

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 medico 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 Medica desde el periodo de normalización universitaria (1984-1986) hasta la fecha, intentando adaptarse a nuevas realidades sociales y económicas en la profesión medica, 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 libresco, 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 humanizarse^[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 desfase 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.

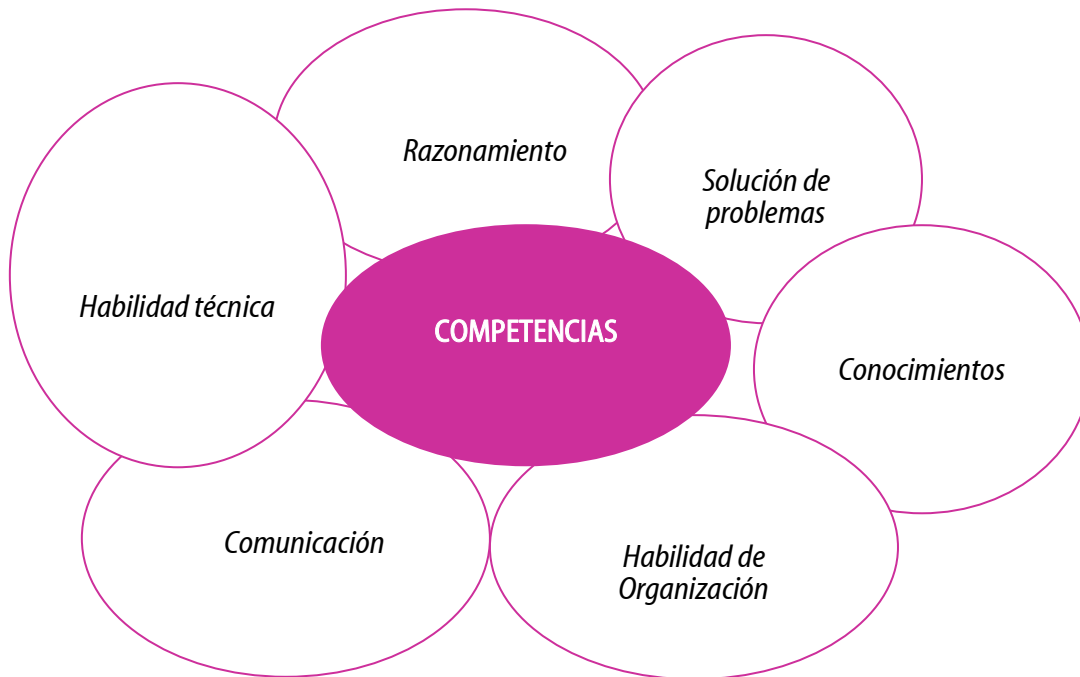
e. Educarse en Forma Continua: Comprende: 1) conocer y actualizarse, no sólo en la materia que enseña sino también en sus aspectos pedagógicos; 2) capacidad para acceder a la información relevante; 3) conocimiento de la realidad social y sanitaria de su entorno, si no difícilmente podrá elaborar y enseñar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

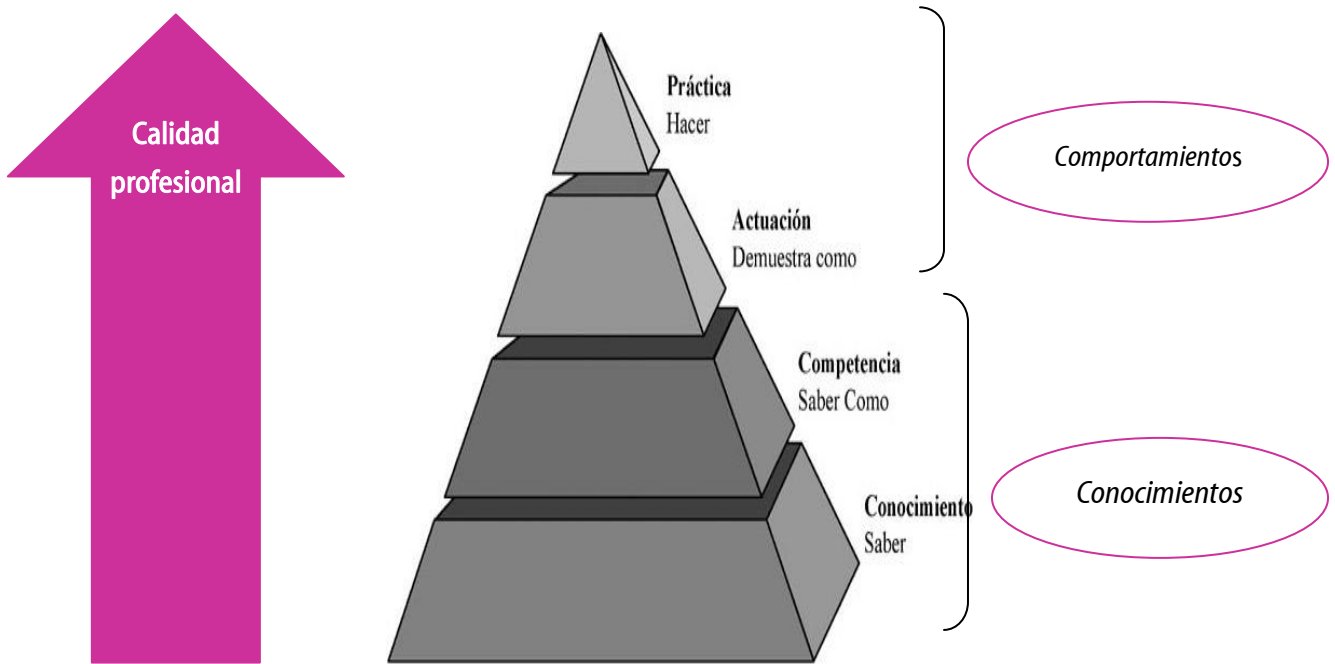


La educación basada en las competencias finales es un enfoque educativo en el cual las decisiones que se han de tomar respecto a los contenidos curriculares, la metodología y la evaluación vienen determinadas por las características del producto final.

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 Médicas (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):

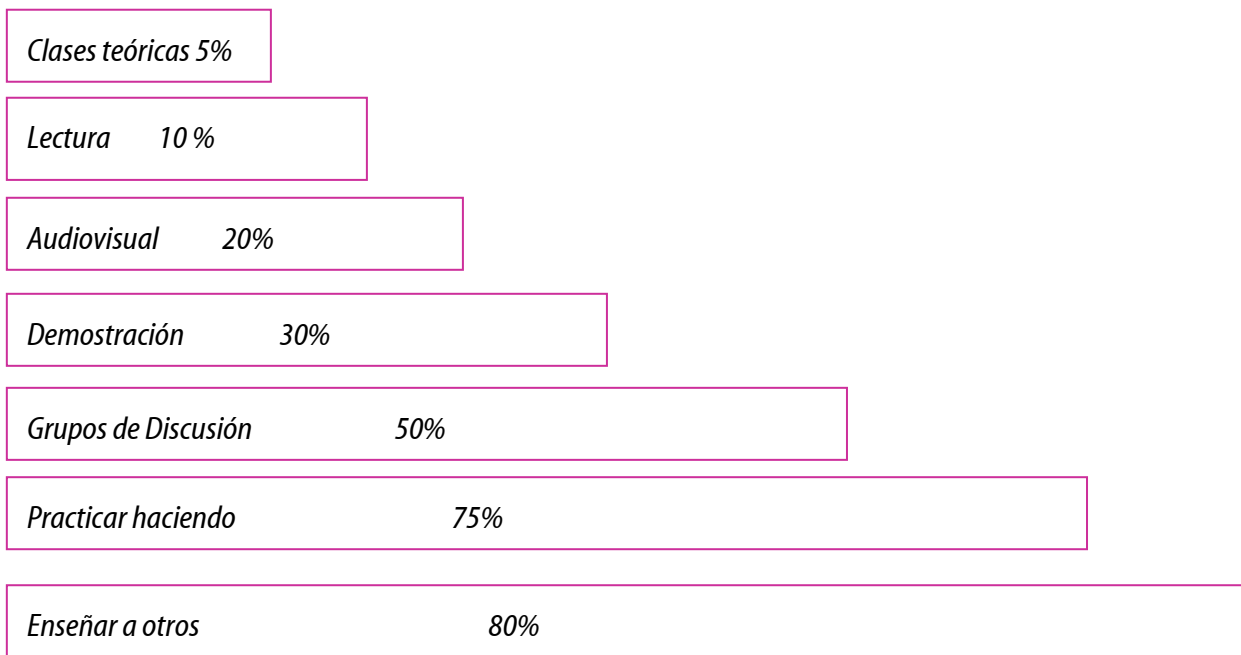
Figura 3: Pirámide de Miller, modificada para Competencias Clínicas^[8]



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 medico 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

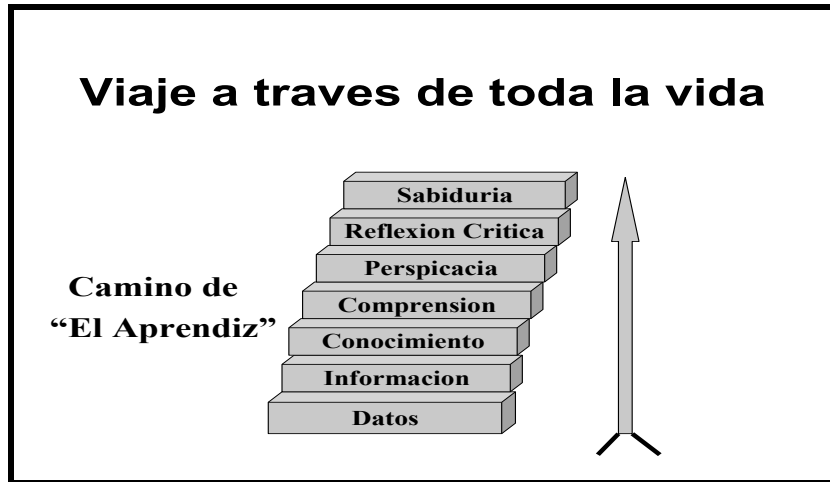
Como expresamos precedentemente, uno de los pilares constitutivos del profesionalismo médico es el principio indelegable que constituye la autonomía en la toma de decisiones, es la *esencia del acto médico*, lo cual diferencia una profesión de un oficio. La decisión médica no puede ser abolida por decisiones 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]

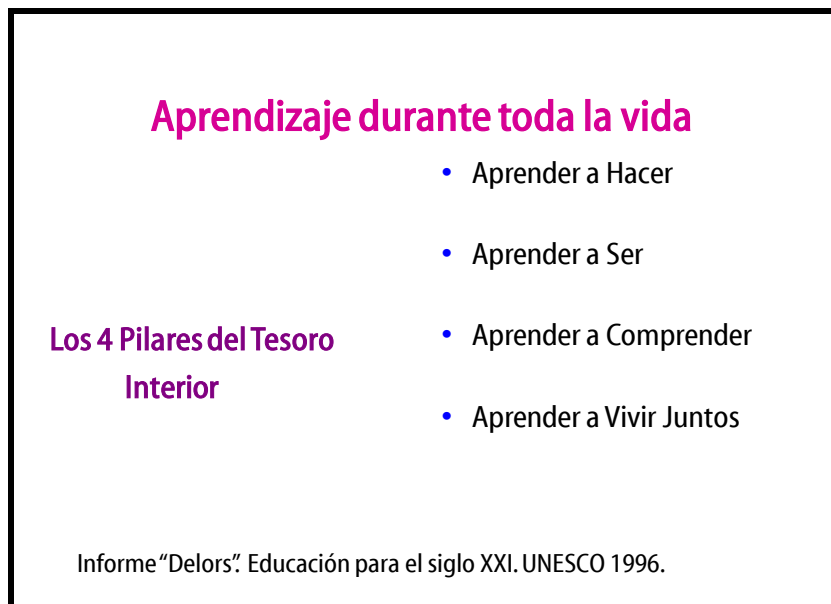
- Mediante aprendizaje y educación continua.
- Tareas de investigación.
- Es obligación del médico actualizar en forma permanente su capital intelectual, ya que constituye el primer escalón para la construcción de la idoneidad. Esto nos conduce a la Educación Médica, a través de toda la vida profesional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

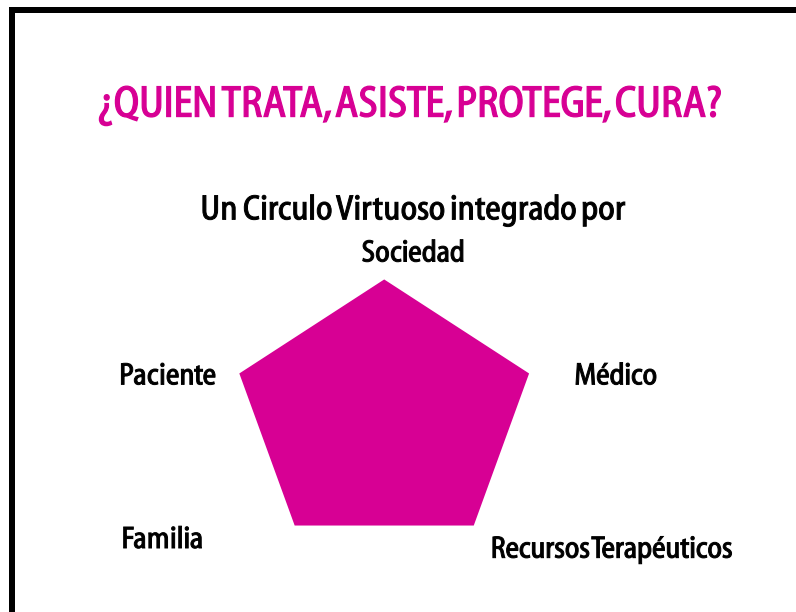
- Trabajar en equipo para maximizar la calidad de atención
- Respeto mutuo
- Participación en procesos de autorregulación
- Control de modelos y pautas éticas en el ejercicio de la profesión.

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 médico. <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 Médica*. Pilanesberg. Sudáfrica. Octubre 2006.
5. ASOCIACIÓN MEDICA MUNDIAL. V Conferencia de Educación Médica. <http://www.wma.net>
6. ASOCIACIÓN DE EDUCACIÓN MEDICA EUROPEA. Declaración de Granada sobre estándares médicos en la educación médica de pregrado. Granada. España. Octubre 2001.
7. BRAILOSKY C. Evaluación médica-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 compétence, dans le context professionnel. *Service Social*. 45:171,1999.
9. BRAILOSKY C. Using evidence to improve evaluation. *Advances in Health 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 médica 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 Médica. 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.