran satisfacción de los usuarios.

Sin embargo, este rápido desarrollo no tardó en llevar a una deformación en la atención médica, alentada por el vertiginoso progreso tecnológico y por las presiones económicas de un mercado en expansión, que colocó a la industria de los métodos complementarios de diagnóstico y a la de los medicamentos en el tope de los negocios rentables.

Debido a esta nueva concepción, la medicina interna giró hacia la subespecialización y el hospitalocentrismo, y puso sus expectativas no ya en el método clínico, basado en el método científico con su planteo de hipótesis, sino en los resultados de estudios complementarios y en la utilización de métodos terapéuticos de utilidad muchas veces insuficientemente evaluada^[8, 17, 18].

Esta situación llevó a una distorsión de la práctica médica: el exceso de diagnósticos y tratamientos. Desde hace más de una década, un número cada vez mayor de pacientes es sometido a múltiples estudios que disminuyen escasamente la incertidumbre diagnóstica o solo añaden hallazgos inespecíficos o redundantes. Paradójicamente, cada vez más pacientes reciben tratamientos innecesarios o ineficaces. Estos pacientes han comenzado a recorrer los consultorios con un nuevo problema, derivado no de la falta sino del exceso de estudios y tratamientos. Esto nos ha llevado a describirlos como pacientes sobrestudiados y sobretratados, sin que de ello se derive la solución de sus problemas; en la jerga de las presentaciones de problemas con los residentes, pacientes «del changuito», haciendo referencia a que frecuentemente necesitan algún medio —carpeta, bolso, exageradamente un changuito— para transportar sus estudios y medicaciones.

Es necesario señalar que el desarrollo de esta desmesura diagnóstica y terapéutica llevó, paralelamente, a una situación de injusticia para gran parte de la población que no puede acceder a muchos servicios básicos, dado que el recurso en salud se despilfarra en la adquisición de tecnologías en cantidades excesivas, o bien francamente innecesarias.

Esta situación, sumada a la prolongación de la vida en muchas enfermedades crónicas, al envejecimiento progresivo de la población, a la aparición de nuevas patologías y finalmente al ejercicio de una medicina defensiva, llevó a un aumento desmesurado de los costos en salud^[20].

El problema de los costos puede sintetizarse hoy en el hecho de que proveer todo lo que se pida o existe, cueste lo que cueste, sirva o no^[21] es absolutamente imposible desde el punto de vista económico en cualquier sistema de salud, independientemente del grado de desarrollo del país o institución a cargo del programa; sin contar con las secuelas de iatrogenia, etiquetamiento y angustia^[22] que traen aparejadas este tipo de conductas.

Los siguientes datos servirán para ejemplificar estos conceptos: en 1992 el gasto en salud de los Estados Unidos fue del 14 % del producto bruto nacional (mayor que la suma del gasto en defensa y educación). De acuerdo a la tendencia actual, se ha calculado que en el año 2076 el gasto en salud sería del 100 % del producto bruto nacional. Otro dato interesante es que casi el 40 % de los gastos médicos se consumen en el último año de vida, y de estos el 28 % en los últimos tres meses^[21].

Obviamente, este aumento desmedido de los costos, sin un aumento proporcional de los beneficios para los usuarios, se acompañó de una creciente insatisfacción; evidenciable, entre otras cosas, por la desconfianza y el aumento de los juicios a profesionales de la salud. Esta insatisfacción de los usuarios fue seguida poco más tarde por una importante insatisfacción de muchos médicos, angustiados por el desprestigio de la profesión, la pauperización de sus ingresos y también por su dificultad para encontrar soluciones a esta situación. Algunos de estos prestadores tuvieron reacciones como el desarrollo de la medicina defensiva y la adherencia a seguros de mal praxis. Finalmente los financiadores se sumaron a la lista de disconformes, acuciados por las presiones de los usuarios y el aumento de los gastos, y respondieron con medidas como el recorte de servicios, el desarrollo de barreras burocráticas para la atención, etc.

Estas estrategias implementadas como respuesta a la situación de crisis del sistema de salud, podrían definirse de algún modo como «paliativas». Debemos tener en cuenta lo inadecuado de emplear estrategias paliativas en una afección potencialmente curable y de pronóstico sumamente grave librada a su evolución.

Consideramos que las siguientes actitudes —algunas de ellas ya mencionadas— son ejemplos claros de estrategias «paliativas»:

por parte de los Financiadores o Pagadores

- barreras de acceso, burocratización del sistema (tumos diferidos, autorizaciones, papelería complicada para desalentar la utilización, etc.);
- capacitación no proporcionada a los recursos;
- reducción indiscriminada de los gastos;

- captura de la demanda con ofertas desvinculadas de la calidad (equipamiento tecnológico indiscriminado, sistemas de ambulancias, etc.);
- normativas taxativas en función del gasto financiero con poca participación de criterios científicos;
- trabas arancelarias;
- descuido de la calidad.

por parte de los Usuarios

- juicios de mal praxis;
- definición de un perfil erróneo del médico socialmente más necesario;
- impugnación y desconfianza hacia los profesionales médicos;
- subutilización del primer nivel de atención;
- autoderivación, con exceso de demanda de especialistas.

por parte de los Prestadores

- subprestación en los sistemas capitados;
- sobrestación, sobreutilización de métodos diagnósticos y terapéuticos, y «retorno» en los sistemas de pago por acto médico;
- subespecialización, compra indiscriminada de tecnología diagnóstica y terapéutica;
- consecuente encarecimiento desmesurado de las prestaciones;
- aceptación de las estrategias paliativas de pagadores y financiadores;
- medicina defensiva.

Tal como las hemos definido, la utilización de estas estrategias «paliativas» no conducirá a reformas substanciales y sostenibles en los sistemas, y por ende tampoco a la solución de la crisis mencionada.

Como contrapartida, afirmamos que existen estrategias «curativas», algunas de las cuales son:

por parte de los Financiadores y Pagadores

- jerarquización del primer nivel de atención, utilización de recurso humano adecuadamente capacitado;
- participación en la capacitación del recurso humano;
- gerenciamiento del sistema a cargo del médico de atención primaria;
- adecuados sistemas de capitación;
- planificación del equipamiento en recursos de diagnóstico y tratamiento;
- normativas de diagnóstico y tratamiento consensuadas y científicamente fundadas;

- adecuada auditoría.

por parte de los Usuarios

- revalorización del médico de cabecera;
- educación para la salud;
- coparticipación responsable en los gastos;
- participación comunitaria en los sistemas de salud, la universidad y los colegios de profesionales.

por parte de los Prestadores

- cambio curricular, capacitación adecuada para la AMP y el gerenciamiento del sistema;
- participación en la organización del primer nivel de atención;
- certificación y recertificación;
- participación en el diseño de las normativas;
- revalorización del perfil del médico de cabecera, aumento del número de clínicos, generalistas, internistas generales o médicos de familia.

Existen pues, en la actualidad, necesidades comunes a todos los sectores involucrados en la salud.

Es posible que en este momento nuestro conocimiento haya alcanzado una comprensión más global de esta problemática, que permita optimizar el aprovechamiento de los recursos, mejorando la ecuación costo/efectiva y por ende la satisfacción de todos los involucrados, en otra vuelta cíclica de desarrollo y síntesis. Esta necesidad común tiene mucho que ver con la organización de la atención primaria de la salud.

En estas circunstancias, es importante que los médicos nos incorporemos al debate de los aspectos económicos de la atención de la salud, y abogemos por un uso racional de los recursos a través de herramientas como los consensos y las normativas, sumadas a un verdadero rol de gerenciamiento del sistema desde el primer nivel de atención^[23]. Si los prestadores no asumimos la responsabilidad de sumamos a la búsqueda de soluciones a la crisis económica del sistema, lo harán aisladamente otros sectores —presumiblemente los financiadores— con una concepción probablemente mucho mas parcial del problema^[24].

Una serie de trabajos han observado las diferencias entre los médicos de atención primaria y los subespecialistas, encontrando que los primeros —manteniendo la calidad de la asistencia^[23]— disminuyen los gastos^[26]. Entre otras cosas, los médicos de atención primaria

solicitan menos estudios por consulta^[26], realizan mejores derivaciones^[27], internan en menos oportunidades^[28] y brindan una atención mas continua y global^[30, 31]. Otros estudios han señalado que los subespecialistas se desempeñan muy bien en su área específica, pero que fuera de esta su eficacia disminuye^[29].

Sin duda, este nuevo rol de gerenciador del médico de atención primaria —en el sentido de administrador y coordinador— es un elemento fundamental en la solución de la crisis del sistema.

III. Atención Médica Primaria

Si bien la concepción de Atención Primaria de la Salud existe desde los primeros tiempos de la medicina, en este trabajo enfatizamos la importancia que la misma ha adquirido a partir de la declaración de Alma Ata, en 1978^[32], en la que se la señaló como la herramienta fundamental para lograr el objetivo "Salud para todos en al año 2000". En nuestra opinión la demora en el logro de este objetivo no se debe al fracaso de la filosofía de la APS, sino a las dificultades con que ha tropezado la implementación de sistemas realmente basados en sus características.

La APS, según la definición de OMS-UNICEF en Alma Ata, es «la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad —mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar— en todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria».

Las características de de la Atención Primaria pueden resumirse en que la misma sea^[16]:

- integral, en cuanto a la concepción biopsicosocial de la salud y la enfermedad y en cuanto a que debe incluir la promoción de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad;
- accesible, o sea fácil y rápidamente disponible, con la máxima eliminación de barreras;
- continuada, en cada circunstancia de atención y a lo largo de la vida de los pacientes;
- responsable, en tanto el equipo de salud debe tener una actitud de servicio y estar comprometido con el logro de los resultados planteados;

- participativa, ya que el paciente y la comunidad deben ser parte activa en su planificación, ejecución y supervisión;
- programada y coordinada en el trabajo dentro del equipo de salud, e integrada en un sistema;
- docente e investigadora en su área específica.

La APS requiere sin duda del trabajo de un equipo interdisciplinario. Dada la escasa experiencia en modelos realmente interdisciplinarios en nuestro medio, este trabajo, escrito como un aporte desde la medicina interna, se refiere en especial y como punto de partida, a las características del accionar del profesional médico del equipo —Atención Médica Primaria—.

A lo largo de los últimos años han surgido una cantidad de mal entendidos respecto a la AMP. Existe confusión entre AMP y medicina económica, básica o sin recursos; hay quienes hacen sinónimo al médico de familia, al generalista y al internista general con el «todólogo», muchas veces definido como aquel que aprendió un poco de mucho y no hace bien nada, o peor aún, con aquel que nunca se capacitó en el posgrado. Por otra parte, hay quienes sostienen que la capacitación actual del internista es suficiente para su adecuado desempeño en el primer nivel de atención.

Volveremos sobre el perfil del profesional capacitado para la AMP cuando comentemos —en la siguiente sección— las estrategias para la formación del recurso humano. Intentaremos ahora aclarar las diferencias cualitativas que existen entre la atención ambulatoria tradicional, llevada a cabo en un consultorio de clínica médica y la AMP; diferencias que enumeramos sintéticamente en la siguiente tabla^[16, 34]:

Atención Ambulatoria

- tratamiento de enfermedades
- cuidado ocasional
- tratamiento de problemas biomédicos
- especialistas y subespecialistas
- exclusivamente médicos
- recepción pasiva de la atención
- control profesional exclusivo
- sector salud aislado

Atención Médica Primaria

- promoción de salud, prevención y tratamiento de enfermedades

- cuidado continuo
- cuidado biopsicosocial
- generalistas, internistas generales, médicos de familia
- trabajo en equipo interdisciplinario
- responsabilidad del paciente el médico y el sistema
- participación comunitaria
- colaboración intersectorial

IV. Formación del Recurso Humano

Como hemos mencionado, muchas de las actitudes y aptitudes necesarias para el médico del primer nivel no se adquieren a través del curriculum explícito ni a través de los modelos docentes de nuestro actual sistema educativo. El cambio curricular desde el pregrado supone el contacto temprano de los estudiantes con los problemas de la atención primaria, tal como está sucediendo en otras partes del mundo. Este es también un elemento clave para el aumento del número de aspirantes a los posgrados en atención primaria^[35, 37]. Otro elemento relevante es la existencia de un importante mercado de trabajo para este recurso humano una vez capacitado^[38]. Sin querer dejar de mencionar estos aspectos fundamentales para el éxito en la capacitación de los médicos para la atención primaria, nos centraremos en la discusión de los aportes que pueden hacerse desde la educación médica de posgrado.

Existe cierta indefinición en la utilización de los términos «médico de cabecera», «internista general», «generalista», «médico de familia», «clínico», «médico de atención primaria», etc. Esta confusión, en apariencia sólo semántica, revela cierto desconocimiento o superficialidad, que ha tenido su correlato en algunos intentos de formación de recursos humanos en manos de docentes no capacitados, sin inclusión de las temáticas centrales de la AMP y dentro de sistemas no coordinados. Este ha sido sin duda uno de los factores en el fracaso de la efectiva implementación de sistemas de APS, y también del desprestigio que esta modalidad de trabajo ha adquirido en algunos ámbitos.

Debemos mencionar aquí que existen varias propuestas con contenidos algo diferentes respecto a las características y el accionar de estos profesionales de la salud, que surgen de las experiencias tanto dentro como fuera del país. Aquí abordaremos lo que hace a la capacitación común a todos los médicos para la atención primaria, soslayando la discusión acerca de los contenidos específicos de cada una de las modalidades que se han propuesto: internistas generales, médicos de familia o generalistas. Creemos que la modalidad a adoptar debe ser definida en y para cada sistema, teniendo en cuenta elementos clave como las características

regionales, la idiosincrasia de los usuarios y los recursos económicos, docentes y asistenciales ya existentes.

En los Estados Unidos la capacitación en lo que dio en llamarse Medicina Interna General, recién fue oficializada con la creación de un área de Práctica General dentro de la Asociación Médica Americana en 1946. Un estudio de los departamentos de medicina de 123 facultades de los Estados Unidos mostró que en 1970, solo un 5 % tenía divisiones de Medicina Interna General, mientras que en 1990 el porcentaje llegaba al 99 %^[39]. Ya para entonces, las residencias de Medicina Interna Tradicional o Categórica habían comenzado a incluir en sus programas muchos de los contenidos y actividades de la atención primaria.

En cuanto a los médicos de familia, estos comenzaron a formarse en los Estados Unidos en la década del 40. Sin embargo, las estructuras académicas se opusieron en ese momento a que el gobierno financiara programas de residencia en medicina familiar, y estos esfuerzos fueron discontinuados por falta de recursos. La medicina familiar solo fue reconocida como especialidad en 1969^[40].

En nuestro país los primeros desarrollos tuvieron lugar en el ámbito de la medicina familiar y la medicina general. En la provincia de Neuquén funciona a partir de 1974 una residencia de medicina general con orientación rural, que se integró durante muchos años en forma eficaz al sistema de salud provincial.

En 1985 el CEMIC organizó un posgrado en medicina familiar. También en la década del 80 se crea la Asociación Argentina de Medicina Familiar, y aparecen residencias de medicina familiar en distintas provincias, entre ellas Salta —donde hubo un importante desarrollo en Orán desde 1987—. A partir del año 90 se abrieron residencias de medicina familiar en varios hospitales de la Capital Federal, como el Hospital Francés y el Hospital Italiano de Buenos Aires, y en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata^[41].

El Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires cuenta, desde 1986, con un programa de Medicina Interna General. La Sociedad Argentina de Medicina Interna General fue creada en 1989^[33].

Estos ejemplos no agotan en absoluto la lista de experiencias argentinas en la formación de recurso humano para la atención médica primaria. En los últimos años otros hospitales privados y del ámbito estatal han desarrollado residencias de este tipo, con diversos grados de éxito. Varias facultades de medicina, públicas y privadas, han desarrollado cátedras relacionadas con la atención primaria de la salud. Las sociedades de Medicina General, Medicina Interna General y Medicina Familiar son hoy núcleos organizados y activos cuyo número de miembros está creciendo año a año. Estas sociedades organizan sus congresos anuales, llevan a cabo diferentes actividades de formación, y han comenzado a desarrollar tareas de investigación en el ámbito de

la atención primaria. Hasta la fecha, sólo ha sido reconocido, en algunas provincias, el título de especialista en Medicina Familiar.

Independientemente de la definición última de las incumbencias de este profesional para la atención médica primaria, su perfil general puede definirse de la siguiente forma^[7, 16]:

- es capaz de funcionar como médico principal o médico de cabecera de sus pacientes;
- brinda una atención personalizada;
- tiene una visión totalizadora del paciente (enfoque biopsicosocial);
- sabe tratar adecuadamente los problemas de la práctica diaria de pacientes adultos, gerontes y adolescentes;
- actúa como coordinador primario, sirviendo de consultor al especialista y consultándolo cuando es pertinente;
- juzga su función no sólo en términos curativos sino también en términos de rehabilitación y prevención de la enfermedad y promoción de la salud;
- considera en su actuación la relación costo/efectividad;
- encuentra gratificación intelectual, afectiva y económica en su tarea;
- es capaz de trabajar integradamente dentro de un equipo interdisciplinario.

Creemos que en una primera etapa y en nuestro país, dada la experiencia y el recurso humano existente, los candidatos a hacerse cargo de la AMP de los pacientes adultos deben reunir, por un lado, los contenidos básicos de la enseñanza de la Medicina Clínica —redimensionando el énfasis en algunas áreas pero manteniendo fundamentalmente la utilización del método clínico basado en el método científico—; y por otro lado incorporar los contenidos de la capacitación en APS. Aunque pueda resultar repetitivo, queremos volver a señalar que en la enseñanza de la medicina interna se ha conservado y continuado desarrollando el método clínico como herramienta metodológica fundamental, siendo esto lo que marca hoy por hoy la diferencia básica con la enseñanza de la mayoría de las subespecialidades.

La estrategia de capacitación debe dar una respuesta práctica a la necesidad de formación del profesional requerido, partiendo del aprovechamiento del recurso existente (docente y asistencial), al que debe transformar y mejorar en tiempos acotados, continuando luego con un esquema de educación médica continuada ligado a la recertificación.

A nuestro entender, existen en la actualidad dos modalidades para la formación, desde el inicio, del médico para la APS: una residencia de clínica médica con especial énfasis en atención primaria; o bien una maestría posterior.

Como algunas estrategias generales, una residencia que pretenda formar recurso idóneo para la AMP debe incluir menos rotaciones por salas de subespecialidades, aumentando significativamente el tiempo programado en consultorios, con seguimiento continuo de pacientes propios^[2]. La actividad debe incluir básicamente entrenamiento en la estrategia de solución de problemas^[2, 3, 42, 43], con especial énfasis en los problemas ambulatorios más prevalentes, incluyendo tópicos de dermatología, ortopedia, urología, salud mental, ginecología, etc. También deben incorporarse actividades de entrenamiento en los aspectos psicosociales de la APS^[44], así como en medicina preventiva y promoción de la salud^[35]. La epidemiología clínica debe ser un área importante en la formación del residente, creando el hábito de la toma de decisiones basada en la evidencia^[45, 46] y el hábito de la investigación clínica. La incorporación de estas actividades y contenidos requiere de una prolongación de al menos un año en la duración de la residencia.

Las maestrías, similares a los modelos existentes para las residencias de segundo nivel, constituyen sistemas ideales de formación de recurso, con intensa carga horaria y retención de título durante la totalidad o parte de su duración. Sus actividades y contenidos son los mismos que se señalan para las residencias, pero en forma más exclusiva.

En la actual situación es necesario señalar que —dada la necesidad de contar con el recurso médico para el primer nivel de atención en un lapso acotado— los tiempos que demandan estos sistemas pueden resultar excesivamente largos. El Consejo de Educación Médica de Posgrado de los Estados Unidos estableció en 1992 que un objetivo inicial razonable sería contar con un 50 % de los médicos para la atención primaria^[47, 48]. Sin embargo, aun si el 100 % de los graduados hubiera comenzado a optar en 1993 por una capacitación de tipo generalista, este porcentaje del 50 % no se alcanzaría hasta el año 2004^[49]. Otro aspecto a considerar desde el punto de vista ético gremial, es el destino de los graduados que quedarán fuera del sistema. Por todas estas razones es necesario desarrollar cursos de formación de posgrado, tendientes a reconvertir el recurso médico existente.

Los cursos de especialización admiten varias modalidades, pero todas ellas deben estar fuertemente integradas a la práctica cotidiana, incluyendo educación en servicio, discusión de casos problema, tutorías personalizadas y modalidades de educación abierta para los aspectos teóricos. El cambio y/o adquisición de conductas y actitudes que implica el verdadero aprendizaje requiere de una participación activa del educando en actividades prácticas de solución de problemas. Otras estrategias más informativas, como las actividades teóricas presenciales o la educación a distancia, tienen mayor utilidad en los sistemas de educación médica continuada, ligados a la recertificación.

Entendemos que los siguientes contenidos son esenciales en cualquier tipo de plan para la capacitación de este recurso humano^[14, 50, 52]:

- entrenamiento en la solución de los problemas de consulta prevalentes (incluyendo problemas dermatológicos, ortopédicos, gineco-obstétricos, de salud mental, etc.);
- cuidado longitudinal (a lo largo de los ciclos vitales, desde planificación familiar hasta los cuidados terminales), con visión global (bio-psicosocial) y personalizada;
- historia clínica orientada al problema;
- énfasis en promoción y educación para la salud y en prevención de la enfermedad, incluidos en la consulta habitual;
- formación en epidemiología clínica (investigación, análisis crítico de la literatura médica, método clínico, toma de decisiones basada en la evidencia, selección de métodos diagnósticos, etc.);
- contenidos, destrezas y actitudes del área psico-social (paciente funcional, comunicación de malas noticias, adherencia al tratamiento, entrevista, enfermedades sociales, etc.);
- capacitación para la interconsulta y el trabajo interdisciplinario;
- contenidos de sistemas de salud y economía médica;
- ética médica aplicada (consentimiento informado, cuidados terminales, planificación familiar, etc.);
- destrezas en informática médica (historia clínica electrónica, bases de datos, estadísticas epidemiológicas básicas).

El desarrollo completo de los contenidos bosquejados constituye el curriculum básico en la capacitación de este recurso humano.

Conclusiones

La crisis de la Medicina Interna y de quienes la practican, las urgentes necesidades de los sistemas de salud de adecuar los costos manteniendo la calidad, así como la necesidad de los usuarios de volver a contar con un médico de cabecera, tienen una propuesta de solución eficaz en el modelo de la Atención Primaria de la Salud. Creemos que la efectiva puesta en práctica de este modelo favorecerá a todos los grupos interesados.

Los clínicos o internistas obtendrán muchos beneficios: mejorarán su capacitación para dar solución a los problemas de sus pacientes, aumentando así su campo laboral y reafirmando y rejerarquizando su rol profesional. Tendrán así un mayor prestigio, entendido como el reconocimiento social a una tarea necesaria y bien llevada a cabo; y consecuentemente una

mayor satisfacción personal y económica. Finalmente, podrán aportar activamente desde la docencia y la investigación a la mejora de los sistemas.

Los sistemas se beneficiarán gracias al gerenciamiento que llevan a cabo los médicos de atención primaria, optimizando la utilización de los recursos a través de una contención inteligente y una mejor distribución del gasto, preservando la calidad, y manteniendo o aumentando la satisfacción de los usuarios.

Los usuarios, por su lado, recuperarán la figura de un médico de cabecera capaz de dar solución a la mayoría de sus problemas de consulta, y a la vez de orientarlos y guiarlos dentro del sistema de salud.

A partir del diagnóstico de situación esbozado en la primera parte de este trabajo, entendemos que surge claramente la necesidad de priorizar la formación de un médico para la atención primaria, a través de las estrategias que hemos planteado. Resumiendo una vez más el perfil del recurso humano necesario para la AMP, diremos que es aquel médico con una visión totalizadora de la salud y la enfermedad, capacitado para desempeñarse como gerenciador del sistema, que actúa con calidad científica y brinda una atención comprehensiva, en el nivel primario de atención, encontrando satisfacción intelectual, emocional y económica en la tarea.

Hemos tratado de demostrar aquí que la implementación de la atención primaria, a cargo de un recurso humano adecuadamente capacitado, contribuirá a la solución de la actual crisis de la atención de la salud, que involucra tanto a los pacientes como a los médicos y a los financiadores.

Bibliografía

1. PEREZ-STABLE EJ: Atención Medica Primaria y Atención Medica Gerenciada. Ingredientes para la Reforma del Sistema de Salud en EEUU. Conferencia dada en el 5to Congreso Internacional de Medicina Interna del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina.UBA, 1994.
2. VAZQUEZ J, AVERBACH J: Propuesta Pedagógica y Orientación de la Enseñanza para la Residencia de Clínica Medica del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata. 1986.
3. BERGOGLIO R: Las etapas del acto medico: metodología científica y estrategia pedagógica, en Infectología Razonada, en Ed. Panamericana: Infectología Razonada. 1982.
4. VAZQUEZ J, AVERBACH J: Educación médica de posgrado. Sistemas de especialización. Presentado en el 2º Congreso Inter-Universitario Argentino de Medicina Interna. Rosario, 1987.
5. MOLINER M: Diccionario de uso del español, Madrid, Gráficas Cóndor; 1986.
6. FRIED RA: Prevention in medical education: an uncertain future. J Gen Intern Med 1990;5 :S 108-11.
7. INSTITUTE OF MEDICINE. NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. A manpower policy for primary health care. 1978.
8. RUTTEN FF, BONSEL GJ: High cost technology en health care: a benefit or a burden? Soc Sci Med 1992;35:567- 77.
9. LINZER M, SLAVIN T, MUTHA S, ET AL: Admission, Recruitmen, and retention: Finding and keeping the generalist-oriented student. J Gen Intern Med 1994;9:s14- s23.

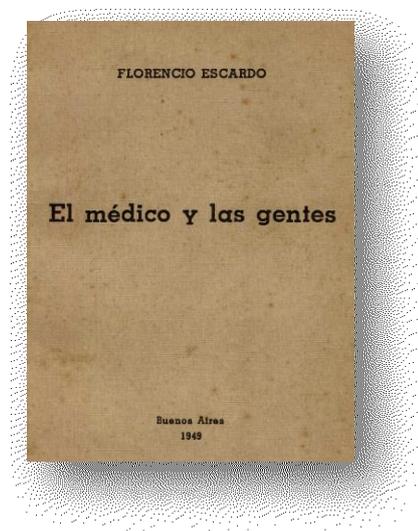
10. ANDERSON R, LYTTLE C, KOHRMAN C, LEVEY G, CLEMENTS M: National study of internal medicine manpower: XIX. Trends in internal medicine residency training programs. *Ann Intern Med* 1992; 117:243-250.
11. LEWIS CE, PROUT DM, PREWITT CHALMERS E, LEAKE B: How satisfying is the practice of Internal Medicine? *Ann Intern Med* 1991; 114:1-5.
12. SANCHEZ-MENEGAY C, STALDER H: Do physicians take into account patients' expectations? *J Gen Intern Med* 1994;9:404-406.
13. JOOS SK, HICKAM DH, BORDERS LM: Patients' desires and satisfaction en general medicine clinics. *Public Health Rep* 1993;108:751-759.
14. M.GREENLICK MR: Educating physicians for the twenty-first century. *Acad Med* 1995;70:179-185.
15. STARFIELD B, SIMPSON L: Primary care as part of US health services reform. *JAMA* 1993; 269:3136-3139.
16. ZURRO MA, CANO PEREZ JF: Atención primaria de la salud, en Ediciones Doyma SA: Atención Primaria. Conceptos, organización y practica clínica. Tercera Edición. Madrid, España, 1994:3-13.
17. MOLD JM, STEIN H, F. The cascade effect in the clinical care of patients. *N Engl J Med* 1986;314:512-514.
18. PAUKER SG, KOPELMAN RI: Trapped by an incidental finding. *N Engl J Med* 1992;326:40-43.
19. GELJNS A, ROSENBERG N: The dynamics of technological change in medicine. *Health Aff (Millwood)* 1994;13:28-46.
20. PALKON DS: Health care reform: identifying some cost culprits. *AmJSurg* 1994;167:223-6.
21. PEREZ-STABLE E: Ética medica y costos en salud. *Communication Personal*. 1993.
22. SACKETT D, HAYNES B, GORDON H, TUGWELL P: *Clinical epidemiology: A basic science for clinical medicine*, Boston, Little, Brown and Company; 1991.
23. GODLEY E: MDs should assume more responsibility for managing health care, Royal College audience told. *Can Med Assoc J* 1994;150:76-7.
24. WELCH GH: Should the health care forest be selectively thinned by physicians or clear cut by payers?. *Annals of Internal Medicine* 1991; 115:223-226.
25. UDVERHELIY IS, JENNINSON K, EPSTEIN AM: Comparison of the quality of ambulatory care for fee-for-service and prepaid patients". *Ann Intern Med* 1991; 115:394-400.
26. GREENFIELD S, NELSON E, ZUBKOFF M: Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. *JAMA* 1992;267:1624-1630.
27. ROTHERT M, ROVNER D, ELSTEIN A: Differences in medical referral decisions for obesity among family practitioners, general internists and gynecologists. *Med Care* 1984;22:42-53.
28. MANNING WG, LEIBOWITZ A: A controller trial of the effect of prepaid group practice on use of services. *N Engl J Med* 1984;310:1505-1510.
29. RHEE S, LUKE R, LYONS T, PAYNE B: Domain of practice and the quality of physician performance. *Med Care* 1981;19:14-23.
30. WEINER J, STARFIELD B: Measurement of the primary care roles of office-based physicians. *Am J Public Health* 1982;666-671.
31. SPIEGEL J, RUBENSTEIN LV, SCOTT B, BROOK R: Who is the primary care physician? *N Engl J Med* 1983;308:1208- 1212.
32. OMS: Atención Primaria de la Salud. Conferencia Internacional de Alma Ata - Ginebra. 1978.
33. VAZQUEZ E, CASAL E, PEREZ-STABLE EJ, SILVER A, BOSCH S: El desarrollo de la medicina interna general en la Argentina. *Medicina y Sociedad* 1993; 16.
34. VUORI H: The relevance of primary health care for industrialized countries. *World Hosp* 1982; 18:23.
35. MEURER LN: Influence of medical school curriculum on primary care specialty choice: analysis and synthesis of the literature. *Acad Med* 1995;70:388-397.

36. OBBARD LC, EVANS DV, STERLING LM, TESSIER S, WEINSTEIN B, ZUCKERMAN RS: Medical student initiatives to promote the education of generalist physicians. *Acad Med* 1995;70:S81-5.
37. CARDELLE AJ: The preeminence of primary care within Cuban predoctoral medical education. *Int J Health Serv* 1994;24:421-429.
38. MOORE GT: Will the power of the marketplace produce the workforce we need? *Inquiry* 1994;31:276-82.
39. PEREZ-STABLE EJ: La Medicina Interna General en los Estados Unidos de América. Trabajo presentado en el 5to Congreso Internacional de Medicina Interna del Htal. de Clínicas de la Ciudad de Buenos Aires. 1994.
40. ALPERT JJ, FRIEDMAN RH, GREEN LA: Education of generalist. Three tries a century is all we get. *J Gen Intern Med* 1994;9:s4-s6.
41. CÁNTALE CR: Saludo para todos en el año 2000 ? *Genes* 1994;10:24-25.
42. KASSTRER JP: Diagnostic Reasoning. *Annals of Internal Medicine* 1989;110:893-890.
43. PEREZ MUÑOZ AH, LOPEZ BARCENA J, LIFSHITZ GUINZBERG A: El método científico y el razonamiento lógico en el diagnóstico clínico. *Rev Medica del Instituto Mejicano de S Social* 1985;23:
44. KEM DE, GRAYSON M, BARKER LR, ET AL: Residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice [published erratum appears in *J Gen Intern Med* 1990 Mar-Apr;5(2):169]. *J Gen Intern Med* 1989;4:421-431.
45. ROSENBERG W, DONALD A: Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving *BMJ* 1995; 310: 1122-1126.
46. DAVIDOFF F, HAYNES B, SACKETT D, SMITH R: Evidence based medicine. *BMJ* 1995;310:1085-1086.
47. ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. AAMC policy on the generalist physician. *Acad Med* 1993; 68: 1-6.
48. COUNCIL ON GRADUATE MEDICAL EDUCATION. Third report of the Council. 1992;
49. KINDING DA, CULTICE JM, MULLAN F: The elusive generalist physician, *JAMA* 1993;270:1069-1073.
50. ODEGAARD CE, INUI TS: A 1992 manifesto for primary physicians *Pharos* 1992;55:2-6.
51. BURKE W, BARON RB, LEMON M, LOSH D, NOVACK A: Training generalist physicians: Structural elements of the Curriculum. *J Gen Intern Med* 1994;9:s23-s30.
52. NOBLE J, MACDONALD P, THANE M, ET AL: The core content of a generalist curriculum for general internal medicine, family practice and pediatrics.. *J Gen Intern Med* 1994;9:s31-s42.

El médico y las gentes

FLORENCIO ESCARDÓ

A continuación se reproduce el texto completo del folleto «El médico y las gentes» (1949) del médico pediatra, escritor, ensayista y profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP así como de la UBA, Florencio Escardó. Puede consultarse su versión digital en [este enlace](#).



El médico y las gentes

Buenos Aires, 1949

A Francisco Nicola Rey

vivo ejemplo de la verdad de estas reflexiones

Alfred de Vigny acertó con un título famoso y definidor: «Grandeur et servitude militaire». La atmósfera fonética de la frase hizo fortuna y aun ahora todo ensayo que quiere ser comprensivo se atiene a la titulación binomia. Andan por el mundo cien trabajos que se llaman «Perfil y significación», «Esplendor y miseria», «Grandeza y decadencia», «Ubicación y símbolo»... y así por el estilo. Pero lo de Vigny no es una simple y gozosa combinación vocal; encierra sobre todo una fórmula moral indisoluble: No hay grandeza sin servidumbre. Más aún: toda grandeza radica en la

leal e íntegra aceptación de su condigna servidumbre. Claro está que me refiero a la grandeza moral, que es la única a que pudiera referirme. Por lo demás (¡pobre de mí!) no conozco ni reconozco otra. Digo y afirmo que no hay grandeza sin servidumbre. Para comprenderlo basta observar que si se busca la una sin la otra se cae en la evasión o en la traición. El mandatario que pretende la grandeza del mando sin la servidumbre del mandato se transforma en tirano; el artista que busca la grandeza sin aceptar la servidumbre impregnadora del arte se convierte en comerciante; el amor, el absoluto amor, señores, no tiene grandeza posible sin amorosa servidumbre; el rico que quisiera renunciar a la servidumbre ominosa del dinero se convertiría... en pobre; en pobre sin lugar a dudas.

Quede entendido que digo servidumbre como la noble sujeción a una mecánica de servir por aceptada y consciente solidaridad. Esa solidaridad heroica es la grandeza de la servidumbre y sin ella la servidumbre es servilismo. He aquí dos conceptos que conviene meditar en esta hora del mundo, y aun creo que en todas las horas; porque siempre ha andado por la tierra el servilismo pretendiéndose servidumbre. La diferencia es fácil y resulta útil de tener a mano: la servidumbre es el otro polo de la grandeza y como tal participa zodiacalmente de su esencia; el servilismo es mero acatamiento, lironada sumisión a todo lo que parezca grandeza, sobre todo cuando no lo sea. La servidumbre es una jerarquía funcional, el servilismo un rebajamiento.

Si hay una actividad humana en la que grandeza y servidumbre se unimismen venturosamente, ésa es la medicina. Los médicos son seres cuya vida está dedicada por entero a ayudar a vivir. Adivino la sonrisa irónica de quienes añaden por lo bajo, «y a ayudar a morir», y observo que el añadido es inútil por redundante y por pedestre. Morir no es solamente un verdadero acto filosófico como quería Novalis, sino, y también, morir es un verdadero acto vital. Ayudar a morir no es sino ayudar a vivir hasta el extremo. En ese trajín vivo y vital, los médicos casi no tienen tiempo de ver cómo viven ni cómo se desviven; la existencia les es tan hazañosa y tan afanosa que con cumplirla ya tienen bastante. Por eso es útil menester y saludable ejercicio que de vez en cuando nos detengamos a observar, tratando de ver qué es lo que miran los otros cuando nos miran. Eso es lo que intentaré hacer en estas páginas; si ellas contienen frecuentes citas de Osler^[1] y de Duhamel^[2] bien ha de estar; ellos, hondos y finos miradores de médicos, me han enseñado a mirarme y a mirarlos.

De la mano de tan ilustres manos vamos a reflexionar un rato sobre los meandros, vueltas y revueltas, semi secretos y cuasi misterios de nuestro antiguo arte, del que ustedes —buenas y malas gentes— tienen siempre lista la crítica y siempre propicio el usufructo. Tomaré al médico y a las gentes como entidades puras; cuando diga «el médico» me referiré al espécimen arquetípico y cuando diga «las gentes» a la masa múltiple y anónima, pero tipificable, que representa frente al médico el agente solicitante y juzgador. Entre ellas —las gentes— está la materia en que se ejercita y sobre la que se yergue la servidumbre y la grandeza del médico. Claro está que en

tratándose de afanes tales, casi no he de hablar sino de la servidumbre. No crea nadie, sin embargo, que estas páginas puedan ser ni un lamento, ni un reproche. Queda dicho que en mi planteo es la servidumbre, polo de toda verdadera grandeza, y añado que estas razones sólo buscan un entendimiento leal o, si ustedes prefieren, un leal desentendimiento.

Existen muchas definiciones del médico, venturosas unas, desventuradas casi todas. De momento voy a atenerme a ésta: «El médico es el hombre que por inclinación y por deber se mezcla en lo que no le importa» (Duhamel). Bravo diagnóstico que nos pone de golpe en lo más vivo del tema que vamos tratando. En ese mezclarse del médico en lo que —de no serlo— no le importaría nada, está precisamente el duende mágico que mueve todo el drama de lo médico. Señala Osler que «el médico puede ilustrar mejor que nadie la segunda y más importante lección de la vida: de que no estamos aquí para sacar todo lo que podamos de la vida, sino para tratar de hacer más felices las vidas ajenas».

Claro está que el médico no es así porque se lo proponga personal e indiscretamente, sino que en función de las más profundas determinantes de su espíritu y ante las necesidades sociales elige libre y decisivamente ese concurso a la felicidad ajena, dejando de lado otras necesidades y aun las suyas propias e inmediatas.

Cuando el enfermo busca al médico no busca sólo que éste le cure la enfermedad: quiere además que lo ayude y acompañe en el desorden vital que esa enfermedad le implica. A nombre teórico de un reclamo técnico la gente busca en el médico un contacto humano; no le basta un hombre que la cure: exige también un hombre que la ayude a curarse, que la convenza de que debe curarse, que la anime a curarse y que le prometa pronto y vivamente que se puede curar. Pero eso no ocurre en un ambiente pitagórico y dialéctico sino en la vecindad tempestuosa de la angustia. El médico es el hombre de la hora de la aflicción y de la duda, de la premiosidad y del conflicto, el testigo inexcusable de los grandes momentos definitivos: el nacimiento, la impotencia, el dolor y la muerte, esos instantes en que la vida humana está asistida por el temor y la incertidumbre. El espectáculo habitual del médico es el hombre en el estado de crisis. Los momentos que preceden al goce y lo pregustan, o los que encierran la alegría y la satisfacción, están reservados al modisto y al peluquero, al *maître d'hôtel*, al arquitecto, al vendedor de automóviles o al florista; al médico, los minutos desolados y augustos. Por eso es explicable que haya tantos y tan buenos escritores entre los médicos, caballeros solidarios del segundo candente, del instante catastrófico.

Pero junto a eso, el médico es el individuo del apuro; casi toda su acción se rige bajo el signo de la urgencia. Y esta señal de premiosidad es tan significativa que con ella debe moverse con un a pesar suyo que —como no puede esquivarse— acaba por parecer de buen grado. ¿De dónde nace esa premiosidad? Casi nunca de la enfermedad misma; son pocos, contadísimos, los trances en que una vida depende del tiempo de llegada del médico. El apuro nace de otra fuente más

recóndita y menos somática; nace de la imagen que el enfermo y su ambiente se hacen de la enfermedad; nace del susto —para decirlo en buen romance—, nace del miedo, nace de la cobardía, nace de la impaciencia, nace de la impertinencia. Casi siempre la enfermedad puede esperar; casi nunca el enfermo quiere esperar. La invención del teléfono ha reducido en mucho el estoicismo. Esta realidad es la primera que se nos aparece apenas tomamos contacto con la medicina; lo sabemos de memoria al día siguiente de comenzar como practicantes a hacer «auxilios», que así se llaman simbólicamente; lo dan por descontado los muchachos que cruzan la ciudad en ambulancias ululantes y trepidantes. Pronto, muy pronto, nos enteramos del alto desnivel que media en el ser enfermo, entre su realidad psicológica y su realidad patológica; pero pasan los años y los años y no hacemos experiencia alguna, la gente sigue jugando con nosotros la fábula del lobo y el pastor mentiroso. Decimos en la noche la palabra tranquilizadora «no es nada, no se aflija», colgamos el tubo del teléfono y volvemos a la cama aún no enfriada, pero no podemos dormir. ¿Y si fuera cierto?... pensamos, y aunque sabemos que no es cierto comenzamos a vestimos apresuradamente... Al día siguiente la gente —la buena gente— se extraña si estamos irritables y de mal talante. Cuando los años jóvenes pasan y el físico ya no resiste esa vida hipertensa y el médico defiende su reposo imprescindible desconectando el teléfono, la gente —la buena gente— lo descalifica: «No tiene corazón...». Es bien curioso que quienes acuden al médico en procura de vitaminas apenas se sienten un poco fatigados no piensan nunca que el médico tiene también terribles cansancios y preocupaciones intensas, y amores venturosos o desventurados. La cantidad de médicos que padecen úlcera gástrica es enorme; los que mueren jóvenes de cáncer de pulmón son muchísimos. No son hechos casuales.

Es en redoblante tono de apuro que el médico debe ejercer los dos poderes ordinarios de la medicina: decisión y acción; su mecanismo mental tiene que funcionar en resorte espiral; cuando a todo otro profesional se le diría «Estudie y medite», al médico se le exige «Decida»; sus precauciones y estudios se consideran como dilaciones o, lo que es peor, como técnicas de encarecimiento profesional. Uno de los gigantescos equívocos del idioma es que al enfermo se le llame paciente... Entretanto al médico le va en la improvisación la esencia misma del juego, tiene entonces que pensar de antemano cuando está solo, cuando lo dejan. Es del mayor interés social que el médico disponga de tiempo libre, de espacioso silencio; pero la gente no quiere entenderlo así; tal vez piense que con que haya unos pocos que lo hagan es suficiente; bastará acudir a ellos en el momento crítico; sin embargo la sabiduría del médico, como toda sabiduría, sólo se afina en la meditación. «Un error cometido habitualmente —anota Osler— es el de creer que mientras más ve un doctor más experiencia obtiene y más sabe». Y agrega: «Lo que llamamos juicio o sabiduría es el conocimiento dispuesto para el empleo, puesto en acción, y que guarda la misma relación con el saber que el pan guarda con el trigo». Claro, añado yo, que no hay buen pan sin buen trigo y es, además, necesaria la levadura...

A la gente le gusta admirar al médico trajinado, que cumple su tarea con aire agotado y cuyo tiempo parece serle arrancado como una cosa vital; le place decir de un médico: «se le encuentra siempre» o «viene en seguida», sin pensar que eso nada o casi nada tiene que ver con la medicina. No digo que no sea real y ventajosa virtud en un médico que sea accesible y asiduo, pero me gustaría que la gente pensase qué saludable es que de vez en cuando no encuentre a su médico porque está poniendo en orden sus notas, meditando sus casos, repasando un libro fundamental y postergado. A la heroica imagen del médico premioso y agotado me placería ver comprendida la imagen del médico fresco, reposado y tranquilo. Y ahora séame permitido estampar aquí una frase que he dicho a menudo sin tener ocasión de escribirla: la mayoría de la gente no quiere un médico, prefiere un «valet» que sepa algo de medicina. Y sobre todo que acuda al campanillazo.

Yo asisto hace muchos años a un espectáculo que debería serme familiar y que, en cambio, me emociona cada vez: las reuniones de las sociedades médicas. En un salón casi nunca confortable, diez, doce, quince, pocas veces más, los galenos se juntan a leer y a escuchar, a describir y a analizar sus trabajos técnicos en un ambiente sin brillo, sin resonancia, sin trascendencia pública. Y se afanan y preocupan y... se indisponen. Yo los miro permanecer allí hasta muy tarde, levantándose a cada rato, inquietos y acuciosos para saber de sus pacientes y pienso que han trabajado todo el día, que han comido de pie o no han comido, que han dejado sus mujeres y sus hijos para ir, en la hora en que los otros acuden al teatro o al cine, a secretarse sus observaciones y sus conceptos. Todavía al retirarse, todos, uno por uno, se acercan al teléfono y hacen a la esposa desvelada la pregunta que significa el anclaje al deber, el grito de la torre de la vela: «¿No llamó nadie?». Y me consta que se quedan inquietos si llamó alguien y que se quedan inquietos si nadie los llamó. Porque justo es anotarlos: los médicos ponen gusto en el servicio ajeno y naturalidad en el sacrificio; son los únicos que no alcanzan a comprender la clave filosófica del travieso Tom Sawyer, de Mark Twain: «El trabajo consiste en lo que uno está obligado a hacer y el juego consiste en lo que uno no está obligado a hacer».

Pero es que al médico no le basta, no le puede bastar su perfeccionamiento técnico; su ser humano se secaría en él como una planta voraz que agotase su propia tierra. Toda labor profesional —cualquiera sea su estilo— tiende a estrechar la mente y a limitar el punto de vista, marcando de esa angostura lo más profundo del ánimo; el médico, cuya labor profesional está en todos los momentos de su vida entera y no sólo en determinadas horas, necesita más que nadie evitar ese angostamiento. La gente intuye que si cuando llama al médico sólo viene un médico no viene casi nadie; requiere, aun sin haberlo pensado jamás, que el médico venga doblado del hombre, del ser humano ejercitado en la universal profesión de vivir y es por eso —no por su saber inmediato— por lo que lo juzga y lo valora. «Es muy simpático, es encantador, es nervioso, es muy cortés, es seco, es grosero, es buen mozo...», dicen de inmediato las gentes y sobre todo las mujeres (*Feminae sunt Medicorum tubae*). Y hay en esa apreciación una valoración justa y certera. De ella resulta un aspecto positivo y halagüeño de la relación entre el médico y las

gentes; la clientela ve con placer y con solidaria satisfacción las actividades extra profesionales de su doctor, le place que viaje, que tenga notoria actividad artística, cultural o deportiva. Consciente o inconscientemente la gente adivina que gana con ello en mejor calidad de médico... El reproche de dispersión o distraimiento no viene nunca de la gente. No voy a decir aquí de quienes viene. La gente no tiene esos celos; siente que cuanto mejor ejercitada esté la humanidad de su médico, más eficaz sería su servicio profesional. «Desconfío de los médicos que escriben», me hacía decir «cierto buen hidalgo particular que desdeñaba el arte». Hace bien —pensé en responderle—, ¿pero no sería más justo desconfiar de los médicos que no supiesen escribir?

Vemos que el médico es el hombre de los momentos críticos; es que la medicina se confronta con la vida —nada menos que con la vida— y la vida parece concentrarse en los instantes agudos como si se gastase de golpe. Parece nada, dicho así y como al paso, que la medicina se confronta con la vida, pero ello significa una aventura tremenda. «En ello reside toda su grandeza y toda la razón de ser de sus incertidumbres. El progreso mecánico es cosa de juego: propone una serie de problemas que todos y a su tiempo son finalmente resueltos. En medicina la reserva de desconocido, de insoluble y de ilógica es inagotable» (Duhamel). Cada avance de la medicina no es tan ilustre por la cantidad de conocimiento que aporta como por la mayor zona de misterio que revela. Todos los médicos lo saben y, sin embargo, hacen sin cesar un permanente esfuerzo para atacar esa reserva de incógnita y transformar lo desconocido en conocido. Pero esa lucha, esa pugna sin tregua ni respiro, no se traba cómoda y académicamente en el campo universal de las ideas: se plantea y resuelve —quieras que no— de hombre a hombre, en duelo singular y cara a cara con el paciente de cada día y de cada hora. Conocemos, tocamos, medimos con pavorosa conciencia los límites de nuestra ignorancia y, sin embargo, somos asaltados sin piedad por la gente que exige precisiones, exactitudes, seguridades, garantías, con la inocente insistencia de aquel clientecito mío que me preguntaba sin tregua: ¿En dónde duerme la Luna?, enojándose por la vaguedad de mis respuestas. Esa inquisición irresponsable y responsabilizadora es una de las torturas consuetudinarias que nos inflinge la gente y que quisiera reprochar a la gente; lo haré por evasiva elegancia con palabras de Georges Duhamel: «El necio que, gracias a su periódico, no carece de alguna idea sobre el planeta Marte o las dificultades internas de la China se encuentra infinitamente iluminado en lo que se refiere a las enfermedades y su tratamiento. Dentro de su cerebro deslumbrado revuelve en mescolanza los axiomas de la publicidad ilustrada, las comunicaciones académicas y las afirmaciones del vulgarizador hebdomadario. Capta al mismo tiempo que el “Limpiol” es para los riñones como un cepillo y que la “Voluptina” devuelve el vigor genésico a los cadáveres, que un sabio japonés ha descubierto partículas de manganeso asimilable en los bigotes de las focas blancas y que la banana cruda contiene un almidón indigestible. Y maneja estas precarias nociones del mismo modo que un mono manejaría sustancias explosivas. Y a propósito de cualquier cosa habla de vitaminas y de rayos ultravioleta. El médico llamado a asistir un enfermo se ve interrogado por estos haraganes desafiantes e

insidiosos sobre la última comunicación a la Academia de Medicina acerca de los recientes métodos alemanes, americanos, soviéticos, y sobre la superioridad de la vacuna C. B. J. sobre la vacuna D. K. C.»

Es en defensa de estas situaciones que el médico se hace apodíctico, categórico y autoritario; son maneras que, a falta de humorismo, le permiten evadirse de ser puesto contra la pared por cualquier lego impertinente. Pero es también comprensible la actitud del enfermo que inquiere e inquisiciona; desea saber, no como un acto de conocimiento, sino como un método de constricción humana; quiere que el médico se ocupe de él de una manera intensa, profunda, prolongada, total; ansia ocuparlo y preocuparlo. Ese acercamiento estrecho e intencionado entre enfermo y médico suscita, entre otras, dos situaciones peculiares que merecen atención especial: el llamado secreto médico y el problema de la libre elección. Se piensa que el secreto médico atañe solamente al diagnóstico; pero el contacto humano entre médico y enfermo es tan amplio que lo que el médico «llega a saber» va mucho más allá de lo que se quisiera que supiese; no hay cortapisas para su mirada, ni limitaciones para su entremetimiento. Por algo el augusto Juramento Hipocrático, que convierte nuestra profesión en estado nos advierte, el día mismo que nos consagran doctores, que admitidos en la intimidad de los hogares nuestros ojos deben ser ciegos y nuestros oídos deben ser sordos.

La visión periférica del médico es terrible; él sabe, por más que no lo quiera, si la hermosa actriz padece de una hernia de ombligo; si al prestigioso militar que manda los desfiles le grita la esposa en la intimidad; si el conocido filósofo está lleno de supersticiones, si el duelista atrevido y matasiete tiembla cuando le van a aplicar una inyección; o si el juez jubilado de austeridades tiene relaciones con su ama de llaves. Toda la convenida arquitectura de la pretensión humana se derrumba en la hora diminuta de la cataplasma, la enema o el gargarismo. Se habla y se escribe mucho sobre el secreto médico y sus aspectos jurídicos y sociales, pero apenas se tiene en cuenta ese hecho moral admirable que significa la discreción médica. No voy a negar que, para vergüenza de la corporación, haya médicos indiscretos, pero son muy pocos y ya veremos cómo la sociedad pronto los aísla y neutraliza; de cualquier manera ellos son los menos, su escaso número se diluye en la enorme circunspección general, que aceptando la fuerza de la convención en cuanto tiene de útil y de sano, sigue considerando a las gentes como ellas quieren ser consideradas y no como de ropa adentro el galeno las ha visto ser. Ello no impide que el médico tenga una peculiarísima visión de la humana grey, que se traduce en ese desenfado particular, en esa categórica confianza, en esa mirada desaprensiva, que poco a poco vamos adquiriendo con el ejercicio profesional. Una frase cuya atroz vulgaridad me ha repugnado siempre afirma que no hay hombre grande para su ayuda de cámara. Basta meditar un minuto para caer en la cuenta de que lo pequeño es, precisamente, la mirada de un ayuda de cámara.

Es, en cambio, excelencia de la profesión médica que a nuestros ojos la gente siga siendo grande, no sólo por encima sino también en razón de su dolorida intimidad. Por algo afirma Osler que la lección más difícil de todas las que tiene que aprender el médico es saber que la ley de la vida superior sólo se completa con el amor, es decir con la caridad. Nosotros podríamos decir parafraseando al santo, «*Charitas medici urget nos*».

Pero existe también el otro aspecto de la visión; si el médico consigue o debe conseguir la mirada neutra y empapada de comprensión, el enfermo ejecuta cada vez ante esa mirada un acto de desnudamiento, de entrega y de súplica. Mucho de lo que solemos atribuir a ingratitud de nuestros enfermos es sólo efecto de un mecanismo de defensa mediante el cual pretenden hacer olvidar una intimidad sorprendida, una vergüenza descubierta; y es por eso absolutamente lógico que suelen ser más ingratos precisamente aquellos enfermos a quienes servimos mejor.

Siendo así, no es sino natural y además respetabilísimo que «el hombre herido por el desorden orgánico tenga la posibilidad de elegir la persona a la que forzosamente tendrá que confesarse, delante de la cual, de buen o mal grado, deberá mostrarse más o menos desnudo, débil, desposeído, miserable o ridículo» (Duhamel).

Esta elección es una de las necesidades más intensas del enfermo y motiva hechos dramáticos en las relaciones entre las gentes y el médico; los pobres que frecuentan el hospital llegan siempre mediante argucias y cálculos a hacerse atender por el médico que prefieren, filtrándose siempre por las limitaciones y los reglamentos. Cuando un médico cambia de hospital es habitual que las gentes de humilde condición opten por hacer largos trayectos con tal de no perder su asistencia, sobrepasando al precio de la fe y de la confianza, las molestias de viajes incómodos y de horarios desapacibles. De mí puedo decir que esa adhesión un poco astuta de la gente anónima me ha confortado en momentos de angustia y de injusticia que no han faltado a mi profesión. Esa predilección, como todas las afinidades electivas, supone, por otra parte, caprichos, celos, infidelidades pequeñas y grandes, traiciones, crisis de odio y de ternura. «A través de los fastidios, de las decepciones, los peligros y las alegrías de esa profesión difícil y magnífica, el verdadero médico marcha con prudencia y paciencia» (Duhamel). Es justamente el juego de esa libre elección lo que hace que, de los grupos diferenciables que integran la sociedad, el grupo médico sea uno de los más significativos como índice de la misma; no tanto por lo que muestra en sí cuanto por el modo con que el conjunto humano en que actúa lo considera y refleja. Ello proviene de que el médico resulta una encrucijada en que se encuentran lo cultural y lo primariamente humano. Ambos factores se equilibran o desequilibran en el médico y en él se consoportan o desnivelan. La cultura del médico es cultura urgida por las necesidades del medio; éste le exige que sepa pronto lo mejor que se sabe. «Una de las principales glorias, y de las características únicas de nuestra profesión, es que sea cual fuere la parte del mundo en que se ejecute algún trabajo, si posee algún valor es utilizado rápidamente» (Osler). Si la fuente del saber

está cerca y el acceso es fácil, la adquisición del saber también lo será; si la fuente está lejos y el acceso difícil, la adquisición será penosa y oblicua, pero en cualquier caso obligatoria y necesaria de toda necesidad. El saber de los médicos refleja y pone en acción la obra de los investigadores; por eso son, tienen que ser, superiores los médicos de los países donde residen y actúan los investigadores. «El saber de un investigador realmente grande —ha escrito Osler— equivale para su país al de media docena de elevadores de granos o de un nuevo ferrocarril trascontinental; mas —añade— trátase de un artículo muy caprichoso y variable que no puede obtenerse a voluntad». Por eso, cuando se alcanza la fortuna de tenerlo a mano —agrego yo como médico— hay que valorarlo por cuanto representa como dignidad nacional y por cuanto significa como progreso material.

Si en lo intelectual el médico tiene que mantenerse en permanente contacto con la ciencia pura, en lo profesional necesita un apretado contacto con el hombre, sin perder ni en un solo instante ni una partícula de su personal independencia, porque «el ejercicio de la medicina es un arte, no un negocio; una profesión, no una industria, una actividad en la que se ejercita por igual el corazón y la cabeza». «A menudo —nos advierte Osler— la mejor parte de vuestro trabajo no tendrá nada que ver con pócimas y polvos, sino con el ejercicio del influjo del fuerte sobre el débil, del justo sobre el malvado, del sabio sobre el necio. A vosotros, como consejeros en quienes la familia reposa fe, el padre vendrá con sus ansiedades, la madre con sus ocultos dolores, la hija con sus tribulaciones y el hijo con sus locuras. Por lo menos la tercera parte del trabajo que realicéis figurará en otros libros que los vuestros». Para poder actuar así, con valor y con ánimo resuelto frente a las necesidades físicas y morales de su prójimo, el médico tiene que conservar, repetimos, sobre todas las otras condiciones de su carácter dos esenciales y primordiales: su independencia espiritual y su libertad moral. Sin ellas el médico casi no es médico, pierde su esencia aunque conserve su título, que es conservar casi nada. La gente reconoce implícita o explícitamente en el médico ese aliento de libertad, esa independencia de individuo que es toda su fuerza y su signo moral, y desprecia más al médico que se hace mercenario que a cualquier otro profesional en igual trance.

Tal vez quieran decirme ustedes que mis apologéticas sólo pueden aplicarse a un médico ideal y yo podré responder que de él estoy hablando; pero a poco que me apuren afirmaré que no hay médicos malos, sencillamente porque no puede haberlos. Cuando un médico es incompetente o inmoral, o simplemente desafortunado, la sociedad, las gentes, lo abandonan, lo aíslan, lo segregan hasta tornarlo inofensivo a fuerza de insignificante y olvidado; es la gente y no la medicina quien hace a los médicos grandes o pequeños. Nada como la profesión médica es más directo resultado social. Cuando afirmamos que haciéndose una función del estado, «aun honestamente retribuida, la medicina arriesga perder no solamente su nobleza sino también, y sobre todo, la independencia, que es su carácter esencial», no miramos tanto a la independencia personal del médico, por cara que nos sea, cuanto a la seguridad moral que significa para el

paciente la libre elección de su médico y la garantía que esa libertad representa de que los malos profesionales sean poco a poco e inexorablemente puestos de lado por el fino sentido selectivo del pueblo sufriente. Basta pensar un poco para observar que esta selección —acto vital y defensivo por excelencia— se torna imposible cuando el médico se transforma en funcionario.

En lo personal tampoco hay médicos malos; el pésimo para unos, es seráfico y genial para otros; por eso hay tantos tipos de médicos como hay grupos y subgrupos en la humana psicología. Cada cual busca y encuentra el médico que prefiere: aquel técnico y sin periferias será buscado por la gente culta y responsable de sí misma; el buen mozo y galanteador por las damiselas casquivanas; el tierno y paciente por los tímidos o apocados; y aquel otro con ribetes de charlatán por aquellos que gustan ser deslumbrados y que con ello se consuelan y satisfacen. Cada ser humano tiene el médico que merece y sinalagmáticamente cada médico maneja la clientela que le corresponde. Es segura vía de conocimiento psicológico valorar a cada médico por la clientela que lo busca, así también como acertado conocer a la gente por el médico que prefiere. No juzguen nunca a los personajes por sus discursos, o declaraciones; valórenlos por los médicos que escogen...

El hecho de que el médico entiende de las enfermedades ha creado el concepto de que es un auxiliar de la Naturaleza, a la que secunda y acompaña. Nada más erróneo y —sobre todo— más equívoco. Como técnico el médico es un estudioso o, si ustedes prefieren, un estudiante de la Naturaleza; pero como profesional encara actos humanos, vale decir casi del todo no naturales. La Naturaleza se comprende dentro de grandes reglas y tanteos gigantescos; sus crueldades y monstruosidades son también naturales. El médico, en cambio, busca y bucea cada vez la excepción, la rectificación del error y la corrección de la monstruosidad. Si una enfermedad produce estadísticamente anotada el 98 por 100 de muertes, él se empeña en encontrar el 2 por 100 favorable y se entrega a ello con tenacidad absurda y admirable. Cree de absoluta buena fe que todos los niños que nacen deben vivir y profesa, contra toda evidencia, que la mayoría del sufrimiento humano es sufrimiento perdido. Lejos de secundar a la Naturaleza casi siempre lucha a brazo partido con ella, como luchó Jacob con el Angel y como Jacob tiene que tolerar que cuando le pregunte su nombre el Angel le responda: «¿Para qué quieres saber mi nombre?» y también como el mismo Jacob, dice todos los días mirando la Tierra: «¡Cuán terrible es este lugar!».

La Naturaleza se toma tiempo para sus experiencias enormes; el pobre médico tiene siempre apuro porque el enfermo lo tiene; apuro durísimo y angustiado. No, el médico no secunda a la Naturaleza; bien al contrario combate a cada minuto para que la Naturaleza lo secunde. Y en lo desigual de ese combate está su gloria. El médico realiza una curiosa mezcla de escéptico y de optimista que espera contra toda esperanza. «*Spe contra Spem*» pudiera ser su lema.

He querido señalar especialmente este alto coeficiente de solidario absurdo, porque de su existencia tan notoria como poco reconocida nace una situación especial: la gente encuentra tan natural que el médico lo asista en cuanto a hombre que no valora en casi nada ese concurso. Admira con gusto la técnica, la realización, y aun la decisión, pero tiene en muy escasa cuenta el compromiso. Por eso es mucho más fácil ser cirujano famoso que clínico célebre. La solidaridad humana que en todo momento se requiere del médico se da por descontada y, por lo tanto, se valora en muy poco y se agradece en casi nada. Lo curioso, y en cierto grado emocionante, es que el médico vive espiritualmente de esa cuota de mal pagada efusión y cuando le mandan de regalo una gallina o un pastel casero se regocija como un niño y se conmueve como un adolescente; en su regocijo y en su conmoción hay un significado intenso; el médico comprueba que existen gentes que entienden que cuando le han pagado no le han pagado cuanto dio, y no hay comprobación en el mundo que le haga tanto bien como esa verdad sencilla. También por eso le duele mucho que para la gente sean siempre caros los honorarios del médico y que cuando quieran descalificarlo lo llamen «comerciante». Yo me he preguntado muchas veces qué pensarán los honrados comerciantes (que alguno debe haber) del nombre de su profesión convertido en insulto. «Yo no les cobro a los pobres por decisión mía, y a los ricos por decisión de ellos» decía nuestro magnífico Eduardo Wilde. El abogado que reparte jurídicamente los bienes de un rico gana «*ex jure*» mil veces más que el médico que cuidó su vida toda, y a mí me parece natural: el juicio sucesorio asegura la riqueza de los herederos; la acción del médico, por mala que sea, siempre amenaza retardarla. No se me diga que hay médicos interesados y tacaños con su profesión; si existen son casos personalísimos; en cuanto a médicos, los médicos son desinteresados; miren ustedes conmigo el ancho campo de la sociedad y de la historia y verán qué pocos son los médicos ricos; no hay médicos enriquecidos por obra de su trabajo profesional. Somos, en cambio, ricos de otra riqueza imponderable, pero real; esa que de un modo amplio pero significativo se comprende dentro de lo que se llama amor a la profesión.

«La gran mayoría de los médicos aman su profesión y aceptan su servidumbre; si no es así acaban por abandonarla. La mayoría de los médicos sienten con más o menos impulso, con más o menos brusquedad, con más o menos candor o escepticismo el sentimiento de la caridad aun cuando, por explicable pudor, afectan defenderse o desconfiar de él; los espectáculos, los actos mismos de la medicina, la frecuentación de gentes inquietas, disminuidas, irritables, dignas de piedad, ingratas; el olor de los enfermos y de los heridos, sus exigencias, sus caprichos, los peligros del contagio, las responsabilidades jurídicas, materiales, morales de semejante profesión no estarían en modo alguno compensadas por los beneficios, siempre duramente adquiridos y a menudo cruelmente discutidos, si no interviniese con el sentimiento de la caridad, el gusto por ese oficio, el amor por esa misión y, quiero también declararlo, el deseo de esa particularísima autoridad que ella confiere todavía, de cuando en cuando, en nuestra moderna sociedad» (Duhamel).

Todas las servidumbres del médico derivan de una servidumbre esencial: su profesión se ejerce merced a una directa e intransfundible dación de persona. Sean como sean los trabajos en equipo o las más perfectas organizaciones burocratizadas, oficializadas o socializadas, el hecho médico es, al fin de cuentas, un contacto de hombre a hombre, o no es más que una ilusión o una simulación y en ambos casos una fuga o un escamoteo. Si para cualquier profesional o trabajador la ausencia de su persona implica una merma de la actividad y del rendimiento, en el médico la ausencia física es la amputación instantánea y total. El abogado, el ingeniero, el comerciante, el artista pueden lograr que en mayor o mejor grado su pensamiento puesto en marcha actúe y rinda por algún tiempo y siga funcionando en su ausencia; el trabajo del médico es un cambio indelegable: cada viaje, cada descanso, cada enfermedad le cuesta lo que gasta y lo que deja de ganar. Si un gerente de fábrica se fractura un hueso puede seguir mandando desde su yeso; si el médico se fractura y lo enyesan es posible que la gente lo consulte por teléfono, pero es seguro que no le paga por ello.

Es que el médico, como el caracol su casa, lleva su profesión a cuestras y adondequiera: en un tren, en una playa, en mitad de un concierto, en la sobremesa de un banquete, en una fiesta de cumpleaños o en el velatorio de una anciana, cualquiera le consulta su caso, le pide una receta, le requiere una opinión técnica o le recomienda un amigo, y eso en seguida, ahí nomás, sin preámbulos y sin compensaciones. ¿Quién haría lo mismo con un arquitecto, un químico o un corrector de pruebas? Nadie. Al médico se le pone en el trance con la misma desaprensión que se dice al músico: «¿Por qué no toca algo?». Lo tremendo es que nosotros tocamos... Este es el aspecto trivial de la accesibilidad del médico; el terrible y peligroso es que a él llega, con sólo presentarse, cualquiera que lo busque: el irritado, el iracundo, el furioso, el neurópata, el loco. Ahí está la lista nada escueta de médicos muertos en sus consultorios por gente desequilibrada y ahí está la vida admirable y decidida del doctor Francisco Nicola Reyes, postrado en cama desde hace 20 años por la bala que le disparó el padre de un niño a quien no había asistido jamás...

Todo hombre puede poner una barrera entre el mundo y su persona, elegir sus visitas, clasificarlas y ubicarlas; el médico está para el primero que llegue con sus buenos y sus malos humores, con sus buenos y sus malos olores... «Para eso es médico» dice la gente. Y tiene razón, que es lo menos que puede tener la gente y todos aquellos que no saben tener otra cosa. Esa es una enorme cuenta abierta que la sociedad tiene con los médicos, con todos los médicos, desde el rangoso especialista de hora prevista y último consejo hasta el trajinado médico rural, que lucha con la enfermedad, con el barro y, sobre todo, con la desconfianza campesina de aquellos que cada vez que hacen un viaje a la ciudad para comprarse ropas nuevas aprovechan para visitar al médico ciudadano, sólo para controlar si el médico lugareño se porta bien y «está acertado». Todos los médicos y cada uno damos en nuestra medida esa solidaridad humana cuyo soslayamiento se nos reprocha como una traición y por cuya fluencia se nos valora en casi nada.

Y aquí llegando, aunque sea síntoma de médico viejo el hacer cuentos más que cuentas, voy a traer uno personal por lo que significa y por lo que traduce:

Hace ya unos años una encantadora dama me llevó a la consulta su hijo asmático y desde largo sufriente. Pude, creo que casualmente, demostrarle que el problema del niño, un disminuido prepúber, no era cuestión de drogas, sino de gimnasia, de libertad, de higiene psicofísica, y tras muy pocas visitas no volví a ver más ni al chico ni a la madre. No pude, sin embargo, olvidar la expresión ansiosa y atormentada de la bella señora. Hace poco, cuando estaba yo meditando estas páginas, volvió a visitarme con su hijo convertido en un hermoso atleta de quince años, brillante escolar y campeón de natación de su categoría en la Capital y en varias ciudades litorales. Del asma no quedaban rastros, el problema era otro: la mamá quería saber si no pudiera ser perjudicial para el joven tanto éxito deportivo; le respondí que no, mirando con satisfacción de médico la apostura de aquel adolescente griego...

La dama ya no se retorció las manos, ni su voz se ahogaba en lágrimas; como Cornelia consideraba tranquila a aquel mozo como el justo y natural fruto de sus entrañas y yo me complacía en su complacencia cuando, de pronto, respondiendo quién sabe a qué recónditas e inextintas desolaciones, me dijo más o menos estas palabras: —De todos los grupos humanos al que menos aprecio y consideración tengo es, precisamente, a los médicos...

Y ante mi mirada interrogativa prosiguió segura de una apreciación feliz: —Se limitan a pensar en una enfermedad como concepto aislado, sin reparar en el ser humano que la sufre y la soporta.

Comprendí sin dificultad que la irritada señora quería vengar en la clase galénica todos los largos años de asma de su hijo y me animé a preguntarle: —¿Por qué cree usted que lo hacen? La respuesta fué sin rodeos: —Por ignorancia, me contestó.

Yo no le dije nada, ¿qué había de decirle?, pero sentí encenderse de pronto en mi cabeza el núcleo de estas meditaciones y también sentí cómo, a pesar mío, este discurso se iba deshilvanando en mi interior:

«Hace cinco años que este mozo, gracias a mis consejos, se ha transformado de un inválido en un atleta; los fantasmas sibilantes del asma se han perdido como un mal recuerdo entre los sucesos de la infancia. Yo, el humilde agente de esta curación, hubiese merecido... una tarjeta postal al fin de cada año, una maceta de barro con malvones a la entrada de la primavera y, sobre todo y cuando menos, la información de mi buena fortuna ya que no de mi ciencia; ese dato me hubiese dado confianza en mí mismo y válida experiencia para ensayar el procedimiento en otros. Nada, ni una sola palabra. En el concepto del cliente yo estaba pago con aquellos pesos que no llegaron a ciento...» Pero la señora, razonante y absoluta, desprecia a los médicos porque no se internan en el problema total de cada enfermo. No lo hacen por ignorancia señora, está escrito en

todos los libros, lo hacen por defensa, por economía de sentimentalidad, por necesidad de seguir viviendo; por poner un término necesario al desvivirse... Una vida no soporta fácilmente un afanoso contacto con otras vidas sin desgastar pavorosamente la propia. Cada enfermo que se nos acerca nos trae la suya en estado de crisis y, poco o mucho, consigue interesarnos en ese sacudimiento; después... Ese después está bien expresado en un viejo grabado holandés, que diera algo por poseer; representa en tríptico los momentos de la actuación del médico; en el primero el enfermo está grave, rodeado de sus desolados parientes; el doctor aparece en la puerta en la dulce y luminosa figura de un ángel. En el segundo, ya en el instante de dar de alta al paciente, éste y los suyos saludan al galeno que entreabre la puerta en la simple y corriente figura de un hombre. En el cuadro tercero la familia, reunida alrededor de la mesa, comiendo y bebiendo, recibe la nota de los honorarios y el médico es evocado en la tosca figura de un diablo de patas caprififormes...

Conste que yo no protesto; es así y aun parece que tiene que ser así en la misteriosa y siempre asombradora acomodación de las pasiones humanas; yo sólo lo compruebo y lo describo sintiendo que, como Anteo de su contacto con el suelo, de ese estado de cosas nos nace la fuerza y la excelencia. Todavía más; la nueva y triunfante filosofía de la medicina, el psicosomatismo, nos exige la asistencia total del hombre con especial cuenta de sus procesos anímicos y sentimentales. Volvemos así por novísimos vericuetos a darnos de manos a boca con aquella palabra que tantos equívocos ha arrastrado para la profesión médica: sacerdocio. Nos guste o no nos guste, fuerza se hace contestar a esta pregunta: ¿Adónde van a parar, lejos ya de las religiones y poco menos que imposible el ensueño en esta hora en que la dinamita y el trinitrotolueno son ya antiguallas en materia de destruir y de aterrorizar, adónde van a parar repito, los angustiados, los inseguros, los neuróticos, los excitados, los complejizados de toda laya? ¿Adonde los hombres desesperados que, como un mecanismo de supervivencia, han encontrado la conversión somática de sus conflictos espirituales? Y, sobre todo, ¿adónde pueden ir? Mal que pudiera pesarnos (que no nos pesa) a nosotros vienen; y nosotros los médicos, luego de haber soñado ingenuamente una era maravillosa de remedios soberanos que curaran fácilmente los males físicos del hombre, y después de haberla alcanzado casi plenamente, hacemos de nuevo frente al caos del hombre atormentado, como en la primera hora del miedo primitivo, del hombre que para aliviar su tormento nos atormenta también un poco, y tratamos de permanecer serenos contra la continua, persistente y desagradecida demanda de su inquietud.

El sacerdote, el artista, el amigo más íntimo oye la confidencia del desorden y aconseja o comenta; a lo sumo apoya; el médico, el pobre médico, injusta señora de mi cuento, tiene que hacerse cargo del desordenado. Y mal o bien, mucho o poco, acertado o inhábil, lo hace lo mejor que puede, porque es el hombre que por tendencia y por deber tiene que meterse en todo lo que no le importa...

Yo no les pido que lo reverencien, sólo les pido que por un momento, invirtiendo las situaciones, lo comprendan un poco. Y me conformo con un poco, porque sé de antemano que no puede ser mucho.

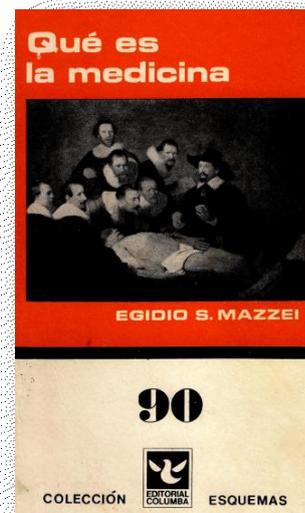
Malos o buenos, eficientes o no, los médicos somos hombres marcados, hombres marcados por la íntima marca de la medicina, que hace que nos reconozcamos y nos acerquemos unos a otros en cualquier parte del mundo, en todos los paisajes de la tierra o del espíritu, y que en todos los idiomas y por todos los medios los médicos nos comuniquemos nuestros aciertos y nuestros errores. Nuestros errores, buenas y malas gentes; el médico es el único trabajador intelectual que publica y documenta sus propios errores, para que otros no caigan en ellos. Le espanta el error por la calidad, no por el número; le espanta porque sabe que se ejerce sobre un ser humano. «Con una errada conjetura —escribía Martín Martínez hace 320 años— mata más un general en un día que un médico en cien años», pero eso no lo consuela aunque sepa por boca del mismo Martínez que «acertar siempre en esta materia no es de hombre sino de Angeles». Con esa dirección espiritual sobrelleva la servidumbre a su grandeza. «Sabe que no puede, piense lo que piense y haga lo que haga, sino actuar como médico y pensar como médico. Cada palabra que pronuncia, lo quiera o no lo quiera, es palabra de médico. Guarda en el fondo de sí mismo el placer de cuidar y la necesidad de curar. Y, en el fondo de su corazón, no renuncia jamás a sus privilegios, porque esos privilegios son sus obligaciones, ni renuncia a sus poderes, porque esos poderes son antes que nada sus imperiosos deberes» (Duhamel).

1. WILLIAM OSLER. *Aequanimitas*. Trad. esp. The Blackiston Comp. 3B. Ed. Filadelfia, 1942.
2. GEORGES DUHAMEL. *Paroles de Médecin*. Edit. de Rocher. Mónaco, 1946.

Qué es la medicina, de Egidio S. Mazzei

ANALÍA VERÓNICA PINTO

SERVICIO DE DIFUSIÓN DE LA CREACIÓN INTELECTUAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA



El Dr. Egidio Mazzei (1907-1984) fue uno de los grandes maestros de la medicina argentina del siglo XX. Discípulo del Dr. Mariano Castex, se recibió de médico en 1928 y fue titular de varias cátedras, primero en la Universidad de Buenos Aires, y luego en la de La Plata, más específicamente de la Cátedra de Clínica Médica, desde 1944 hasta 1956. Fue también miembro de las academias nacionales de Medicina, Ciencias y Ciencias Morales, además de profesor consulto y posteriormente emérito de nuestra universidad. En 1977 recibió el premio Maestro de la Medicina Argentina, otorgado por *La Prensa Médica Argentina*, galardón que se sumó a los muchos otros que ya poseía.

Dueño de una prosa clara, didáctica y amena, en el tomo *Qué es la medicina*, publicado en 1968 por la editorial Columba, despliega su sapiencia para que tanto los futuros profesionales de la medicina así como los aficionados e interesados en el arte y la ciencia de curar puedan ahondar en sus principales preceptos. El libro se divide en capítulos breves que le dan oportunidad de hacer un repaso por la historia de una de las ciencias más apasionantes y antiguas de las que moldean y acompañan al hombre en su derrotero existencial.

Enumera sus emblemas y patronos, cita tanto el juramento hipocrático como el juramento de Ginebra, adoptado por la Asociación Médica Mundial en 1948, y hace un apretado resumen de las principales figuras de la medicina mundial desde el griego Hipócrates (s. V a. C.), pasando por Boerhaave, William Harvey, Bichat, Laennec y Pasteur, hasta desembocar en la crisis de la medicina del siglo XX. Además, expone los distintos tipos de médico y medicina (como el médico rural, el médico general, el médico internista, el cirujano, los distintos especialistas, los investigadores, la medicina social o la medicina laboral), estableciendo sus diferencias y matices. En los capítulos finales, trata de las bases de la moral médica, precisamente uno de los aspectos más acuciantes de la crisis de la medicina del siglo XX, en tanto esta crisis fue producto de la decadencia de la moral general en el pasado siglo.

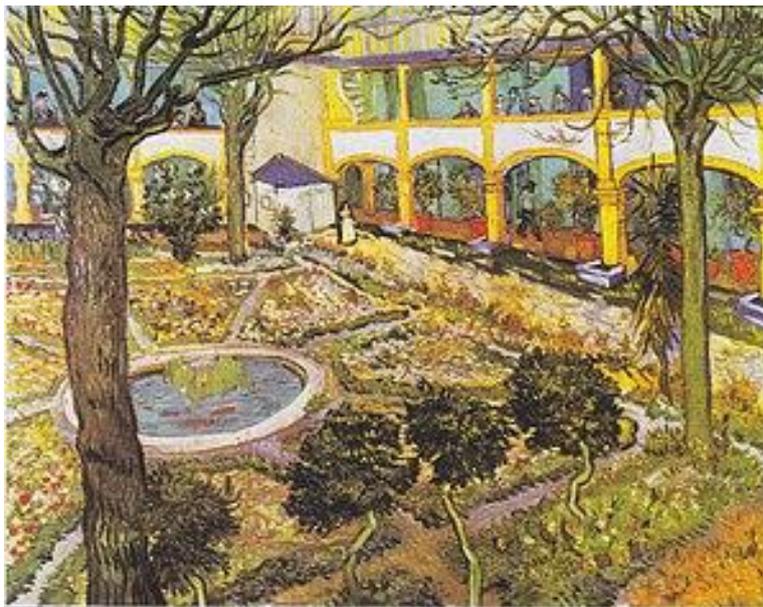
La insistencia en este aspecto poco contemplado de la medicina, la cita constante de algunas homilías y conferencias del papa Pío XII, sumamente versado en el tema, así como el foco puesto siempre en la atención integral del enfermo (esto es, tratándolo no sólo como un cuerpo sino como un cuerpo dotado de alma y espíritu, como un todo que conjuga aspectos tan diversos e insolubles a la vez), vuelven a este libro, de divulgación general dada la colección en que fue publicado, en una lectura indispensable tanto para los médicos de hoy como para los del futuro, en momentos en los que la fría técnica y la más avanzada tecnología parecen arrasar con los últimos vestigios de humanidad, empatía y compasión de que aún disponemos.

A modo de homenaje, por la inocultable labor médica y docente realizada por el Dr. Mazzei, se dispuso la digitalización de *Qué es la medicina*, a la que puede accederse en [este enlace](#).

«El Hospital de Arlés» (óleo, 1889), de Vincent van Gogh

Síntesis biográfica y cultural a cargo de OSCAR A. GIACOMANTONE

A continuación se reproducen dos cuadros del pintor holandés Vincent van Gogh, comúnmente conocidos como «El Hospital de Arlés», realizados en 1889. Luego se ofrece una síntesis biográfica y cultural.



«Jardín del Hospital de Arlés», Vincent van Gogh, óleo (1889).

Fuente: Wikipedia.



«Guardia del Hospital de Arlés», Vincent van Gogh, óleo (1889).

Fuente: Wikipedia.

Vincent Willem van Gogh nació el 30 de marzo de 1853 en los Países Bajos (actual Holanda) y falleció el 29 de julio de 1890. Fue un pintor post-impresionista, que se encuentra entre las figuras más famosas e influyentes en el arte occidental. En poco más de una década creó cerca de dos mil obras de arte, de las cuales unas ochocientas son óleos. La mayoría de éstos los creó en sus dos últimos años de vida.

Sus obras incluyen paisajes, naturalezas muertas, retratos y autorretratos. Se caracterizan por sus colores llamativos, pinceladas impulsivas y expresivas, dramáticas. Durante su vida no tuvo ningún éxito comercial con sus obras.

Su muerte se produce a los 37 años por suicidio, como consecuencia de una enfermedad mental crónica, en etapa aguda de descompensación.

Nacido en el ámbito de una clase media alta, de niño era serio, tranquilo y pensativo. Ya en ese momento realizó algunos dibujos elementales. Su educación la realizó en el ámbito familiar y su escolaridad primaria y secundaria la hizo en su país natal. De joven trabajó en actividades de comercio de obras artísticas, a lo que también se dedicaba su familia. Siendo adolescente comienza con episodios de angustia, tristeza y depresión. Su estado anímico alterna entre la depresión y la euforia y la excitación. Se aísla y retrae socialmente, al tiempo que adopta y se integra a actividades místicas y religiosas.

Su enfermedad mental le trae repercusiones físicas, como adelgazamiento y desnutrición, a causa de su vida desordenada. Alterna con otros bohemios de su época, abusa del alcohol, el tabaco y las relaciones sexuales promiscuas, lo que lo lleva a padecer enfermedades venéreas.

Los diagnósticos médicos de su padecimiento mental fueron muy diversos en su época. Se habló de epilepsia o de esquizofrenia, con formas clínicas atípicas. Siempre alternaba entre períodos de gran depresión, angustia y tristeza con períodos de euforia, gran laboriosidad y felicidad, así como numerosos episodios de insomnio.

En la actualidad, y retrospectivamente, de acuerdo con criterios modernos, podría calificarse su padecimiento como un cuadro polimorfo de psicosis cicloide (ICD 10) o bien un cuadro de psicosis maníaco-depresiva (DSM-IV), asociado a co-morbididades como el alcoholismo, el tabaquismo y las enfermedades venéreas.

Finalmente, tuvo dos episodios de autoagresión: en el primero de ellos, inmortalizado luego en un cuadro y en la historia del arte occidental, en presencia de su amigo el pintor Paul Gauguin, se cercenó la oreja derecha. El episodio final, desde luego, fue su suicidio, mediante un balazo en el pecho, acaecido el 29 de julio de 1890, a los 37 años de edad.