

Discurso del Director de la
Escuela de Medicina, Dr. José
Antonio Rodríguez Villegas.
Ceremonia:
"Premiación Mejor Docente
y Mejor Compañero"
18 de Octubre de 1990

Dr. José Antonio Rodríguez V.

Estudios médicos en la P.U.C. de Chile. Título de Médico Cirujano de la U. de Chile (1965). Estudios de postgrado de Medicina Interna y Cardiología en la P.U.C. de Chile (1965-1967) y de Fisiología Cardiovascular en la U. de California, USA (1972). Entrenamiento en Cardiología Nuclear en diferentes Centros Hospitalarios Franceses (1981). Profesor Adjunto de Medicina desde 1981. Jefe del Depto. de Enfermedades Cardiovasculares (1983-1985) y Director de la Escuela de Medicina de la P.U.C. de Chile (1989-1991).

Me resulta especialmente grato poder participar en esta ceremonia de tanto significado para la vida de nuestra Escuela de Medicina, que ya cumple 60 años.

La designación de mejores compañeros y mejores docentes que realizan los alumnos de cada curso apunta a resaltar los valores más propios y permanentes de una Escuela universitaria.

Me parece, por lo tanto, una oportunidad adecuada para recorrer brevemente la reciente Carta Apostólica de S.S. Juan Pa-

blo II sobre las Universidades Católicas, en aquellos aspectos más pertinentes a esta celebración.

Nos recuerda el Papa que la Universidad debe consagrarse "a la investigación, la enseñanza y la formación de los estudiantes, libremente reunidos con sus maestros, animados todos por el mismo amor del saber".

Hermosa síntesis de lo que aspiramos ser.

Y en ella no quisiera que pasaran inad-

vertidos dos elementos, que tantas veces olvidamos.

En primer lugar, la Universidad está llamada no sólo a la investigación y la enseñanza, sino también a la formación de sus estudiantes, concepto que nos pone ante la verdadera magnitud del compromiso que hemos adquirido al pertenecer a ella.

El segundo aspecto que me parece llamativo, es el de la libertad. Habla el Papa de "estudiantes libremente reunidos con sus maestros" animados por el mismo amor del saber. Sabemos que la libertad para el cristiano no es simplemente "hacer lo que tengo ganas", sino que consiste en orientar todas nuestras capacidades a la plena realización de nuestra vocación personal y social.

Más adelante S.S. hace referencia especial a docentes y alumnos.

A los docentes nos recuerda que estamos llamados a "ser testigos y educadores de una auténtica vida cristiana, que manifieste la lograda integración entre fe y cultura, entre competencia profesional y sabiduría cristiana".

Y a los estudiantes los insta a buscar un desarrollo humanístico y cultural, y que se sientan animados a continuar la

búsqueda de la verdad y de su significado durante toda la vida, dado que es preciso que el espíritu humano desarrolle la capacidad de admiración, de intuición, de contemplación, y llegue a ser capaz de formarse un juicio personal y de cultivar el sentido religioso, moral y social.

Amigos, estamos reunidos hoy para destacar personas que de alguna manera representan valores permanentes de nuestra Escuela y Universidad, enfatizados una vez más por la palabra de Su Santidad:

- compromiso con la formación integral de nuestros alumnos;
- búsqueda de la realización plena de una vocación personal y social;
- integración de fe y cultura, de competencia profesional y sabiduría cristiana;
- cultivo del sentido religioso, moral y social.

Que sea una oportunidad de alegría y optimismo. Pero también de reflexión sobre la forma en que cada uno de nosotros está colaborando a su propia vocación y al continuo perfeccionamiento y cumplimiento de los fines de nuestra querida Escuela de Medicina.

Discurso del Presidente de CEMUC, Sr. Christian Calderón

*Ex alumno del Colegio Salesiano
"Patrocinio de San José". Ingresó a la Carrera
de Medicina de la P.U.C. de Chile en 1987,
cursando actualmente el 5º año. Beca Presidente
de la República 1987-1990. Presidente de
CEMUC en 1990.*

Me es muy grato darles la bienvenida a todos ustedes a esta ceremonia en que se unen profesores y alumnos para conmemorar los 60 años de existencia de nuestra Escuela. La semana de nuestro patrono San Lucas representa no sólo una instancia de celebración, sino también un momento de reflexión y encuentro. De esta forma, esta ceremonia no ha nacido para ocupar un espacio más dentro de las actividades de esta semana, sino que ha tenido su origen en la valoración de la calidad humana de las personas que inte-

gran la Escuela de Medicina. Es así como nos hemos reunido para premiar al docente que en cada curso se ha distinguido por su constante entrega y dedicación, por su relación cercana y abierta, pero por sobre todo cada curso ha querido premiar al docente que para ellos representa un modelo que dejará por siempre su huella en su formación y en el desempeño futuro. También estamos aquí reunidos para reconocer a nuestros compañeros que con su ejemplo cada día nos enseñan a descubrir el valor de virtudes como la solidari-

dad, generosidad, afecto y compañerismo. Por último, esta ceremonia establece la ocasión para premiar y alentar a todas aquellas personas que con su creatividad dotan de belleza y sabiduría nuestro ambiente demasiado acostumbrado a la formalidad científica.

Quisiera aprovechar esta oportunidad para realizar una reflexión acerca de los desafíos que enfrenta una Escuela de Medicina, y particularmente la nuestra, en la época actual. En primer lugar, todos somos testigos del gigantesco avance tecnológico y de la información que ha experimentado la humanidad durante el último tiempo y es fácil descubrir que nuestra Escuela no permanece ajena a esta situación; sin embargo, los caminos de reestructuración no son tan fáciles de encontrar, tanto para el campo de la docencia como para el plano asistencial. Me referiré, especialmente, al aspecto de la docencia. En nuestro paso por esta Escuela hemos notado cómo la excesiva carga asistencial, la pesada tarea de la investigación y muchas otras actividades que realizan nuestros docentes van en desmedro de la dedicación a la labor de enseñanza. Resulta comprensible la falta de tiempo y el apuro, pero todo ello traduce una actitud de fondo que se refleja en nuestra formación. Y es así como nos encontramos con un mar de conocimientos que no sabemos encaminar, y que muchas veces memorizamos sin comprender cabalmente o sin descubrir el sentido que ellos poseen. Felicito los esfuerzos que se han efectuado para modificar el modelo de educación; algunos cursos se han reestructurado medularmente y han sido dirigidos hacia una enseñanza más personalizada y global. Es deseable que este espíritu de cambio se irradie para que alcance a toda nuestra formación y podamos ocupar un lugar privilegiado dentro de la Enseñanza Médica de nuestro país. Un segundo punto que deseo analizar brevemente es el hecho de pertenecer a una Escuela de Medicina de una Universidad Católica. Esta situación plantea, sin duda, un desafío importante, por cuanto debemos velar por que el avance científico no se contraponga con las enseñanzas de nuestra Iglesia, pero, sin duda, plantea también un desafío en el plano asistencial, en el

cual los servicios que prestan las dependencias de nuestra Escuela deben estar enmarcados dentro de una profunda vocación de respeto y servicio a la vida humana, sin hacer distinciones de ninguna especie, y este aspecto es particularmente complejo si se observa el criterio cada día más economicista que domina a nuestra sociedad.

En otro sentido, quisiera ahora referirme a una situación que me ha conmovido profundamente. Dentro de esta celebración existe una circunstancia dolorosa que no nos permite festejar todo lo alegremente que quisiéramos y que a mí personalmente me ha afectado intensamente, por cuanto tuve la oportunidad de conocer muy de cerca al Dr. Marinović y pude sentir su sencillez, su dedicación, en fin, su sabiduría de vida, y por ello me ha dolido mucho el accidente que sufrió su hijo. Ante esto creo que debemos reconocer nuestra debilidad y mirar al cielo para pedirle al Creador que nos ayude a soportar el sufrimiento y a comprender, para que nos sirva de guía en nuestro camino. Deseo sumarme a los ruegos por su pronta recuperación y mejoría.

Por último, quisiera felicitar a los participantes de los concursos literario, fotográfico y de gráfica, que con su trabajo llenan, aunque sea sólo por momentos, un espacio para nuestra formación integral.

Para despedirme quiero resaltar la figura de nuestro mejor compañero, que yendo contra la corriente, se preocupa de ayudar al que lo necesita, comparte su afecto y simpatía y nos muestra que siempre es posible ser estudiantes de Medicina sin dejar de ser personas, y este hecho, que parece tan simple, muchas veces lo vemos empañado por la competencia y el individualismo.

Finalmente, llamo a todos a participar de la alegría y espíritu de unidad de esta semana, a rejuvenecer los corazones para que nuestra Escuela en sus 60 años se muestre más vital que nunca.

Muchas gracias...

Santiago, jueves 18 de octubre de 1990.

Elección: Mejores docentes y alumnos San Lucas 1990

Docentes – San Lucas 1990

- I Año: Dr. *Humberto Guiraldes del Canto*
II Año: Dr. *Patricio Zapata Ormeño*
III Año: Dres. *Alejandro Fajuri Noemi*
Sergio González Bombardiere
IV Año: Dres. *Edgardo Cruz Mena*
Juan Fortune Haverveck
V, VI y
VII Año: Dr. *Ernesto Guiraldes Cameratti.*

Mejores compañeros – San Lucas 1990

- I Año: Srta. *Paula Burgos Cañete*
II Año: Sr. *Bruno Nervi Nattero*
III Año: Srta. *Elvira Rojas Riveros*
IV Año: Srta. *Tatiana Leal Ibarra*
V Año: Sr. *Mauricio Cuello Fredes*
VI Año: Sr. *José Andrés Poblete Lizana.*

A propósito del egreso de
la promoción médica 1991,
de la Escuela de Medicina
de la Pontificia Universidad
Católica de Chile



Médicos del siglo XXI

Dr. Patricio Zapata

Estudios médicos en la P.U.C. de Chile. Título de Médico Cirujano de la U. de Chile (1963). Estudios de posgrado de Neurofisiología en la P.U.C. de Chile y en el Departamento de Fisiología de la Universidad de Utah, USA. Profesor Auxiliar (1968) y Encargado del Curso de Fisiología General y Neurofisiología, en la Escuela de Medicina de la P.U.C. de Chile, desde 1971.

Este hombre representa un ejemplo del ser consecuente. En segundo año lo elegimos como nuestro mejor docente y su ejemplo ha perdurado a través de la carrera. Serio, en extremo, caballero y respetuoso de las opiniones de los demás, forma, junto a su esposa y colaboradora, Sra. Carolina, un modelo de unión y congruencia. En este sólido artículo nos entrega un estímulo a ser mejores en lo que él define como "los médicos del siglo XXI". Gran desafío nos plantea, escuchémosle...

Agradezco muy sinceramente la invitación a escribir estas líneas que me han formulado quienes fueron mis alumnos del curso de Fisiología General y Neurofisiología de 1985, que son hoy los internos del 79 año de la Escuela de Medicina y serán mis colegas a partir del próximo año. En esta perspectiva temporal no puedo dejar de pensar que a ustedes se refiere el título "Médicos para el Siglo XXI" del informe elaborado por la Asociación de Escuelas de Medicina Americanas.

Escribir, entonces, sobre lo que debieron ser los principios inspiradores en la educación universitaria de los médicos del futuro es un tremendo desafío que los profesores universitarios no nos planteamos conscientemente en el momento oportuno. Durante todos estos años nos hemos estado formulando preguntas de carácter retrospectivo. ¿Cuán buena fue la formación médica que recibimos de la Universidad y cómo podríamos remedar a nuestros maestros? ¿Cómo podríamos crear condiciones para

ofrecer a los alumnos aquello que nos habría gustado tener en nuestra educación universitaria, pero que no tuvimos? En el mejor de los casos, nos planteamos interrogantes referidas al presente. ¿Qué tipo de formación habría que ofrecer a una persona enfrentada al quehacer médico del día de hoy, un hoy diferente del ayer?

Una pregunta doble que he escuchado en más de una oportunidad, y siempre en todo lastimero, es la siguiente: "¿Cómo hago para mantenerme al día en mis conocimientos y cómo hago para transmitirle esos conocimientos a los alumnos?". Quisiera analizar por separado los dos componentes de la pregunta.

¿Cómo mantenemos al día en nuestros conocimientos frente al crecimiento explosivo de la información en todos los campos? Creo que la respuesta es simple y obligada: ¡No nos podemos mantener al día en todos nuestros conocimientos! Pero, para la aceptación de esta postura, necesitamos recurrir a una de nuestras virtudes más olvidadas: la humildad. Tenemos que aprender a vivir con las limitaciones de nuestra condición humana. Y, sin embargo, seguir enfrentando el presente y el futuro.

Ahora bien, frente a la pregunta ¿cómo transmitir nuestros conocimientos a nuestros alumnos? debiéramos nuevamente replantearla en una perspectiva temporal. La información que hoy poseemos es sólo parte de lo que aprendimos ayer, cuando éramos estudiantes de Medicina. Entonces, parte muy importante de la información que ustedes van a tener que manejar el día de mañana como médicos corresponde a lo que hoy ignoramos. Mal podemos enseñarlo. Más aún, debemos reconocer que muchas de nuestras interpretaciones actuales sobre los fenómenos que podemos observar, incluso algunas que nos parecen más sólidas y mejor sustentadas, van a ser descartadas, sea por nuevas observaciones que muestren su inconsistencia, por mediciones más acuciosas que muestren su insuficiencia como explicaciones —en último término—, por nuevas interpretaciones que parezcan más atractivas o novedosas.

Pero ¿podemos transmitir conocimientos? Pienso que el conocer es un acto y sólo puede ser acometido por el actor.

Sólo ustedes son capaces de adquirir sus propios conocimientos. Esperamos que hayan adquirido algunos mientras fueron alumnos universitarios y que los sigan adquiriendo mientras sean médicos. La participación nuestra como profesores universitarios en esta empresa de adquisición de conocimientos por los alumnos es secundaria. Sólo nos cabe ofrecer oportunidades para asistir a los alumnos en "su" aventura intelectual y estimularlos a plantearse más preguntas y a no darse por satisfechos con respuestas superficiales.

A modo de síntesis, los profesores universitarios no somos fuentes de información para los alumnos, ya que las hay mucho mejores, sino personas que debemos ayudar a otras más jóvenes a formarse para afrontar un futuro en parte desconocido.

Me atrevo a pensar que los buenos médicos de siglos pasados también lo serían en el presente y podrían serlo en el futuro. Pienso que los hombres más destacados en la historia de la medicina lo fueron, no por los conocimientos que tenían, sino por la valentía con que los cuestionaron, y la seriedad y perseverancia con que buscaron nuevas explicaciones y nuevos caminos.

¿En qué quedamos, entonces? La doble e inquietante pregunta que nos habíamos planteado se deshace. Nos preparábamos como Don Quijote a combatir contra molinos de viento. La mirada limpia de Sancho nos trae la cordura. Pero la profesión médica no es para sentarse a reposar, fijar la mirada en el vacío y dejar crecer la panza. El empuje de Don Quijote en cada uno de nosotros nos tienta a emprender aventuras ¿Dónde están, Sancho, los gigantes? ¿Dónde los entuertos por deshacer?... ¿Dónde las viudas y niños desvalidos por proteger? ¿Dónde las princesas por rescatar?

La aventura recién comienza, habéis cumplido los requisitos y habéis tenido éxito en las pruebas establecidas. Estáis a punto de ser armados caballeros, caballeros de una orden muy antigua, orden destinada no al prestigio, sino al servicio. Hay muchas refriegas por delante. Para mantenerse lanza en ristre es necesario estar profundamente enamorado de los quehaceres del caballero andante.

Igual que Don Quijote, hay que continuar nutriéndose de los libros y, a veces, hasta atreverse a escribir algunas páginas. Pero, a diferencia suya, no leer cuanto el azar pone en nuestras manos, sino seleccionarlo.

Tenemos que tomar decisiones y decisiones graves. Ellas nos afectan no sólo a nosotros, sino también a los que confían en nosotros. Decisiones serias y bien fundadas. Pero también decisiones en que nos podemos equivocar. Debemos tener el arrojo de actuar, aunque admitamos la posibilidad de cometer errores.

Seleccionar nuestra armas. Para Don

Quijote, lanza y adarga le eran suficientes. Antes que depender de instrumentos costosos y pesados, procuremos usar aquellos que natura nos dio: el cerebro y las manos. La agudeza mental y la habilidad quirúrgica (en su sentido genérico) son las únicas armas-instrumentos irremplazables.

También es necesario aprender a detenemos al final de cada jornada, para repasar lo hecho, lo mal hecho y lo que quedó por hacer. Y así poder reemprender la jornada del día siguiente con un horizonte más claro y nuevos bríos.

El método...

Dr. Claudio Canals

Estudios médicos en la P.U.C. de Chile. Título de Médico Cirujano de la Universidad de Chile (1977). Profesor Auxiliar de Medicina en la Unidad Docente Asociada a la Escuela de Medicina de la P.U.C. de Chile, Hospital "Dr. Sótero del Río". Su gran calidad docente es reconocida sistemáticamente por los alumnos de Medicina.

El maestro, como todos sus alumnos lo conocen, ha resultado una vez más elegido como nuestro mejor docente, junto con el Dr. Court. Este título lo otorga cada promoción a aquel profesor que cumple una serie de requisitos; entre ellos se cuenta el justo equilibrio entre la exigencia académica, el contacto humano y la erudición. El maestro, a pesar de su evidente juventud, ocultada a veces por una barba espesa, es el pilar principal de la docencia de la medicina en el Hospital Sótero del Río. Lo que más le agradecemos los que hemos sido sus alumnos es la enseñanza de un método para enfrentar los problemas clínicos del paciente, que él define como "medicina por problemas".

Quisiera despedirme de ustedes con algunas reflexiones que se desprenden de la acción clínica respecto de la metodología del diagnóstico.

Para ello los invito a descomponer el proceso diagnóstico. Este se inicia con un fenómeno que es percibido como elemento perturbador del bienestar personal de un sujeto. Esta percepción no se queda como tal, sino que es automáticamente explicada por el afectado, de manera tal que la información que llega al médico se ve modificada por la dicha explicación.

Ejemplos de este proceso hay varios, como la explicación de un dolor, de las alteraciones del hábito intestinal, del malestar general, etc.

En suma, se funde el fenómeno percibido con la explicación que se da de éste.

Este proceso sigue con el observador (médico), quien percibe el fenómeno relatado por el enfermo y lo somete a una segunda explicación de manera que el fenómeno inicial es doblemente explicado primero por el enfermo modificándolo y luego por el médico, lo que nos

permite entender el porqué los datos obtenidos por la anamnesis son continuamente relativizados o considerados blandos. Humberto Maturana nos diría que debemos hacernos cargo de la biología del observador, este último no es imparcial ni lejano al fenómeno percibido sino que participa de él, modificándolo.

Los datos obtenidos del examen físico tienen una ventaja sobre los de la anamnesis ya que sólo son explicados por el médico, están sometidos a una barrera explicativa, son considerados más duros. ¿Quién dudaría de una esplenomegalia gigante o de un paquete ganglionar?

Por esta consideración es que en la enseñanza de la semiología erróneamente el acento se pone en los datos obtenidos del examen físico y no en los de la anamnesis.

Ahora bien, el conjunto de datos obtenidos por la anamnesis y examen físico nos hacen pensar en una hipótesis diagnóstica o teoría explicativa, la que nace de nuestra experiencia (repetición de casos de los que tenemos experiencia), lo que nos lleva de plano al problema de la inducción.

Este problema es muy antiguo y fue enunciado con claridad por Hume, filósofo racionalista que terminó convertido en un escéptico.

La formulación fue: ¿Cómo se justifica que partiendo de casos reiterados, de los que tenemos experiencia, lleguemos mediante el razonamiento a otros casos de los que no tenemos experiencia?

Para Hume no existe tal justificación y centra el problema en la costumbre o hábito, ya que estaríamos condicionados por las repeticiones; sin embargo, ellas no tienen valor argumental, a pesar de que dominan nuestra vida cognitiva. El tener experiencia sobre casos anteriores no nos permite predecir el comportamiento de nuevos casos, pensar que sí es fe irracional. En esos términos cada nuevo caso pasa a ser novedoso y singular.

Este razonamiento lo llevó al escepticismo.

Russell dice de él: "La filosofía de Hume representa la bancarrota de la racionalidad del siglo XVIII, por eso es importante averiguar si existe una respuesta a Hume en el seno de una filosofía total o

fundamentalmente empirista. En caso contrario no hay diferencias entre razón y locura. El lunático que cree ser un huevo escalfado debe ser condenado únicamente porque está en minoría".

Debemos recordar que gran parte de nuestra literatura imparte conocimientos por inducción, nos habla de número de casos y su comportamiento prospectivo, de éstos sacamos experiencia que aplicamos a un caso singular. ¿Fe irracional?

Veamos ahora el tratamiento que hace de este problema Karl Popper, filósofo contemporáneo de gran influencia en occidente.

La pregunta: ¿Se puede justificar la pretensión de que una teoría explicativa (hipótesis diagnóstica) sea verdadera mediante razones empíricas (casos de los que tenemos experiencia)?

Responde: No, no podemos, ningún conjunto de razones empíricas podrá justificar la pretensión de que una teoría explicativa sea verdadera. Nuestro próximo caso será siempre nuevo, así como su comportamiento.

Sin embargo, la respuesta cambia frente a una generalización de la pregunta: ¿Se puede justificar la pretensión de que una teoría explicativa (hipótesis diagnóstica) sea verdadera o falsa mediante razones empíricas (casos de los que tenemos experiencia)?

La introducción del contenido de falsedad cambia la respuesta. Sólo podemos, basándonos en razones empíricas, justificar la pretensión de que una teoría explicativa (hipótesis diagnóstica) sea falsa. Podemos medir sólo su contenido de falsedad.

La solución al problema de la inducción propuesta por Popper es particularmente interesante para la actividad clínica ya que siempre estamos en el dilema de elegir una teoría explicativa (hipótesis diagnóstica) como mejor que otras.

Frente a este síndrome febril la teoría explicativa más adecuada es ¿tifoidea?, ¿endocarditis bacteriana?, ¿tuberculosis?, ¿cómo preferimos a una sobre otras en lo que respecta a su contenido de verdad o falsedad justificándola mediante razones empíricas?

Siguiendo a Popper deberemos elegir a aquella que tenga el menor contenido de falsedad y para ello debemos contrastar-

las. Debemos someter a nuestra hipótesis diagnóstica a stress buscando aquella condición, la que si no es cumplida obligará a desechar nuestra teoría explicativa por falsa.

Esta metodología nos ofrece un camino directo al diagnóstico sin rodeos marginales y obliga a una conducta activa ya que una vez identificados los problemas en forma cartesiana deberemos elaborar hipótesis ajustadas al problema que posteriormente serán contrastadas.

Frente a un dolor epigástrico (problema) que sospechamos de origen ulceroso (teoría explicativa), ¿habrá mejor enunciado contrastador que un estudio endoscópico alto? Entre los enunciados contrastadores deberemos elegir aquel que con mayor propiedad mida el contenido de falsedad de nuestra teoría explicativa.

Finalmente les dejo un mensaje que no es mío sino del Dr. Jorge Valdebenito Vatsky quien está encadenado a una silla de ruedas por una esclerosis lateral amiotrófica. Sólo mueve el dedo índice de su mano, con el que escribió estas palabras.

*"Gracias a Dios que me ha tendido la mano
mejor dicho un dedo
como el fresco de la Creación de
[Miguel Angel.*

*Cuando queda nada, poco es mucho
ese dedo es dedo, es mano gigante
es lengua, es lenguaje
es una ventana al mundo
es vida humana.*

*Gracias a la vida como cantara Violeta
antes de quitársela
porque se la ama cuando ya no queda
o se cree que ya no vale.*

*Prisionera de su propio cuerpo
inmóvil hasta el mínimo movimiento
la mente se libera o se enajena.*

*En un mundo que no se puede tomar
o degustar
se pierde el sentido de posesión
casi frívolo
que nos enseña el mundo
[contemporáneo."*

Y no está en los libros...

Dr. Jaime Court

Estudios médicos en la P.U.C. de Chile. Título de Médico Cirujano de la U. de Chile (1962). Estudios de posgrado en la E. de Medicina de la P.U.C. de Chile y en la Universidad de Harvard (USA). Profesor Titular de Neurología en la P.U.C. de Chile (1978). En 1969 recibió el Premio Anual de Investigación Clínica de la Sociedad Médica de Santiago.

Delgado, rápido en el andar, sabio, humilde, de conceptos claros y precisos: estas son algunas de las características de este gran profesor de Neurología. Por estas y otras cualidades personales, comparte el premio de mejor docente de nuestra carrera con el Dr. Canals. No nos fue difícil pedirle una colaboración para nuestra revista, aceptó gustoso a ello y aquí nos presenta esta pequeña joya clínica, que como él mismo dice, "no está en los libros". Podrá, con gran acierto, formar parte de la primera página de un libro de Medicina. Escuchemos con atención al maestro...

El avance tecnológico ha facilitado considerablemente la precisión diagnóstica y la eficacia de los tratamientos en uso. En cierto sentido, la habilidad natural que requiere el ejercicio de la Medicina, hoy en día, es menor que hace algunos decenios. Se ha tendido a uniformar el rendimiento de los médicos. Sin embargo, hay aspectos de la clínica que no pueden ser suplidos por la tecnología y que se mantienen invariables a través de los años. Más aún, parecen haber acentuado su significación. En este sentido cree-

mos importante referirnos a una habilidad que debe cultivar el médico: la comunicación con el paciente. Profesionales, técnicamente muy bien preparados, son eludidos como clínicos por carecer de esto. Poco se ha insistido en la necesidad de explicar al enfermo en forma sencilla, pero precisa, la naturaleza de su afección, la justificación y desarrollo de sus exámenes complementarios solicitados, la racionalidad de la terapia indicada. A la persona hay que ayudarla en sus determinaciones y no suplantarla. Muchas

veces ese ambiente de misterio con que rodea el médico sus decisiones aumentan las angustias del paciente. La necesidad, justificada en muchos casos, de ocultar total o parcialmente un pronóstico, no debe inevitablemente extenderse a todas las etapas de la acción clínica.

El médico no siempre toma conciencia de cuán importante es justificar la solicitud de exámenes complementarios, a veces dolorosos y de alto costo. Más aún si éstos no siempre conducen a establecer el origen del mal. El paciente puede no haber comprendido que aún así cumplieron su propósito al permitir eliminar alternativas diagnósticas.

En ocasiones espera asustado el momento en que se aproximará a una máquina, que imagina incierta y peligrosa, pues no se le ha orientado sobre el procedimiento a que será sometido. Unos pocos

minutos de conversación le habrían evitado horas, quizás noches, de preocupación y de falsas suposiciones.

Lo mismo sucede con la terapia. A veces demora varias semanas en percibirse sus beneficios, lo cual, si no les es explicado, lleva a un anticipado abandono del tratamiento. En otras ocasiones espera de éste una eficacia mayor a la posible, frustrándose injustificadamente.

En la anamnesis se obtienen los datos que orientan al médico. Debería existir una contraanamnesis, tanto o más extensa que la primera, en que el enfermo obtenga la información que disipe su incertidumbre.

Un paciente informado es un paciente agradecido. Más aún, es un aliado del médico en la búsqueda del diagnóstico, en la fidelidad al tratamiento e incluso en la comprensión frente al error.

El Interno de Medicina

Dr. Ernesto Guiraldes

*Estudios médicos y título de Médico Cirujano en la Universidad de Chile (1968).
Estudios de posgrado en las Universidades de Londres (Inglaterra) y de Toronto (Canadá).
Investigador en Gastroenterología pediátrica.
Profesor Adjunto de Pediatría en la Universidad de Chile y en la P.U.C. de Chile.*

Gastroenterólogo de niños, de extraordinario sentido del humor y gran afabilidad, se ha convertido, en el corto período que lleva como jefe del curso de pediatría y docente a tiempo completo, en un elemento que los alumnos de pregrado identifican con gran aprecio, llevándolo a ser elegido en el último San Lucas como el mejor docente de 5º, 6º y 7º año. Su agudeza mental y su sutil humor, unido a una pluma fácil, lo hace presentarnos aquí su personal visión del interno de medicina, aquel mítico personaje que el resto de la escuela apenas conoce.

"Are interns people?"

(grafitti leído en una cartelera de un hospital de Norteamérica y escrito probablemente por un interno, frustrado)

"¿Los actores son ganado?"

(Alfred Hitchcock)

En los escasos momentos en que el interno de Medicina puede detenerse a reflexionar sobre su destino profesional y hacia dónde lo va llevando esta vertiginosa curva final de su carrera, la frustración, entre otros sentimientos, aflorará fácil. Mensajero, ujier, correveidile, "goma", esclavo, etc. ¿Para qué seguir sobre la variedad de sinónimos que definen esta sensación de no ser sino el pivote utilitario de un heterogéneo grupo de trabajo, en que todos los demás componentes han definido tan bien sus papeles

con anterioridad? Con alguna dificultad el interno se va adaptando a la idea de que ésta es tal vez una de las formas más prosaicas y valiosas en su adquisición y entrega de eso que lisa y llanamente se llama "el espíritu de servicio". Sin estas pesadas etapas y otras más duras por venir, la formación profesional correría el riesgo de convertirse en un acuario para peces dorados. Así se va templando el futuro médico mientras prepara su bagaje de actitudes y habilidades, de conocimientos y pinceladas de sabiduría, todo ello

apuntalado por un soporte ético de particular robustez.

Para algunos, a esta altura de la carrera, se agregan también las obligaciones de formar una familia y criarla. A los desvelos de los turnos y jornadas de estudio se suman los llantos de la criatura y las responsabilidades de todo orden, como cónyuge y progenitor. Los embarazos obligan a veces a la congelación de cursos, pero ¡que carga tan bien soportada! Es la destilación del aguante de la estudiante joven, y una escuela para foguearse como pocas.

Como un animal vivo, el grupo de internado se mueve, respira, bufa y se desespera. La identificación de intereses y de perfiles de personalidad ha llevado a uno de los fenómenos más característicos del final de los estudios. Los grupos ya se han ido insinuando desde mucho antes, pero sólo se han oficializado en este momento de la carrera. Y como las motivaciones vocacionales tienen mucho que ver con las personalidades que hay detrás, no es raro que estos grupos representen el embrión de los futuros caminos de especialización.

Así, hay grupos predominantemente internistas, en que algunos pediatras infiltrados han comenzado también a definirse con fuerza. En otros casos, el grupo es la prolongación de la patota (exclusivamente masculina) que ya había sacado patente de curso en los lejanos tiempos de la educación media y la había renovado en los primeros cursos de la escuela. Estos grupos no aceptan mujeres. ¿Es acaso por la crudeza de sus ritos de iniciación o solamente por un cierto grado de temor y falta de confianza? Los futuros traumatólogos, urólogos y más de algún ginecólogo y cirujano campean en estas fraternidades. Al otro extremo se encuentran los grupos predominantemente femeninos. Algunos de ellos representan el refugio por excelencia de las alumnas de menor estatura. Más que grupos, estas últimas forman colonias e inclusive sincicios. Solidarias y fraternales, se apoyan hombro con hombro, y remontan en varios pisos sus dimensiones antropométricas. Antes han compartido cuadernos (modelos de pulcritud y de cantidad de información), desvelos, secretos y más de algún pololo. En el futuro compartirán especialidad,

entusiasmo y lugar de trabajo, migrando a veces en bandada a los mismos sitios y demostrando hasta el cansancio su creatividad y vocación de servicio.

Hay grupos que se forman "por omisión". Son como los equipos llamados "Resto del Mundo". Allí se juntan, como retazos, algunos personajes individualistas y no muy conformes con el estado de cosas (con cualquier estado de cosas). Futuros psiquiatras y más de un protosalubrista se reúnen aquí temporalmente, por exigencias reglamentarias. Si en el curso hay algún excéntrico (raro espécimen en la carrera de Medicina) también busca asilo bajo este toldo. Lo hace sólo por obligación y sin ningún entusiasmo en llegar a formar parte de una caterva. Los integrantes de estos grupos suelen ser muy respetuosos de las fronteras individuales, ya que entre las muchas obligaciones que los definen, a menudo está la de proveer el pan para el hogar.

"Se propone... contribuir a la formación de médicos no diferenciados, de excelencia..."

(De un programa de un curso clínico de la carrera de Medicina.)

Poco a poco la diaria labor se hace más fructífera e interesante. El trato con los docentes cambia. En lugar del profesor de los cursos previos, generalmente percibido por el alumno como un adusto examinador que parecía estar escrutando —y evaluando— cada frase, cada actitud, cada acción y omisión, el docente del internado comienza a transformarse poco a poco en un colega de más experiencia, y el interno, en un aprendiz. Los conocimientos y destrezas, así como esos particulares secretos del oficio, se van traspasando con largueza a quienes muestran genuino interés. El trato cambia, igualmente. Se hace más fluido y personal. El tuteo va tomando cuerpo en forma espontánea y casi inconsciente. Aún perdurarán, en ambas partes, algunos de los traumas y actitudes reflejas del evaluador y del evaluado, que de alguna manera son motivo a veces de suspicacia, pero ya se ha dado un gran paso adelante, y la confianza en sí mismo, y la pérdida de la ancestral desconfianza en la contraparte académica han ganado la partida. Ahora

ya se es capaz de hacer cosas que ni se soñaban. La falta de sueño, la fatiga e inclusive algunas magulladuras en el ego son exhibidas con orgullo, como cicatrices de guerra.

"Mis vacaciones entre 5º y 6º fueron estupendas".

(Testimonio de una interna de 6º año, 1990.)

Las últimas verdaderas vacaciones: aquellas entre 5º y 6º año son enormemente disfrutadas. Y súbitamente se acaban y el alumno de Medicina despierta convertido en un interno. ¡Y que gran cambio esto implica! Los conocimientos, como tales, no parecen haber aumentado. Pudieran estar, inclusive, en proceso de lenta evaporación. Pero sobre los hombros del interno se deposita una nueva responsabilidad: la de ser artífice de su propia formación.

La acumulación y declamación de información científica —a veces teñida de cierta actitud pedantesca en el alumno que fue— va dando paso ahora a la maduración gradual del acervo de los conocimientos, más pragmático que especulativo, más orientado al ser humano que al cuaderno de notas. Hay tal vez menos datos puramente teóricos y más orientación práctica, con el peligro indudable de que esto pueda derivar a su extremo más simplista: la acumulación de listas de normas (¿dogmas?) y de libretas con los equivalentes médicos de las recetas de cocina. El aprendizaje "por inculcación", como lo ha definido un destacado docente de esta casa de estudios, va virando poco a poco hacia la orientación por problemas. Y estos problemas son los inherentes al ser humano. Se aprende así que el paciente no es sólo un compendio de entidades clínicas.

Progresivamente se va acentuando la eficiencia, y la competitividad se va

haciendo más abierta y dirigida. Este último fenómeno va atenuado, sin embargo, con palpables dosis de generosidad, innata al estudiante. Ya habrá tiempo para irle dejando de lado —imperceptiblemente— en los años venideros. ¡O quizás no, Dios mediante!

"La vida de nuestra Escuela de Medicina se nutre y enriquece por la mutua influencia de docentes y alumnos, en que todos aportan sus talentos. Como consecuencia de ese fecundo intercambio y el trabajo personal arduo de estos años, los internos que egresan están capacitados para ejercer su profesión honrada y cabalmente. Les deseo pleno éxito en su vida futura."

(Dr. Ignacio Duarte, Anuario '89. Promoción 1989, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.)

De la noche a la mañana, un diploma marca el paso de la meta, la culminación de todos esos esfuerzos de siete largos años (como mínimo). Para la mayoría, la incertidumbre es grande, los sentimientos oscilan entre la agonía y el éxtasis. Entre convertirse en la Gran-Esperanza-De-La-Patria o en el más promisorio desempleado de la familia. Para consuelo de los dubitativos, casi siempre la carga se arregla en el camino.

La Madre-Escuela continuará amamantando a no pocos y otros trasladarán el grupo de internado entero a provincia. Otras rutas se hacen individuales. Hay grupos que se atomizan. Algunos de sus integrantes mantendrán contactos sociales ocasionales; sus caminos se cruzarán y entrecruzarán varias veces. Otros respetarán la definición geométrica de las líneas paralelas.

Consejos antes de partir

Dr. Lorenzo Cubillos Osorio

Queridos jóvenes:

Al egresar de esta Escuela de Medicina y enfrentar una nueva etapa de vuestra vida, deseo hablaros como docente, si ustedes quieren como padre espiritual, como colega, como amigo. No deseo tocar temas técnicos ni científicos puros, en los cuales se ha insistido bastante durante siete años, más bien deseo resaltar la faceta humanística cristiana de nuestra profesión. Os entrego, en forma especial, algunos pensamientos, consejos y reflexio-

nes que brotan desde la profundidad de mi alma.

- * La vida es muy corta: es un abrir y cerrar de ojos; por lo tanto, vale la pena vivirla intensamente y darle la mayor trascendencia posible. Por lo tanto, aprovechemos bien nuestro tiempo, afrontemos nuestras tareas con inteligencia, prospección, reflexión, orden, dignidad y empuje.
- * Los que tenemos el privilegio de la fe cristiana, demos humildemente gracias

- a Dios por este maravilloso don. Fortalezcamos nuestra fe en la oración y aprovechando al máximo la vida sacramental. Tratemos de ser fuertes en el espíritu e irradiemos la luz de la fe en todos nuestros actos y en el medio ambiente que el Señor nos ha destinado. Procuremos entusiasmar a todos los que nos rodean y que no la poseen, la inquietud de recibir de Dios el extraordinario privilegio de la fe.
- * Busquemos en primer lugar y especialmente el Reino de Dios y su Justicia, convencidos absolutamente de que todo lo demás se nos dará por añadidura.
 - * Como fieles discípulos de Cristo mostremos a todos que El es realmente Camino, Verdad y Vida.
 - * Cultivemos incansablemente las virtudes teologales: la Fe, la Esperanza y la Caridad, recordando, junto a San Pablo, que esta última es la Virtud Teologal por excelencia... Veinte siglos más tarde, S.S. Juan Pablo II nos repitió en Chile en un momento dramático e inolvidable: *"El amor es más fuerte"*.
 - * Busquemos la coherencia entre nuestro pensamiento, palabra y obra. Sólo esta unidad nos permitirá realizarnos como individuos más plenos, más libres y más felices.
 - * Nunca desmayemos ante las dificultades. Tengamos fe ciega en la Providencia Divina. Cuando estemos desorientados, recordemos la *Letrilla de Santa Teresa de Avila*:
*"Nada te turbe, nada te espante,
 todo se pasa,
 Dios no se muda,
 la paciencia todo lo alcanza,
 Quien a Dios tiene, nada le falta.
 Sólo Dios basta"*.
 - * Practiquemos la humildad en todas nuestras acciones, recordando que Cristo, siendo el hijo de Dios, nació humildemente en un pesebre.
 - * Cultivemos siempre la gratitud, virtud propia de todo corazón bien puesto.
 - * Seamos fieles a nuestros principios hasta el fin de nuestra existencia. Lo que vale en definitiva es la perseverancia final.
 - * Tratemos de reconocer a Cristo en todos y cada uno de nuestros prójimos, especialmente en los enfermos y en los más necesitados.
 - * Busquemos con ahínco la *verdad*, en el pensamiento científico; la *belleza*, en el sentimiento estético, y la *bondad*, en el sentimiento ético. Todas ellas son manifestaciones de *Dios*, que es la máxima Verdad, Belleza y Bondad.
 - * Busquemos también la perfección, a través de una auténtica vida cristiana. Así encontraremos a Dios en plenitud, El es la Perfección Máxima.
 - * Siempre seamos honorables. Respetemos y cumplamos la palabra empeñada, aunque nos cueste sacrificio.
 - * No claudiquemos, ni adoptemos una actitud acomodaticia, en el inquietante momento histórico que vive la Humanidad, invadida por el materialismo, el egoísmo, la ignorancia o el desprecio de los valores éticos y el atropello de la dignidad humana. Callar o dejarse arrastrar por la corriente sólo conduce a nuestra perdición. Luchemos con idealismo, con valentía, sin temor al "que dirán".
 - * Respetemos la dignidad del hombre, hecho a imagen y semejanza de Dios, especialmente en los más débiles. Cultivemos la pureza y rechacemos sin vacilar el erotismo y la sensualidad, que infiltran todos los medios de comunicación del mundo moderno, pisoteando la dignidad del sexo, especialmente de la mujer. A ellas las transforman en instrumento de placer, incitando a la concupiscencia y a la exaltación de bajas pasiones. Recordemos que las mujeres tienen un fin más noble: son nuestras madres, esposas e hijas y su dignidad está representada por la madre de Dios, la Santísima Virgen María.

* El médico, más que nadie, por su profesión, con frecuencia está expuesto a la tentación y al agujón de la carne. Sólo el santo temor de Dios y una sólida vida interior cristiana pueden garantizar la pureza y la dignidad de su acción profesional.

* Dignifiquemos nuestra vida médica, entregando con generosidad lo mejor de nuestros conocimientos y habilidades al servicio de los enfermos. Recordemos la enorme responsabilidad que tenemos ante la confianza con que nos honran los que sufren; como mínima reciprocidad, debemos jugarlos cabalmente por ellos y no defraudarlos jamás. Tengamos la suficiente autocrítica para saber hasta donde puede llegar nuestra acción individual y cuando enfrentemos problemas complejos o que sobrepasen nuestra competencia, sepamos vencer nuestro orgullo y consultemos o derivemos los pacientes a colegas con mayor experiencia. No olvidemos que no estamos obligados a saberlo o a hacerlo todo: lo que debe primar es el bien y la seguridad del enfermo.

Queridos jóvenes, estoy seguro de que estáis compenetrados de estas verdades; sin embargo, nunca está demás recordarlas. Les he abierto mi corazón, porque sólo anhelo el bien de ustedes, deseo que triunfen en la vida terrenal y eterna, y espero que, junto con ser médicos de excelencia, siembren la semilla de la palabra de Dios, doquiera ustedes vayan.

Al final, deseo que aunemos nuestras voces del espíritu y que juntos invoquemos al Cielo, rezando la hermosa plegaria de *San Francisco de Asís*:

*"Señor, haz de mí un instrumento
de Tu paz...
Que donde haya odio,
ponga yo el amor,
Que donde haya ofensa,
ponga yo el perdón,
Que donde haya discordia,
ponga yo la unión,
Que donde haya error,
ponga yo la verdad,
Que donde haya desesperación,
ponga yo la esperanza,
Que donde haya tinieblas,
ponga yo Tu luz,
Que donde haya tristeza,
ponga yo alegría."*

*"¡Oh, Maestro!, que yo no busque tanto
Ser consolado, como consolar,
Ser comprendido, como comprender,
Ser amado, como amar."*

*Porque dando, se recibe
Olvidando, se encuentra,
Perdonando, se es perdonado,
Muriendo, se resucita a la Vida eterna."*

Reciban un abrazo de un amigo del alma y de siempre.

Santiago, 8 de diciembre de 1990.
Día de la Inmaculada Concepción de la Santísima Virgen María.

Ceremonia de entrega de títulos

24 de Enero de 1991



Discurso del Decano de la Facultad de Medicina

Dr. Ricardo Ferretti D.

*Estudios médicos en la P.U.C. de Chile.
Título de Médico Cirujano de la U. de Chile (1955).
Estudios de posgrado sobre Enfermedades Respiratorias
en la Cátedra de Medicina Interna del
Profesor Carlos Jiménez Díaz,
Madrid, y de Fisiología Respiratoria, en la U. de
Columbia, New York, USA.
Profesor Titular de Medicina de la P.U.C. de Chile,
Jefe del Departamento de Enfermedades
Respiratorias (1976-1983), Decano de la Facultad
de Medicina de la P.U.C. de Chile (1985-1991)
y Presidente de la ASOFAMECH (1987-1991).*



Dr. Ricardo Ferretti entrega diploma.

Hoy reciben su título de Médico-Cirujano, en un momento particularmente importante. La Iglesia se dispone a iniciar el Tercer Milenio Cristiano y América Latina se prepara a conmemorar el Quinto Centenario de la Evangelización del Nuevo Mundo. Son, por lo tanto, los llamados a ser los evangelizadores de una nueva etapa de esperanza para la Iglesia, la Medicina y el Mundo.

Han conquistado sus títulos de Médico-Cirujanos y especialistas y el grado académico de magister, con verdadera vocación

y cariño, pero también con mucho esfuerzo y aun con sacrificios, movidos por un espíritu de servicio a sus semejantes.

Si bien, para alcanzar esta difícil meta, han puesto lo mejor de ustedes mismos, no podemos dejar de mencionar el importante apoyo que les ha brindado su familia a lo largo de estos años, muchas veces sin siquiera hacerlo notar.

A su vez, la Facultad comparte la intensa felicidad de su ingreso oficial y definitivo a la Medicina, una de las actividades

más nobles que ha creado el hombre para el servicio del hombre.

La presencia de ustedes en nuestras aulas ha constituido un poderoso estímulo para nuestra labor docente, enriqueciéndola con nuevas ideas y perspectivas, en la diaria convivencia de profesores y estudiantes.

La Universidad, en esta solemne ceremonia, siente el legítimo orgullo de haber cumplido una vez más la concreción de uno de sus objetivos principales y más queridos, al formar médicos no sólo de ciencia, sino también de conciencia.

Queridos jóvenes, el tiempo que nos toca vivir tiene rasgos que lo diferencian en mucho de otros períodos de la humanidad. La dimensión universal de los problemas; la integración e interdependencia de los países; la vinculación del desarrollo con el progreso científico y tecnológico, entre otros, han configurado un aspecto diferente a la historia del hombre. Sin embargo, lo más destacable de estos cambios radica en el propio conocimiento y sus posibles usos o aplicaciones a realidades muy diversas.

La Universidad es el lugar del conocimiento. Las dificultades originadas por el avance del saber y por las consecuencias de su utilización son situaciones que la Universidad debe asumir por difíciles que sean. Es un desafío que no se puede eludir y que obliga a la reflexión ética del conocimiento en el hombre. Es este un deber propio de la función universitaria, que adquiere especial sentido e importancia cuando la Universidad es una institución de Iglesia, que debe reflexionar, tanto a la luz de la razón como de la fe.

Si queremos formar hombres y mujeres capaces de enfrentar de un modo nuevo y creativo los desafíos impredecibles del Tercer Milenio, es necesario reflexionar sobre la educación que impartimos.

Esta educación, basada tanto en la información como en la sólida formación moral y humanística, prepara al hombre para competir con rigor científico y alcanzar una auténtica realización personal: lo orienta hacia el estudio y el razonamiento con una concepción integral del ser humano, una visión cristiana del hombre y con la capacidad necesaria para enfrentar difíciles decisiones.

Quisiera detenerme sobre la importancia de las decisiones en Medicina.

Cualesquiera sean los niveles de información disponibles y de los recursos terapéuticos a los cuales el médico tiene acceso, debe siempre decidir cuidadosamente, caso por caso, pues ningún paciente es igual a otro.

Muchas veces el médico se ve en la necesidad de tomar decisiones con cierto grado de incertidumbre. La mayor parte de las veces, cuando ustedes se desempeñan en la medicina práctica, tendrán que decidir en conciencia cuál es el mejor camino a seguir. Piensen siempre que cada paciente es una persona, con su propia realidad, con un grado propio de extensión y evolución de la enfermedad; además, nunca olviden su angustia, sus requerimientos, su cultura y su apreciación de los efectos secundarios aceptables. Todo ello debe tenerse en cuenta para la obtención de un tratamiento exitoso, a pesar de los numerosos factores aún poco conocidos y a veces hasta insospechados.

Queridos jóvenes, hasta ahora siempre han tenido algún nivel de respaldo al tomar decisiones. A partir de hoy, esta Escuela les entrega con confianza la responsabilidad de decidir, de acuerdo a los principios y valores enseñados por esta Universidad.

Retomando la idea inicial, quiero decirles que la medicina es un estilo de vida que nos marca desde el comienzo de nuestros estudios, y que se adquiere por la enseñanza y por el ejemplo de sus maestros. Para ello, es necesario vivir el presente, aceptar la vida con sus luces y sombras y aprender a desear lo realmente necesario. Vivir una vida verdadera, solidaria, que no engañe y que sea la realización de la propia verdad personal.

El hombre, al estar dotado de inteligencia y libertad, debe responder por sus actos. Es aquí donde se origina la reflexión moral: Si el uso óptimo de nuestra naturaleza depende de una decisión libre, ello supone, en primer lugar, saber cuál es ese uso. Ese es el tema de la ciencia moral o ética, que se preocupa de mostrarnos algunos hitos en el camino de nuestra perfección. Si bien todos los hombres están dotados de las potencialidades propias de la naturaleza humana, no podemos desarrollarlas todas a la vez.

La tarea hay que enfrentarla entre varios, de manera que cada uno asuma una parte proporcionada de sus fuerzas y aptitudes y sea así el grupo humano el que realice la acción buscada.

El bien común es entonces una obra común, cuyo éxito supone un ejercicio creativo de la libertad de todos aquellos que componen la comunidad.

La libertad aparece así como la condición básica para alcanzar el bien común. Es un deber usar de ella, pero usarla bien.

La Medicina es una profesión de servicio y ustedes como profesionales se deben al logro del bien común, evitando que el sello personal que den a su vida sea distorsionado por situaciones circunstanciales en que sólo se valora lo más periférico de la vida humana.

Es lo que nos recuerda S.S. Juan Pablo II en su encíclica "*Sollicitudo rei socialis*":

"Hoy quizás más que antes los hombres se dan cuenta de tener un destino común que construir juntos, si se quiere evitar la catástrofe para todos. Desde el fondo de la angustia, del miedo, y de los fenómenos de evasión como la droga, típicos del mundo contemporáneo, emerge la idea de que el bien, al cual estamos llamados todos, y la felicidad a la que aspiramos, no se obtienen sin el esfuerzo y el empeño de todos sin excepción, con la consiguiente renuncia al propio egoísmo".

Les deseo el mayor éxito en la vida profesional que hoy inician y estoy seguro de que llevarán siempre con orgullo la indeleble impronta que confiere a sus discípulos la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Santiago, 24 de enero de 1991.

Discurso del mejor alumno de la promoción 1990

Dra. María Carolina Gandolfi

Nació en Santiago de Chile. Ex alumna del Colegio Teresiano – Colegio de Aplicación de la Universidad Católica de Río de Janeiro – (Brasil) y del Santiago College (Chile). Ingresó a la Escuela de Medicina de la P.U.C. de Chile en 1984 y egresó en 1990, como el mejor alumno de su promoción. Actualmente realiza una beca de posgrado en Pediatría, en la P.U.C. de Chile.



Quiero hablarles sobre una Parábola del Evangelio de San Lucas, médico y patrono de nuestra Escuela. Se trata de la Parábola de los Talentos. El relato versa sobre un hombre rico que antes de partir de viaje llamó a sus servidores, les entregó a cada uno un talento (es decir, una moneda de esa época) para que lo invirtieran. A su regreso llamó a sus hombres para que le rindiesen cuentas; el primero de ellos entregó 10 talentos en lugar de uno. Su amo, a cambio, entonces, le dio poder sobre 10 ciudades. El segun-

do servidor le rindió 5 talentos, y se le premió con poder sobre 5 ciudades. El tercer siervo, sin embargo, por temor a perder el talento y ser castigado, prefirió esconderlo, y pudo devolver solamente un talento. Su Señor, entonces, disgustado, le quitó la única moneda y ordenó se la diesen al que tenía 10.

Esta Parábola tiene hoy mucho que decirnos. Durante estos siete años hemos estado dedicados con toda nuestra energía a formarnos como médicos.

Protagonistas de esta historia por estos siete años, pero mucho tenemos que agradecer a quienes hicieron posible este momento: a Dios, en primer lugar. A nuestros padres, con su apoyo incondicional, su ejemplo de perseverancia y amor. A nuestros hermanos, familia, pololo, amigos, que nos comprendieron la prueba, el examen, el turno y el posturno.

A nuestros docentes y equipo de salud, que entregaron no sólo conocimientos y experiencia, sino que hicieron estos años de una grata convivencia.

Hemos recibido mucho de todos ellos.

Hemos entregado mucho también a la tarea de ser médicos.

Creo que al final de esta etapa, Dios nos entrega un talento, tal como en la Parábola. Nada menos que el talento para aliviar el sufrimiento de nuestro prójimo, consolar y, a veces, curar.

Es un gran don, y estamos orgullosos, a la vez agradecidos. Es indispensable que estemos también conscientes de las responsabilidades que esto conlleva.

Son inherentes a la Medicina enormes satisfacciones, a la par grandes exigencias, vigentes más que nunca en la época actual, y tendremos que rendir cuentas del talento recibido.

Me atrevo a decir que nuestra primera responsabilidad moral es ser competentes. Se nos confiará día a día un gran y delicado tesoro: la vida humana.

Esta tarea no es fácil, dado el avance vertiginoso de los conocimientos y nuevas técnicas en Medicina.

De este mismo desarrollo médico se desprende una segunda responsabilidad: nuestra formación bioética. No todo lo que el uso de la ciencia hace posible, necesariamente ha de ser bueno.

Nuestra tercera responsabilidad es punto cardinal de la profesión, a lo mejor su mayor riqueza: su dimensión humana.

El hombre que acude al médico no pocas veces se encuentra en una situación crítica de su vida, débil y abierto a recibir ayuda. El paciente enfrenta un sufrimiento físico o moral, o a veces la inminencia de la muerte.

¿Cómo dar consuelo a este paciente, sin compadecerse previamente o sin conocer el valor del sufrimiento?

¿Cómo podremos dar esperanza si creemos que la muerte es solamente el fracaso de los médicos, o, tal vez, una injusticia divina?

De estas reflexiones surge necesariamente una pregunta: ¿Estamos preparados para asumir estas responsabilidades?

Obviamente nuestra formación termina sólo con nuestra vida, y la preparación de pregrado ha puesto los cimientos.

Se nos ha brindado la excelencia científico-tecnológica, a la altura de los mejores centros. Quizás, por esto mismo, por nuestra sociedad actual que sobrevalora la tecnología y la ciencia en desmedro del hombre al que sirve, nuestra educación, aunque enmarcada en los principios cristianos de la Universidad, echa de menos espacio para la formación integral, amplia, universal, universitaria.

No se puede concebir al médico como un científico o un técnico. Lo es, en parte, pero es inherente a su labor el comprender cada uno de sus pacientes, sentirse a su lado, compadecerse de su dolor. Llegar al niño y al anciano.

Probablemente la sabiduría en esto, como en todo, esté en el justo equilibrio entre los dos aspectos: competencia y humanidad, ciencia y fe.

Quiero concluir que todos nosotros, alumnos, médicos recién egresados, alumnos de Medicina, docentes, autoridades de nuestra Escuela, tenemos responsabilidades en lograr el equilibrio y no perder de vista el para qué de nuestro estudio.

Se debe fomentar, paralelo a la disciplina de estudio, y a la formación científica, el desarrollo ético y espiritual, como el crear tiempos y el espacio para ello.

Teniendo claras las responsabilidades, y la voluntad para realizarlas, multiplicaremos nuestro talento, dondequiera nos toque ejercer nuestra profesión, ya sea un Hospital altamente especializado o en un Consultorio Rural.

Agradezco a Dios nuevamente y le ruego que nos dé fuerza en el camino que emprendemos hoy los nuevos médicos de la Universidad Católica.

Muchas gracias.

Vigésimo Aniversario de la creación de la Oficina de Educación Médica



"La Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina y la Asociación Chilena de Facultades de Medicina organizaron y desarrollaron conjuntamente el primer Taller sobre Medios Audiovisuales, el cual tuvo lugar en Santiago de Chile en la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica, entre el 05 y 07.12.1972."
Fotografía: Docentes del Taller sobre Medios Audiovisuales.

Palabras del Decano
de la Facultad de Medicina
Dr. Ricardo Ferretti D.

La Oficina de Educación Médica fue creada hace veinte años, el 5 de marzo de 1971, con el fin de desarrollar en forma cualitativa la docencia relacionada a los problemas pedagógicos que encierra una escuela de Medicina.

Su creación nació a proposición de la Secretaría de Docencia de ese entonces, a cargo del Dr. Alberto Galofré T., quien en un documento expresaba que su propósito era "Mejorar la enseñanza de la Medicina", aplicando principios y téc-

nicas propias de las disciplinas pedagógicas y de las ciencias del hombre.

Fue su primer director entre 1971 y 1973 poniendo en marcha varias de las iniciativas generadas en el Primer Seminario de Educación Médica de la Facultad de Medicina realizado en 1967.

Este seminario contó con la participación del profesor Omar Romo V., como representante de la Universidad de Chile, quien, posteriormente, se desempeñó en Comisión de Servicio en la Escuela de

Medicina, para luego ser incorporado a la planta como docente y nombrado Director Asociado de la Oficina de Educación Médica (OEM) en 1971. El profesor Romo ha estado a cargo de la labor técnico-pedagógica durante los últimos veinte años de esta oficina.

A partir de 1974 y hasta 1977 el Dr. Juan Ignacio Monge E. ocupó el cargo de Director de la OEM, quien orientó sus esfuerzos hacia la definición de una doctrina y principios propios de una Escuela de Medicina de una Universidad Católica. Por iniciativa de la OEM en un Seminario del Consejo de Docencia se logró la formulación de una "Declaración de principios de la Escuela de Medicina" que se editó en 1977.

En ese año asumió el cargo de Director el Dr. Lorenzo Cubillos O., permaneciendo en el mismo hasta 1983. Durante este período se continuaron las líneas de trabajo anteriores, poniéndose especial énfasis en el área de evaluación, especialmente en cirugía. Para ello se invitó al Dr. Terence Harris, de la Universidad de Londres, lo que contribuyó a dar mayor impulso a esta actividad.

En 1983, también gracias al esfuerzo del Dr. Cubillos se comenzó la publicación de la Revista "Educación Médica Universidad Católica", que ha aparecido anualmente hasta la fecha.

En 1983 el Director de la Escuela, Dr. José Manuel López, tomó a la OEM bajo su responsabilidad directa y en 1984 nombró al Dr. Edgardo Cruz Mena como director, quien dio todo su apoyo a las tareas que se estaban desarrollando.

La política básica de este período ha sido redefinir la labor de la OEM.

A través de lo anteriormente expuesto, se han destacado los aspectos en que cada uno de los directores médicos ha orientado los esfuerzos de la OEM estimulando no sólo las actividades que estaban en desarrollo, sino permitiendo todas aquellas otras que emergían de las necesidades, intereses y percepciones de todos los miembros de nuestra Escuela de Medicina.

La concepción curricular asumida por la Escuela se concreta de acuerdo a su "Declaración de principios" y a la realidad existente. Se valoran las experiencias signi-

ficativas del que aprende, tanto para su desarrollo como persona y como profesional, respondiendo así a las aspiraciones de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Para cumplir su labor con eficiencia, la OEM ha organizado toda su actividad en grandes áreas de las que surgen proyectos concretos.

Actualmente la OEM está desarrollando un proyecto a tres años, con financiamiento FONDECYT, que se denomina "Desarrollo de habilidades de comunicación en alumnos de Medicina mediante el uso de la microenseñanza".

En forma paralela se desarrolló un proyecto para elaborar programas computacionales para desarrollar diversos temas médicos con financiamiento del fondo de desarrollo de la docencia de la vicerrectoría académica.

La Educación Médica en nuestra Escuela se plantea de modo diferente. La OEM postula que "La formación de médicos es un proceso de interacción entre alumnos, docentes y comunidad, por el cual se transforma la personalidad de los estudiantes hasta que se conviertan en profesionales con alto sentido ético, capaces de promover, cuidar, tratar y rehabilitar la salud de sus semejantes. En este proceso se busca la personalización y humanización de todos los sujetos involucrados, con un sentido cristiano en cuanto a ideas, valores y actitudes.

La Educación Médica, al interior de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile, es un campo de acción profesional que tiene como función contribuir a facilitar el aprendizaje y la enseñanza en la "Formación de Médicos". Esto exige asesorar a la dirección, departamentos, unidades docentes asociadas y a docentes en todas y cada una de las áreas propias del curriculum a partir de la declaración de principios aplicando criterios técnico-pedagógicos. También implica orientar a los alumnos en su proceso de formación como personas y profesionales. De este modo, contribuyendo a resolver problemas allí donde su acción sea requerida, la Oficina de Educación Médica espera cumplir con su objetivo específico: El mejoramiento de la formación médica.

Nuevas tendencias en la Educación Médica

Dr. Eugenio Arteaga Urzúa

*Estudios médicos en la P.U.C. de Chile. Título de
Médico Cirujano en la U. de Chile (1975).
Beca de Medicina Interna en la P.U.C. de Chile
(1976-1979). Estudios de posgrado en Endocrinología,
en la Universidad de California (1982-1984).
Profesor Adjunto de Medicina Interna y Subdirector
de la Escuela de Medicina de la P.U.C. de Chile,
desde 1989.*

Es para mí muy grato poder participar en este minisimposio y sumarme a la celebración del Vigésimo Aniversario de la Oficina de Educación Médica, entidad que ha contribuido en forma significativa a la profesionalización de la Educación Médica en nuestra Escuela, a la formación y capacitación de nuestros docentes y a la programación y evaluación de los distintos cursos de la carrera y que ha prestado una asesoría muy valiosa a la Comisión de Análisis Curricular.

En esta conferencia intentaré dar una visión global de los cambios curriculares que hemos iniciado en nuestra Escuela y dar una visión sinóptica de las innovaciones curriculares que ha emprendido una de las escuelas norteamericanas pionera en este sentido, la Escuela de Medicina de Harvard. Nuestra experiencia respecto de Harvard es el resumen de al menos tres visitas que han realizado en distintas oportunidades académicas de esta Facultad y, en especial, se basa en el primer curso

internacional que ella ofreció en junio de 1991 y que intentó dar una visión global sobre su nuevo currículum.

Los avances de la medicina en estas últimas dos décadas han sido extraordinarios, lo cual nos ha obligado a replantear las temáticas que deben ser enseñadas a nivel de pregrado. Esto, sumado al avance vertiginoso en la informática y a las innovaciones curriculares que se han iniciado en otras universidades, especialmente norteamericanas, nos han motivado a reestudiar también nuestro currículum para adaptarlo a las necesidades actuales. La incorporación de nuevos conocimientos al currículum de Medicina necesariamente lleva implícito una reducción de otros, si no queremos extender la duración de la carrera. Pero no sólo se trata de cambios en contenidos, sino también en la forma que enseñamos la medicina, ya que la práctica de la misma se ha modificado intensamente. Baste mencionar la capacidad resolutoria que actualmente tenemos en la medicina ambulatoria o la inmensa cantidad de tecnología que ha modificado muchos de los enfrentamientos diagnósticos y terapéuticos.

CURRÍCULUM TRADICIONAL DE NUESTRA ESCUELA DE MEDICINA

Igual que las demás Escuelas de Medicina del país, nuestro currículum se ha caracterizado por ser de corte flexneriano. Es decir se ha organizado en cátedras, muchas de ellas independientes entre sí, y que en ocasiones compiten fuertemente por conseguir el interés y dedicación de los alumnos a sus asignaturas, creando un grado no deseable de presión sobre ellos, y determinando que en muchas ocasiones no se estudie por el interés de aprender, sino más bien por el miedo de reprobar.

Si este fuera el contexto ideal, deberíamos continuar asignando a la Dirección de la Escuela de Medicina una mera función de coordinación entre las diferentes cátedras, siendo estas últimas las responsables de decidir la profundidad de la materia, la amplitud de la misma y el sistema de enseñanza y evaluación. De

esta forma hemos asistido a una hipertrofia de algunos cursos, repetición de temáticas a lo largo de la carrera, y lo que es aún más indeseable, falencia de espacio curricular para incorporar los nuevos conocimientos que nos entrega en abundancia la ciencia año tras año. ¿Es aceptable que una buena Escuela de Medicina sea sólo una sumatoria de buenas iniciativas personales que se manifiestan a través de cátedras autónomas? Creemos que la respuesta es negativa.

Aún más, consideremos que parte importante de los tres primeros años de la carrera son de responsabilidad de otras Facultades como la de Ciencias Biológicas, Matemáticas, Física y Química, que dan cursos de Servicio para completar nuestro ciclo básico. No nos parecería aceptable que ellas decidieran por sí mismas, en respeto de la autonomía de cátedra, las materias que deben aprender los alumnos de Medicina. Afortunadamente, la experiencia nos ha señalado que la interacción frecuente y al más alto nivel con muchas de estas facultades nos ha permitido hacer correcciones significativas al currículum del ciclo básico.

Una muestra de lo que hemos obrado en contrario es nuestra experiencia con los cursos integrados de 3, 4 y 5 años, que han tenido un profesor jefe, directamente relacionado con la Dirección, que ha coordinado la docencia de esos cuatro semestres.

La incorporación de nuevos conocimientos, como la biología molecular o la enseñanza de la computación, o el modelo de medicina ambulatoria que debemos incorporar a nuestra carrera, ¿deben quedar supeditados a la iniciativa individual de las cátedras autónomas? Creemos que la respuesta es también negativa, y nos parece indudable que debe continuar existiendo un grupo de estudio del currículum, nuestra Comisión de Análisis Curricular, que tenga una visión de conjunto del mismo y que, inspirado en la declaración de principios de nuestra Escuela y teniendo presente la definición del tipo de médico que deseamos formar, analice los cursos y proponga los cambios que parecen necesarios introducir desde el punto de vista de esta macrovisión del currículum.

LA EXPERIENCIA DE NUESTRA COMISION DE ANALISIS CURRICULAR (CAC)

Nuestra CAC es un organismo que, aunque no existente en los estatutos de la Facultad, se ha constituido en una instancia de reflexión académica de gran nivel y que presta una asesoría valiosa a la Subdirección de la Escuela. Sería impensable que los cambios curriculares dependieran sólo de la iniciativa de los subdirectores, que rotan por períodos de tres a cuatro años, sin tener una instancia colegiada que transmita la tendencia de los cambios que han sido introducidos y la programación de los que se planean para el futuro.

En mi experiencia, la CAC ha significado una instancia de estabilidad en lo que a cambios de programación se refiere, y ha prestado una asesoría valiosa en el estudio e implementación de los cambios necesarios. Integrada por distintos académicos de la Escuela de Medicina (básicos, clínicos, investigadores, educadores médicos), nombrados por el señor Decano y presididos por el Subdirector de la Escuela de Medicina, se reúne quincenalmente para analizar todas las iniciativas programáticas que se generan dentro o fuera de su seno y para armonizar cualquier cambio con el resto de la carrera, teniendo presente la macrovisión curricular que ya mencioné.

Me parece fundamental que esta CAC continúe funcionando en el futuro, que se amplíe el número de sus miembros y que se eleve su condición a nivel estatutario. Respecto a su condición de comisión asesora, creo importante que continúe en tal condición, siendo el Consejo Interdepartamental, u otra eventual instancia académica que lo reemplace, el encargado de aprobar o rechazar las proposiciones efectuadas por la CAC.

LA EXPERIENCIA DE HARVARD

La experiencia de Harvard constituye uno de los intentos de modificación curricular más publicitado en el mundo de la medicina, pero no el primero. Ya había experiencias aún más radicales

como las iniciadas en las Universidades de McMaster y New Mexico.

Desde 1982 el Decano de la Escuela de Medicina de Harvard, Dr. Daniel Tosteson, estimuló a sus colegas a incursionar en una "nueva vía" para la educación médica. El objetivo era centrar más la enseñanza en el desarrollo de actitudes y habilidades, a expensas del tiempo dedicado a la adquisición pasiva de conocimientos. Asimismo, se planificó terminar con el sistema flexneriano de enseñanza por capítulos o cátedras independientes, reemplazándolo por un sistema de enseñanza basada en problemas. En otras palabras, los cursos teóricos se reducían, las clases magistrales disminuían, pero aumentaban los laboratorios, el tiempo para estudio personal, y las tutorías que desarrollaban casos clínicos de complejidad creciente, a la luz de los cuales se analizaban contenidos preestablecidos de química, bioquímica, anatomía, fisiología, etc., relacionados directamente al caso en estudio.

En 1985 ingresó el primer grupo experimental de veinticuatro alumnos, quienes desarrollaron esta vía paralela hasta graduarse en 1989. La experiencia fue tan bien recibida por los alumnos y profesores que dos años más tarde se generalizó el nuevo sistema a los ciento sesenta alumnos que ingresan cada año a Harvard y que se distribuyen en cuatro grupos de docencia, llamados sociedades. Así, en 1991 se asistió a la primera graduación de toda la promoción de la Escuela de Medicina de Harvard que utilizó el nuevo sistema.

Según su Decano, cuerpo académico y alumnos, este nuevo sistema ha mantenido la calidad de formación de los alumnos, medido esto último por un rendimiento similar en la prueba nacional norteamericana denominada "Board". Hubo áreas en las que sus claras ganancias fueron: mayor interés de los alumnos por su carrera, quienes se sienten corresponsables de su formación; menor cantidad de estrés y mayor interés de los profesores por participar en este nuevo sistema, lo cual es muy significativo si se considera que lo tradicional en ellos es una dedicación preferencial a la investigación, fuente importante de su sustento económico, de su prestigio profesional y de su promoción académica. Además, en el nuevo

currículum existe un aumento de los contenidos humanísticos y de las habilidades de manejo de información (computación). Otro aspecto que es difícil aún de evaluar, digno de ser considerado en el futuro, es que estos alumnos quedarán con toda probabilidad mejor preparados para enfrentar el desafío permanente de la vigencia profesional ante la aparición de nuevos conocimientos en la medicina y ciencias relacionadas. Esto se logra poniendo énfasis en el autoestudio y en la búsqueda de la verdad más que en la entrega pasiva de información, mucha de la cual estará obsoleta antes de que el alumno se reciba.

Sin embargo, existen aún algunas dudas respecto de esta "nueva vía". ¿Quedarán los alumnos suficientemente preparados en disciplinas como la bioquímica, biología molecular, microbiología, etc., que les permita el estudio personal y la profundización de tópicos relacionados a estas materias en el futuro? Esta y otras son las interrogantes que se despejarán en el futuro con las evaluaciones que están siendo efectuadas periódicamente.

¿QUE ES LA ENSEÑANZA BASADA EN PROBLEMAS?

Uno de los hechos centrales en la enseñanza de la medicina de Harvard es la que se ha llamado la enseñanza basada en problemas. Se trata fundamentalmente de casos clínicos preparados con gran profesionalismo y metódica docente por los profesores y educadores médicos. Su análisis global demora 4 ó 5 sesiones de dos horas e involucra gran cantidad de horas de estudio personal. La metódica involucra a un tutor que sólo cataliza la enseñanza y centra la discusión, pero que no es el responsable de aclarar todas las dudas ni de dirigir la tutoría. Siguiendo una pauta *ad hoc*, los alumnos deben recurrir a los libros básicos y clínicos para resolver aspectos bioquímicos, radiológicos, anatomopatológicos, terapéuticos, etc., relevantes al caso. La hipótesis del nuevo currículum de Harvard plantea que es más motivante estudiar el metabolismo intermediario de los glúcidos a raíz de un caso de diabetes mellitus descompensada, analizar los aspectos

anatomopatológicos del riñón diabético, o recordar la anatomía de la circulación aortoiliaca comprometida por una macroangiopatía, que estudiar cada uno de estos aspectos en forma separada en las cátedras tradicionales.

De la observación directa de las tutorías, puedo mencionar que es un modelo muy atractivo. Los alumnos se sienten responsables de su formación y están altamente motivados por el caso estudiado. Todos ellos se asignan tareas diarias para continuar el análisis del caso. Es interesante verificar que todos los alumnos contribuyen por igual, aportando ideas y conocimientos a la tutoría. Al decir de los docentes, los alumnos son el mejor estímulo para conseguir el autoestudio de sus compañeros, ya que del aporte de todos ellos depende la formación del grupo. Esta es una diferencia con la experiencia de nuestra Escuela, que debiera hacernos reflexionar sobre la metódica de enseñanza que utilizamos.

¿ES REPRODUCIBLE LA EXPERIENCIA DE HARVARD EN CHILE?

Es imposible prescindir de la experiencia de Harvard, de McMaster u otras al momento de analizar nuestro propio currículum. Son hitos de referencia muy valiosos, muchos de los cuales compartimos, pero con algunos de los cuales discrepamos abiertamente. No es esta la oportunidad para analizar detalladamente estos aspectos.

Sin embargo, debemos recordar que los alumnos de Harvard son seleccionados entre los mejores que han terminado el "college" norteamericano, que en general dura cuatro años. Son, por tanto, alumnos un promedio de edad de 4-6 años mayor que los nuestros. En segundo lugar, la inmensa inversión en infraestructura, material y personal docente que se requiere para que funcione un sistema de enseñanza basada en problemas, hace imposible su implementación, tal cual como fue diseñado en Harvard. Mencionemos que Harvard tiene más de dos mil miembros académicos que potencialmente pueden participar en estos programas. Además, la idiosincrasia de nuestros alumnos que llegan de la enseñanza secundaria, donde

aún prevalece el sistema de enseñanza pasiva, dista mucho del modelo implementado en Harvard. Finalmente, debemos mencionar que, en general, los alumnos de Harvard tienen como futuro inmediato un internado y una especialización posterior; de esta manera, las posibles falencias en la formación de pregrado pueden ser corregidas en el posgrado. En nuestro caso, en cambio, una parte importante de nuestros alumnos deben ejercer la medicina general una vez recibidos, por lo que nuestra obligación es velar por una formación adecuada y completa en el pregrado, que los capacite para asumir dicha función.

Todo esto nos lleva a pensar que el modelo de Harvard es imposible de ser reproducido en nuestra Escuela de Medicina en los tiempos actuales, pero hay algunos aspectos de su innovación curricular que están en la senda de lo obrado por la CAC y que pueden ser progresivamente incorporados a nuestra enseñanza en el futuro.

PERSPECTIVAS DE LOS CAMBIOS CURRICULARES EN NUESTRA ESCUELA

La experiencia que hemos tenido en los últimos tres años con la CAC ha sido a mi juicio muy valiosa. Se ha revisado sistemáticamente la mayoría de los cuarenta y siete cursos que componen esta carrera. Producto de esto, se han implementado cambios en los cuatro internados, estudiados y aprobados durante la Dirección precedente. Hemos estimulado el desarrollo del internado rural y la práctica ambulatoria de la medicina interna y pediatría, una orientación esencial si se considera que la inmensa mayoría de nuestra enseñanza se hacía con el modelo intrahospitalario, en abierta contraposición a las nuevas tendencias de la medicina contemporánea y específicamente con la organización laboral en salud en que ejercerá la gran mayoría de nuestros alumnos.

En el ciclo básico lo más destacado es un nuevo curso integrado de Biología Molecular de la Célula que funde los cursos de Bioquímica y Biología Celular, modificando sus contenidos, los énfasis

en las materias y cambiando el sistema de enseñanza, con menor número de clases magistrales, mayor número de práctica en laboratorios, integración de los contenidos, incorporación de seminarios, algunos con contenidos clínicos, etc. Esperamos que éste pueda servir como modelo a otros cursos básicos y preclínicos que a nuestro juicio requieren de modificaciones curriculares. Otro aspecto importante del curso recién reseñado es que su cambio se hizo después de un acucioso estudio por parte de la Comisión de Análisis Curricular, con participación del estamento estudiantil y fundamentalmente de los profesores involucrados en el curso y de la propia Facultad de Ciencias Biológicas. La participación directa de los profesores encargados de este curso, como el apoyo de los estudiantes, nos parecen fundamentales para lograr buen éxito en esta innovación curricular. No concebimos cambios hechos al margen o en contra de la opinión de los profesores encargados, ya que, con toda seguridad, ellos irán destinados al fracaso.

Sólo a modo de enumeración podemos mencionar que se han efectuado cambios en Anatomía General, Neuroanatomía, Farmacología de Sistemas y Química Orgánica y que existe otra serie de innovaciones curriculares directamente relacionadas a las anteriores, y que serán objeto de análisis y posterior puesta en marcha en nuestra Escuela.

En conclusión, a todos los que propician una revisión global de todo nuestro curriculum, podemos decirles que esta es la misión que tiene desde años la Comisión de Análisis Curricular y que ha dado por fruto cambios importantes que deberán ser evaluados en el futuro. A aquellos que critican la posible influencia de experiencias extranjeras en nuestro curriculum, deseamos decirles que hemos adoptado una vía propia de cambio curricular, atendidas nuestras realidades, fortalezas y debilidades.

Creo, finalmente, que el curriculum no debe esclerosarse y que debe ser sometido a una revisión permanente para lograr mantenerlo adecuado a las condiciones cambiantes de la medicina. Esta es una labor que requiere un gran esfuerzo y la participación de todos, académicos, educadores médicos y alumnos.

La Educación Médica como desarrollo y mejoramiento de la docencia

Pedro Prado Mery

*Miembro de la OEM desde 1974 y actual
Técnico en Educación Médica en la Escuela de
Medicina de la Pontificia Universidad Católica de
Chile.*

Después de la Segunda Guerra Mundial se iniciaron “importantes cambios en las relaciones externas e internas de la sociedad en general, y de la atención y educación médica en América Latina en particular”. (Andrade, Jorge: “Marco conceptual de la Educación Médica en América Latina”). Declinó la influencia económica, política y cultural de la Europa Occidental, y surgió la influencia de los Estados Unidos de América a través de diversos mecanismos. “Se consolidan los sistemas de seguridad social, se nacionali-

zan y se expanden las redes hospitalarias, se promulgan leyes que regulan el ejercicio de la medicina, y los médicos comienzan a organizarse en asociaciones de carácter gremial”.

Las escuelas de Medicina norteamericanas, por su parte, sufrieron una importante transformación en su proceso docente y en su organización. Fundamentalmente, ésta consistió en “la adscripción de las escuelas de medicina a las universidades, la creación de departamentos, la individualización y el desarrollo creciente de la

enseñanza e investigación en ciencias básicas y la incorporación del hospital en las escuelas de Medicina para ser utilizado como campo fundamental del adiestramiento clínico”.

Por su parte, la Universidad de Sherbrooke, de Canadá, vivía su propio proceso de cambio, expresado en los siguientes términos: “... Sin embargo, quedaba por resolver otro problema de carácter exclusivamente académico, es decir, el problema del aprendizaje. Para tener la seguridad de que este problema sería estudiado idóneamente, agregamos una oficina de educación a nuestra estructura y enviamos a uno de nuestros profesores a perfeccionar sus conocimientos pedagógicos. Esta oficina se ocuparía del plan de estudios y de promover mejores métodos pedagógicos” (La Salle, Gerald: “Nuevos Modelos en la Formación Profesional del Personal de Salud”).

En la década de 1950, en América Latina comienza a evidenciarse con gran vigor la preocupación de las instituciones educacionales del sector salud, además de instruir y formar futuros profesionales, por analizar lo que constituye el cómo y para qué educan a sus estudiantes. “Fue creciente la preocupación por modificar los patrones tradicionales en la formación del personal de salud, particularmente de médicos capaces de superar los defectos del sistema en el cual trabajan y de proporcionar más y mejores servicios a la población.

Los gobiernos, universidades, asociaciones profesionales y diversos organismos internacionales han promovido multitud de reuniones, seminarios, conferencias, etc., con el fin de discutir medidas tendientes a producir mejores profesionales de la salud”.

Dentro de las reuniones con carácter internacional destacan: la Primera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina, realizada en México en 1957, bajo los auspicios de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL). En Montevideo, Uruguay, el año 1960 se realizó la Segunda de estas Conferencias, y en la cual se recomendó la creación de un importante organismo suprauniversitario que perdura hasta hoy y que es la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina

(FEPAFEM). La creación oficial de esta Federación ocurrió en la Tercera de estas Conferencias, realizada dos años después en la ciudad de Viña del Mar, Chile.

Esta creación de FEPAFEM estuvo inscrita como el quinto tema de esta Conferencia: “Proyecto de creación de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina” (Miller, G.E.: “Enseñanza y Aprendizaje en Escuelas de Medicina”). La redacción de la constitución y estatutos de la Federación fue producto de diversas reuniones, previas a esta Conferencia, que sostuvieron decanos de varias Escuelas de Medicina de América del Sur y de los Estados Unidos. Tanto la constitución como estatutos fueron aprobados por amplia mayoría en reunión del 29 de noviembre de 1962, y a la cual asistió la totalidad de decanos y presidentes de delegaciones presentes en esta Tercera Conferencia. Con ellos estaban representados los países de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Venezuela y Chile. Participaron, además, en su carácter reglamentario de delegados oficiales para el quinto tema mencionado, un representante de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina y otro delegado de la Asociación Canadiense de Escuelas de Medicina.

Primer Presidente de la FEPAFEM fue el entonces Secretario de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Secretario General de la Tercera Conferencia, Dr. Amador Neghme Rodríguez.

La FEPAFEM fue posteriormente reconocida por la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas y que es la OPS (Organización Panamericana de la Salud). En la XVI reunión del Consejo Directivo de la OPS, realizada en octubre de 1965, se determinó reconocer a la FEPAFEM como “un organismo no gubernamental representativo de las Facultades y Escuelas de Medicina de las Américas” (Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, Informe General).

Este organismo tiene como función fundamental “promover el desarrollo y perfeccionamiento de la Educación Médi-

ca en el hemisferio". Por educación médica, la FEPAFEM entiende al "subsistema dirigido a la formación integral del personal de salud de nivel universitario, incluyendo las aptitudes y actitudes para el cambio con el objeto de favorecer el desarrollo cultural, económico y social dentro de las características propias de cada país o región. Por eso, sus Programas están dirigidos a apoyar a todo lo que promueva la docencia y la investigación en su campo específico y en el más amplio sentido".

Por su parte, la preocupación de la OPS por el campo de la educación era evidente; ya había creado una "Unidad de Educación y Adiestramiento", que luego se transformó en el "Departamento de Educación Médica".

De acuerdo al Informe Final de una reunión internacional de Educación Médica, "toda institución formadora, además de seleccionar adecuadamente su profesorado, debe mantener programas permanentes de perfeccionamiento del mismo, en cuanto a su formación general y especializada y al conocimiento y manejo de principios y técnicas pedagógicas" ("Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe. Informe Final").

La "inquietud pedagogizante" de los docentes responsables de la enseñanza de la medicina se evidencia por primera vez en los Estados Unidos. Miller señala al respecto: "A comienzos de 1950, un grupo de jóvenes estudiantes de la Universidad de Buffalo, estimulados por el Dr. Edward M. Bridge, un visionario profesor de farmacología, emprendieron en forma regular debates acerca de la enseñanza médica, así como sobre problemas específicos que enfrentan estas Escuelas. De este intercambio surgieron muchas cosas, pero quizá la más importante fue el sorpresivo reconocimiento de que existen aspectos sobre la enseñanza y aprendizaje para los que su educación como médicos o científicos de base no les ha preparado" ("Tercera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina").

Lo ocurrido en la Universidad de Buffalo se convirtió en un verdadero movimiento que llevó a la creación, en la Escuela de Medicina de la Universidad de

Illinois, de un centro especializado llamado "Centro para el Desarrollo Educativo", el cual, además de pasar a ser centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encargó concretamente ya de "preparar y dirigir programas para la formación pedagógica de profesores de Medicina en diversas regiones del mundo".

Según Hutchins y Noack, "en los conocimientos acumulados en la esfera de la educación y formación de médicos se han incorporado no sólo los avances de las ciencias biomédicas, sino también los adelantos de la filosofía y la técnica de la educación" (Hutchins, Edwin y Noack, Horst: "Evaluación de los Programas de las Escuelas de Medicina").

Señala Andrade que "el interés por la comprensión de los principios pedagógicos y por su aplicación en el proceso de formación de médicos, ha llevado a la creación de unidades en las escuelas de Medicina que, bajo diversas denominaciones, tienen a su cargo la investigación en relación con varios aspectos del proceso educativo, el diseño y la puesta en práctica de programas experimentales y la formación pedagógica de profesores".

Además del Dr. Edward Bridge, el interés inicial por lo que se ha llamado "pedagogía médica" estuvo ligado a un chileno, el Dr. Ramón Ganzaraín, quien en 1962 era ayudante 1º de la cátedra de Psiquiatría.

En la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Ganzaraín inició los llamados "laboratorios de relaciones humanas y enseñanza médica", que estuvieron fundamentados, al igual que la experiencia realizada en la Universidad de Buffalo, "en las teorías y técnicas de dinámica de grupos y en el aprendizaje activo".

La OPS se interesó por estos laboratorios y promovió la realización de ellos en numerosas escuelas de medicina latinoamericanas y puso al Dr. Bridge a cargo de ellos. Aun cuando él advirtió cambios de opinión en los docentes participantes en estas experiencias, "no siempre significó un cambio en la forma de enseñar y sólo pocas veces generó modificaciones sustanciales en la programación". A pesar de lo anterior, producto de estas experiencias, se despertó el interés por la pedagogía, lo

cual llevó a los docentes a "familiarizarse con teorías y principios del aprendizaje, así como con algunas técnicas didácticas que, a través de diversos mecanismos, han tenido grados variables de difusión y aplicación".

Señala Andrade algunas técnicas y enfoques que la educación médica latinoamericana ha incorporado como consecuencia del movimiento pedagogizante mencionado, y que son:

1. La definición de objetivos educacionales y el diseño curricular.
2. El aprendizaje como proceso individual.
3. La motivación como determinante del aprendizaje.
4. La aplicación inmediata, repetida y variada como fundamento de la transferencia y de la retención de lo aprendido.

Ya se mencionó la creación en las escuelas de medicina (fundamentalmente latinoamericanas) de unidades especiales a cargo de la investigación en el campo de la educación, de la formación pedagógica de docentes del área de la salud. Internacionalmente, estas unidades han adquirido algún desarrollo. Es así que en 1974 existían dieciséis de tales unidades en los Estados Unidos; cuatro en Canadá, uno en Australia, etc. "En Europa ha habido menos interés por este tipo de unidades, en tanto que en la América Latina, en general, las llamadas oficinas de Educación Médica han tenido un desarrollo bastante irregular".

Estas Oficinas de Educación Médica fueron inicialmente promovidas por la OPS. Andrade señala que "en general", la definición de funciones de tales oficinas ha sido vaga, al igual que su ubicación en la estructura organizativa. La asignación de recursos, en la mayoría de los casos, es limitada y, casi siempre, la responsabilidad de dirigir las y trabajar en ellas se entrega a profesores que deben compartir su tiempo entre tales actividades y las de su cátedra o departamento.

EDUCACION MEDICA: UNA EXPERIENCIA NUEVA EN LA DOCENCIA

Nuestro país tuvo más de alguna participación en el desarrollo de las primeras actividades de Educación Médica a nivel

latinoamericano, fundamentalmente a través de instituciones del sector salud.

El propósito esencial de ellas es "la formación de profesionales de la medicina y de otras disciplinas relacionadas con la atención médica". (Puchi F., José: "Estructura y Funcionamiento de una Oficina de Educación Médica").

Los requerimientos de atención médica en nuestra población constituye toda una realidad concreta de la cual surgen indicadores que se han de considerar para la formación del personal médico. "Nos parece muy claro —dice Ortúzar— que lo que esencialmente la población espera del médico que la atiende, es que éste sea capaz de prevenir la aparición de la enfermedad, y cuando ésta se produzca, sea capaz de reconocerla y tratarla oportuna y eficazmente". (Ortúzar E., Ramón: "El egresado de nuestras Facultades de Medicina: ¿Es el que el país necesita?").

Las necesidades de salud de la población, en cuanto a su naturaleza y cuantía, constituyen "uno de los determinantes básicos en la formulación de los objetivos de los profesionales de la salud". ("Formación de los Profesionales de la Salud". Comisión Permanente de Revisión Curricular. U. de Chile).

Traducido esto a un lenguaje educacional más propio, las necesidades de salud de la población pasarían a constituirse como una de las grandes fuentes de objetivos educacionales que se incluirían en los programas académicos de las carreras del área de la salud.

Quizá si la formulación de objetivos educacionales a nivel de carreras correspondiera a una de las primeras etapas de lo que Puchi llama el "proceso de formación de profesionales para la salud". Por lo menos Tyler la considera como la primera instancia dentro de su modelo de desarrollo curricular.

Lo anterior no corresponde sino a una de las innumerables aplicaciones que puede tener la educación como disciplina, a la enseñanza de las ciencias del área de la salud. Esto de "aplicaciones de la educación a la medicina", en cierto modo, ya podemos entenderlo como Educación Médica.

No hay muchos autores que se comprometan con una acepción del término que sea más operacional. Ya mencionamos lo

que por ello entiende la FEPAFEM. Para Romo y Monge ("Cincuentenario de la Facultad de Medicina") existe una "variada gama de tópicos... que han sido englobados en el término Educación Médica"... Ellos citan los planes de estudio, los programas de los cursos de medicina, los principios y técnicas de las disciplinas pedagógicas y de las ciencias de la conducta.

En Chile, los organismos académicos a cargo del perfeccionamiento de la docencia, cumplieron ya más de una década de planificada y reconocida labor académica en la educación superior, período que, naturalmente, la hace muy reciente si se compara con el que llevan en sus funciones las universidades en nuestro país. Esta particular aplicación de la educación a la Medicina, y en general a todas las ciencias de la salud, ha podido alcanzar, sin embargo, logros trascendentales para la formación académica de los alumnos, que serán los futuros profesionales de este campo.

Una de las primeras experiencias en educación enteramente planificada y realizada en Chile ocurrió en el año 1964. En dicha oportunidad "la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile solicitó a la Facultad de Filosofía y Educación la realización de un curso para docentes de las escuelas denominadas, en ese entonces, de colaboración médica. La solicitud al Instituto Pedagógico se refirió a los siguientes aspectos: proporcionar la orientación teórica y las técnicas relativas a programas, métodos de enseñanza y técnicas de organización, administración y supervisión del trabajo... culminando en un período de práctica pedagógica en el segundo semestre de estudios..." (Misrachi L., Clara: "Estudio Descriptivo sobre Cursos de Capacitación Pedagógica para Docentes Universitarios no Pedagogos").

Este curso se llamó "Curso para docentes en Salud", en el cual participaron, como estudiantes, profesionales del equipo de salud del país y del extranjero.

Romo, haciendo un balance de esta experiencia, expresa que ella ha sido la "más vasta, profunda y sistemática que se ha llevado a cabo en Educación Médica en Chile, en cuanto a capacitación pedagógica". Señalaba que "a partir de 1969-1970, el curso de "Docentes en Salud" comenzó a denominarse "Curso de Peda-

gogía Universitaria" y se redujo a un semestre de duración, al final del cual —y como se mencionó— cada profesional participante elaboraba un plan de trabajo a realizar durante la práctica pedagógica, supervisada por un equipo de pedagogos, en el segundo semestre del año" (Romo V., Omar; Monge E., Juan Ignacio: "La participación de los Pedagogos en Programas de Educación Médica").

Dentro del Plan de Estudios Pedagógicos se incluían:

1. Fundamentos de la Educación:
 - a) Fundamentos Sociales / Filosóficos de la Educación.
 - b) Fundamentos Psicológicos de la Educación.
2. Programas, Métodos, Evaluación.
3. Principios y Técnicas de Organización, Administración y de Supervisión.
4. Práctica Pedagógica.
5. Actividades complementarias (conferencias, visitas y observaciones, grupos de estudio, etc.).

En el transcurso de la realización de esta experiencia —que duró hasta 1970, es decir, cinco años— surgieron otras que, de acuerdo a la metodología empleada para la realización de cada una, podían denominarse "cursos", "seminarios" o "talleres" y se hicieron en diversos Departamentos y/o Escuelas Universitarias.

Con estructura similar a la anterior, cabe destacar otra experiencia en relación a Educación Médica y fue la realizada en el Departamento de Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Se trató del "Programa de Capacitación Pedagógica Universitaria en Nutrición" (PROCAPUN), el que "nació del reconocimiento por parte del Departamento y de la mayoría de sus integrantes, de algunos hechos como:

- * Las ventajas del uso de nuevas técnicas pedagógicas.
- * La necesidad de uniformar la capacitación docente.
- * La insatisfacción de académicos y alumnos con el recibimiento de la enseñanza impartida por el Departamento, y
- * El deseo de adecuar la calidad de la formación a las necesidades de los planes de estudio posteriores a la reforma" (Boj, M. Teresa; Olivares,

S.; Parra, E.; Rojas, Vladimir; Romo, Omar y Valiente, Sergio: "Un Programa de Capacitación Pedagógica para Profesores de Nutrición").

Esta experiencia se realizó desde noviembre de 1972 hasta julio de 1973, incluyó seis talleres-laboratorios de: Fundamentos de la Educación; Objetivos; Currículum (Planes y Programas); Tecnología Educacional; Evaluación; Metodología.

Además de una práctica supervisada en terreno, consultó la realización de un "Seminario de Evaluación del Programa", con el cual finalizó esta experiencia. El PROCAPUN alcanzó a proyectarse internacionalmente gracias a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que envió becarios de países latinoamericanos y facilitó la presentación de sus resultados iniciales en la Segunda Conferencia de Adiestramiento de Nutricionistas-Dietistas realizada en Sao Paulo, en el mes de enero de 1974. De este modo tuvieron la oportunidad de adquirir conocimientos pedagógicos aquellos profesionales médicos, enfermeras, tecnólogos médicos, nutricionistas, odontólogos; es decir, un número bastante considerable de docentes formadores de profesionales de la salud, en quienes se encuentran representadas la mayoría de las áreas de este campo profesional (Romo V., Omar: "Talleres de Capacitación para Docentes Universitarios").

Un trabajo sobre el PROCAPUN alcanzó el 2do. premio Dr. Armas Cruz y en 1971 fue presentado en Japón.

Estas primeras experiencias, sin embargo, no estuvieron a cargo de un organismo estructurado con entidad propia, sino que se reunía un equipo de docentes idóneos en materia de Educación de distinta procedencia. Entre estas personas se encuentran pedagogos por formación y con actividad universitaria y algunos especialistas en las diversas áreas de la Educación. Entre estos profesionales, además de aquellos de la ex Facultad de Filosofía y Educación de la Universidad de Chile, destacaron los de la Escuela de Educación de la Universidad Católica. El contenido de los cursos, seminarios o talleres incluían temas como: el proceso de enseñanza-aprendizaje; proceso de comunicación; tecnología educacional; medios

audiovisuales; currículum, evaluación de los aprendizajes, entre otros. En esencia, aludían a áreas educacionales fundamentales en el proceso de formación de profesores.

Son algo numerosas las experiencias realizadas en relación a la capacitación en el área pedagógica de docentes del campo de la salud, que resultaría inoficioso exponerlas en detalle. Valga sólo destacar el gran interés que se despertó en nuestro país por esta actividad, ya sea en docentes requeridos de ayuda para mejorar su docencia como de pedagogos dispuestos a dársela.

Para Romo, la necesidad de organizar Programas de Capacitación Docente surge de las reformas practicadas en las universidades chilenas, las que "han hecho necesario promover políticas de mejoramiento en el quehacer académico, tanto en investigación como en docencia. Esto ha obligado a analizar en profundidad la enseñanza impartida en la Universidad; se han replanteado doctrinas en cuanto al tipo de profesionales que nuestro país requiere; se han reconstituido planes y programas de estudio y flexibilizado el currículum; se han criticado los contenidos y formas de enseñanza".

Desde otro ángulo, Galofré y Foradori expusieron no conocer la causa exacta de esta inquietud pedagogizante. Estimaron que correspondía a un "genuino interés por dedicar tiempo y esfuerzo en prepararse técnicamente en educación". Agregan estos autores lo recomendable que es, que la conducción de los programas de preparación pedagógica de docentes sin esta formación y de la investigación en educación médica, se centralice en organismos dedicados, especialmente a estas actividades (38). (Galofré, Alberto; Foradori, Arnaldo: Revista Médica de Chile).

Incluso Romo y Monge expresan "la necesidad de especialización de una persona, o idealmente varias conectadas a una Escuela de Medicina que deben estar en condiciones de asesorar a las autoridades en el proceso de toma de decisiones y a los docentes, para mejorar el proceso educativo".

El organismo especializado en la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile fue la Oficina

de Educación Médica. En otras Escuelas o Facultades de distintas universidades, también empezaba a crearse este tipo de organismos. En cuanto a fechas exactas de creación, el panorama no es muy claro. Sí es claro que oficialmente la primera Oficina o Departamento de esta naturaleza se creó en la Universidad Católica de Chile para su Escuela de Medicina (Galofré, Alberto: "Antecedentes de la Oficina de Educación Médica y sus Planes a futuro").

Por otra parte, se ha podido establecer, con igual claridad, que las actividades destinadas al perfeccionamiento o preparación pedagógica de docentes médicos en las diversas Escuelas o Facultades comenzaron antes de que se crearan oficialmente las que existen en la actualidad.

Desde 1971, año en que se creó la Oficina de Educación Médica en la Universidad Católica, se fueron creando otras Oficinas en las diversas Facultades, Escuelas o Departamentos de la Salud. En la mayoría de ellas estas oficinas han derivado de Comisiones, Consejos u otras instancias académicas con funciones genéricas en relación con la docencia.

No existe un documento que mencione la fecha de creación oficial de las respectivas Oficinas de Educación Médica u Oficinas de Educación en Ciencias de la Salud. Existen citaciones a reuniones de representantes que datan de agosto de 1977, sin indicar si estaban o no incorporadas en los organigramas de las respectivas Facultades o Escuelas de Medicina.

Una revisión de las diferentes actas y citaciones de estas reuniones permiten afirmar que desde 1979 las siguientes oficinas están funcionando, creadas o no oficialmente:

- a) Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina.
- b) Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Divisiones Norte, Sur, Oriente y Occidente.
- c) Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina.
- d) Universidad de La Frontera, Temuco, Facultad de Medicina.
- e) Universidad de Concepción, Facultad de Medicina.
- f) Universidad Austral, Valdivia, Facultad de Medicina.

De acuerdo con la documentación consultada, en general, estas Oficinas están consideradas como organismos técnicos, asesores en materia pedagógica y, normalmente, dependen de los Decanatos o de las Direcciones de cada Facultad o Escuela. La gran mayoría está constituida por un grupo de personas que, por lo general, son médicos y pedagogos. Fundamentalmente, la dirección de cada Oficina está a cargo de un profesional médico.

En un escrito, producto de una reunión de representantes de las diferentes Oficinas de Educación Médica, se las define como "organismos académicos de apoyo a las distintas instancias y niveles de las Facultades de Medicina, al proceso formativo de profesionales de la Salud".

Las reuniones de representantes de estas Oficinas han sido de particular importancia para el desarrollo de las actividades en este campo. Como en toda disciplina académica, se estimaron esenciales el intercambio de experiencia, la planificación conjunta de actividades futuras, entre otros propósitos. La primera de estas reuniones se realizó en la Universidad Católica en el año 1977, y asistieron docentes que representaban a Oficinas en funcionamiento y a Oficinas en proceso de creación. Desde esa fecha, las reuniones se han celebrado una vez al mes en forma más o menos regular hasta mediados de 1980 en que, producto de una reunión extraordinaria, se acordó celebrar reuniones bimensuales con una estructura definida (Archivo de actas, reuniones, representantes de OEMs a nivel nacional).

Entre los temas abordados en estas reuniones están:

- a) Actividades de cada Oficina: realizadas y por realizar.
- b) Rol, estructura y funcionamiento de cada OEM.
- c) Concepto y formación del médico general.
- d) Materiales de autoinstrucción.
- e) Creaciones oficiales de nuevas Oficinas de Educación Médica.
- f) Informes de Seminarios, Cursos o Talleres realizados por algunas OEMs.
- g) Enseñanza de la relación médico-paciente.

De los temas expuestos se distinguen aquellos de carácter informativo y otros relacionados con temas propiamente pedagógicos. En un comienzo, los temas tratados se relacionan con organización y puesta en marcha de las diferentes OEMs. Resalta en forma especial la nominación de Comisión de Educación Médica como una organización formal y permanente que agrupe a estas oficinas.

Estaba en permanente perspectiva la realización de Encuentros Nacionales de Oficinas de Educación Médica. Incluso ha surgido la necesidad de crear la Sociedad Chilena de Educación Médica.

LA EDUCACION MEDICA EN LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

A. Creación y primeros años

La Oficina de Educación Médica de la Escuela de Medicina de esta Universidad fue la primera en crearse como tal.

Algunos antecedentes que precedieron a su creación se remontan al mes de junio de 1970, oportunidad en que estudiantes y docentes de la Escuela de Medicina se reunían para analizar problemas de docencia. Posteriormente, diversas comisiones estudiaban problemas específicos y emitían sus respectivos informes. Había urgente necesidad de llevar a cabo las conclusiones de algunos de estos informes ("Informe Anual de Actividades").

En el mes de noviembre del mismo año, el entonces Sr. Decano, Dr. Hugo Salvestrini, formaba la Secretaría de Docencia, en cuya estructura se nombra un "Secretario Ejecutivo" y una comisión constituida por personas de las Escuelas de Medicina y Enfermería.

Con los informes emitidos por las comisiones reunidas en junio, esta Secretaría preparó un plan general de trabajo. Este plan incluía el estudio de diversos aspectos pedagógicos de real importancia docente como la "evaluación, la metodología del proceso de enseñanza-aprendizaje, e incluso el estudio de modificaciones curriculares".

Se presentó al Sr. Decano un programa de trabajo para 1971 en que, a nivel de cada Escuela —Enfermería y Medicina— se

establecían "organismos locales destinados a abordar los respectivos problemas docentes. El organismo local para la Escuela de Medicina sería la Oficina de Educación Médica. Enfermería manifestaba no tener, por el momento, conflictos reales en dichos aspectos pedagógicos".

En sesión de la Comisión de Docencia del 2 de marzo de 1971, el Secretario Ejecutivo de la Secretaría de Docencia (o Secretario de Docencia de la Escuela), el Dr. Alberto Galofré, presentaba, en el documento "Plan para la Organización de una Oficina de Educación Médica", los antecedentes que servían de base para la creación de este organismo local, los que en dicha sesión fueron aprobados. Fue así que el 5 de marzo de ese año, siguiendo con su decanatura el Dr. Salvestrini, y siendo Director de la Escuela el Dr. Víctor Maturana, se creaba oficialmente la OEM/UC. Se nombró en calidad de provisional al Dr. Galofré como su Director ("Comunicación OEM N° 1").

Por su trascendencia es interesante desprender del documento del Dr. Galofré algunas de sus partes o afirmaciones principales, sobre todo por la proyección que tuvieron a futuro:

- a) "La Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile está consciente, más que nunca, de que ha llegado la hora de dedicar esfuerzos renovados y planificados a la enseñanza de la Medicina".
- b) "La educación médica se preocupa de una amplia gama de aspectos diferentes tanto del alumno como del docente, que se expresan, entre otros, en la formulación de objetivos de enseñanza, la formación del docente en técnicas pedagógicas, la planificación curricular".
- c) Refiriéndose a la formación del docente, el documento señala: "Es un hecho aceptado que el docente en Medicina lo es por vocación, pero no por formación. Enseña siguiendo el ejemplo de sus maestros, usando su buen criterio y su imaginación, pero desconoce los principios elementales del proceso de enseñanza-aprendizaje".
- d) Refiriéndose a la metodología, el documento expresa el interés que existe en implementar audiovisuales como la televisión, para el aprendizaje de habili-

dad clínico-quirúrgica. "La instrucción programada, como auxiliar de enseñanza, debe introducirse en forma experimental".

- e) Al referirse a la formulación de objetivos, el documento advierte lo extraño de encontrar Escuelas de Medicina que tengan expresado objetivos operacionales, es decir, "basados en lo que se quiere sea la conducta del alumno al finalizar determinada unidad de enseñanza". Además de mencionar diversos tipos de actividades que formarían parte del trabajo de esta Oficina, como la realización de "cursillos-seminarios", participación en reuniones de Educación Médica, intercambio de profesores nacionales y extranjeros, otorgamiento de becas, etc., el documento, como plan de organización que es, termina con un detalle acerca del financiamiento deseable para el desarrollo de estas y otras actividades que se proponen ("Plan: Organización de un Departamento u Oficina de Educación Médica en la Escuela de Medicina de la Universidad Católica").

Junto con crear la OEM/UC, la Dirección de la Escuela daba al Dr. Galofré un plazo de un mes para presentar su presupuesto y organización definitiva. En efecto, en mayo de 1971 y ya incorporado el Prof. Omar Romo, un nuevo documento "Organización de la Oficina de Educación Médica (OEM/UC)", definía su estructura con mayor exactitud. Se extraen de él algunas de sus partes, la mayoría de las cuales perduran hasta hoy:

1. Como objetivo inmediato se plantea "el planificar un esquema de acciones a ejecutar en el futuro que obedezcan a un solo propósito: mejorar la enseñanza de la Medicina, adecuándola a la realidad médico-social del país".
2. Respecto de sus funciones, el documento consigna como "un organismo técnico de asesoramiento e investigación en Educación relacionada con Medicina".
3. Dentro del organigrama de la Escuela, la OEM/UC se ubica como dependiente de su Director. El Director de la OEM forma parte de la Secretaría de Docencia, la cual depende del Decano de la Facultad. Hoy esta relación es algo distinta.

4. El documento señala que los miembros de la OEM/UC pueden ser médicos, profesionales o técnicos de disciplinas afines, estudiantes de Medicina, entre otros ("Organización de la Oficina de Educación Médica").

Se ha estimado necesario exponer las primeras actividades de la Oficina por cuanto, desde un punto de vista retrospectivo, marcaron toda una base estructural y funcional que, en general, se ha mantenido a lo largo de más de quince años de trabajo.

Se dedicaron grandes esfuerzos a la formación pedagógica del docente, lo que hoy en día corresponde a la denominada Capacitación Docente. Después de múltiples gestiones y contactos con diversos organismos relacionados con la educación, se logró, en septiembre de 1971, un acuerdo con la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM), para iniciar un programa experimental en Latinoamérica.

Un profesor de la Escuela de Educación de la Universidad Católica, con vasta experiencia y trayectoria en Educación en Ciencias de la Salud, participó en la Dirección del Programa de capacitación docente que la FEPAFEM desarrolló en nuestro país. Se trataba del Prof. Omar Romo Valenzuela, quien ya se había incorporado a la Oficina de Educación Médica de la Escuela de Medicina de esta Universidad. Actualmente, el Prof. Romo es Profesor Titular de ambas Escuelas y ha sido Director Asociado de esta Oficina de Educación Médica desde 1971, prácticamente desde su fundación ("Informe Anual: OEM").

Por la naturaleza de sus actividades, el profesor Romo ha sido un activo protagonista de las primeras experiencias de Educación Médica realizadas en Chile. Incluso participó como organizador en las experiencias ya citadas (Curso para Docentes en Salud y PROCAPUN).

Otra de las primeras actividades realizadas fue la de establecer un medio informativo, ágil y eficaz, que pudiera difundir entre docentes y alumnos las diversas acciones de la Oficina.

Se crearon el "Informativo Anual de Actividades" y las llamadas "Comunicaciones", en las cuales se desarrollaban

temas pedagógicos específicos o temas de interés general para docentes y alumnos, y además se informaban los resultados de actividades realizadas. Estas "comunicaciones" llegaron hasta un número limitado, pasando posteriormente a llamarse "Apuntes de Educación Médica", los cuales estuvieron destinados exclusivamente al desarrollo de temas educacionales específicos. Se incluyó en el Informativo Anual el informe de las actividades realizadas.

La mayoría de las actividades continúan desarrollándose hasta hoy. Es preocupación constante el establecer contacto con diferentes Departamentos, Servicios o Unidades de la Escuela para trabajar en conjunto en pos del mejoramiento de la docencia. También, al terminar cada período académico, se informa a la comunidad de la Escuela de todas las actividades que se realizaron o programaron dentro de dicho período.

Al terminar el período académico de 1972 la OEM/UC elaboraba un Informe Anual mucho más nutrido y diversificado en cuanto a actividades realizadas se refiere. En él se daba cuenta del desarrollo de dos talleres destinados a la formación pedagógica del docente. Uno, realizado en el mes de junio, llamado "Taller de Evaluación del Aprendizaje" y al cual asistieron docentes de las Universidades Católica, de Chile y Austral, y que estuvo a cargo de profesores chilenos y argentinos. El segundo taller se realizó en el mes de diciembre y se llamó "Taller de Medios Audiovisuales", a cargo de un equipo de profesores de la Escuela de Educación de la Universidad Católica y un ingeniero técnico de la Unidad Audiovisual de la FEPAFEM. Se hace mención en este informe anual de que los eventos aludidos fueron diseñados en su plan general y financiados por la FEPAFEM, con la colaboración de la Asociación Chilena de Facultades de Medicina.

Alude también este informe a la proyección que han tenido sus actividades, tanto hacia otras Facultades de Medicina del país como a otras Escuelas de la Universidad Católica. Fue así que durante ese año se dieron charlas y se asistió a seminarios educacionales por invitación en la Escuela de Agronomía, Institutos de Química y Ciencias Biológicas; Programas

Interdisciplinarios de Investigación en Educación; incluso un taller de objetivos educacionales fue llevado a la Universidad Austral de Valdivia.

El trabajo de OEM/UC durante el año 1972 no sólo estuvo centrado en dictar charlas o talleres, sino en la asesoría que se prestó a aquellos docentes que empezaban a interesarse por desarrollar algunos trabajos en relación con docencia.

En la "Comunicación Nº 9" de la OEM/UC, de 1971, se daba por iniciado el proceso de formulación de objetivos en términos de comportamiento. Dicha comunicación desarrolla en breve el tema de la "Formulación de Objetivos de Instrucción". En el mes de abril de 1972 se recibían los primeros trabajos en relación a los objetivos.

En ese informe anual se señala que estaban formulados los objetivos de Pediatría, Medicina Interna, Parasitología; Química General y Orgánica; Matemática; Citología; Fisiología; Histología y Bioestadística, todos ellos, asignaturas que corresponden al Plan de Estudios Mínimos de la Carrera. Los trabajos recibidos de otras Unidades no corresponde sino a la proyección que las acciones de la Oficina tuvieron hacia afuera de la Escuela. Sin embargo, por tratarse de Unidades donde pasan los alumnos de Medicina, no podían ellas estar totalmente ajenas a las intenciones formativas de la OEM/UC.

Respecto de la elaboración de objetivos educacionales, la OEM/UC entendía que a través de la redacción de ellos se podía entrar en el análisis racional del plan de estudios de la Escuela.

Un último grupo de actividades importantes de destacar como primeras fueron aquellas involucradas al ámbito internacional. En 1972 el Director de la Oficina fue invitado a Toronto, Canadá, a participar en la IV Conferencia Panamericana de Educación Médica. Además de corresponderle la presentación de un tema ("Evaluación para guiar el aprendizaje") aprovechó de exponer la labor que realizaba la OEM/UC e hizo contactos con otros grupos de trabajo interesados en la Educación Médica. Además participó como docente en diversos talleres efectuados en países Latinoamericanos como Venezuela, Costa Rica, Honduras, Panamá, etc. Por su parte, otro de los integrantes de la Ofi-

cina, el Dr. Juan Ignacio Monge, viajó a la República Dominicana para asesorar a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Santo Domingo, en la "planificación de cambios estructurales de esa institución". El Dr. Monge, además, publicó el artículo "Nuevas perspectivas en Educación Médica" en la Revista Médica de Chile.

Al terminar su segundo año de labores, la OEM/UC contaba con dos personas estables, además de su Director, el Dr. Monge y el Prof. Romo. Estaban en calidad de colaboradores docentes de algunos Departamentos o Servicios de la Escuela y del Instituto de Química.

Después de dos años de vida, la OEM/UC consideraba terminada una primera etapa de su existencia. Las actividades en ella realizadas se caracterizaron por estar centradas alrededor de los esfuerzos de pocas personas, y además, por la lucha constante en hacer conciencia de la importancia de la existencia de este organismo en la Escuela. Resalta muy especialmente lo desarrollado en torno a objetivos operacionales, cursos de capacitación pedagógica del docente de Medicina, la incorporación de educadores y algunos trabajos de investigación.

B. *Panorama de actividades*

A comienzos de 1973 se vislumbra una segunda etapa de trabajo. Nuevas personas dedicaban tiempo importante a la Oficina, proyectos de mayor envergadura eran iniciados; los servicios de OEM/UC eran requeridos por varias unidades de la Universidad y fuera de ella, tanto en el país como en el extranjero. Ello apuntó hacia la necesidad de adecuar la estructura de la Oficina y su relación con la Dirección, a las nuevas exigencias creadas por su progreso y desarrollo. Entre otras, se establece la agrupación de personas en torno a funciones. "Si una o más personas tienen interés en determinado campo educacional, se crea la función y se organiza una sección o un proyecto para llenar esa función".

Se definían funciones específicas, tanto para el Director Médico como para el Director Asociado. Dentro de las áreas o secciones de trabajo, de acuerdo a las

necesidades del momento, se establecían las siguientes:

1. Capacitación y Asesoría Pedagógica.
2. Sistemas de Autoinstrucción.
3. Comunicación y Publicaciones (dentro de ésta, se creaban los "Apuntes de Educación Médica".
4. Proyectos Especiales.
5. Objetivos Educativos.

Asimismo, se proyectaba la puesta en marcha de las secciones de Evaluación, Planificación y Medios Audiovisuales.

Al cabo de más de diez años de trabajo fueron múltiples y muy variadas las actividades realizadas. Entre ellas se fueron advirtiendo aquellas temporales y otras casi permanentes. A continuación, una descripción evolutiva de las actividades que de algún modo se han constituido como base para el desarrollo de la Educación Médica en la Escuela de Medicina de esta Universidad.

CAPACITACIÓN DOCENTE

Significó una de las primeras y más importantes de las actividades efectuadas por la OEM. A partir de 1973, la realización de talleres, cursos o seminarios por parte de esta oficina se caracterizaban por estar dirigidos no sólo a docentes de la Escuela de Medicina, sino a docentes de otras Escuelas o Facultades de Medicina y Ciencias de la Salud (Salud Pública, Enfermería, etc.).

Destacan en ese año el Seminario de Actualización Didáctica y el Taller de Objetivos Curriculares, desarrollados para la Asociación Chilena de Facultades (Escuelas) de Medicina. Además, la OEM participaba en el Primer Seminario de Oficinas de Educación Médica patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Todas estas actividades fueron dirigidas por el Prof. Omar Romo.

Al año siguiente, el Director Asociado de OEM/UC, Prof. Omar Romo V., asistía como docente al Tercer Curso Internacional de Demografía y Salud, en Colombia, y al Seminario de Pedagogía en Escuela de Nutrición, Argentina. Ese año (1974) fue muy escaso el número de actividades de capacitación destinado a docentes de nuestra Escuela. A partir de

1975 los esfuerzos estuvieron especialmente dedicados a ellos, disminuyendo paulatinamente los destinados a docentes de otras universidades. Destacó ese año el Taller de Métodos Convencionales y No Convencionales en Educación Médica (fue la primera vez que se trató, en un curso, el tema de los Simuladores Clínicos).

Al año siguiente se desarrollaba el Taller de Enseñanza-Aprendizaje, destinado a las Unidades Docentes Asociadas (UDAs) de Medicina y Cirugía, ubicadas en el Hospital Sótero del Río.

En 1977 siguieron los esfuerzos destinados a docentes de este Hospital con la realización de talleres sobre diversos temas.

Durante 1978 el Prof. Romo asistió como docente a un Taller sobre "Proceso de Enseñanza-Aprendizaje y el Equipo de Salud", realizado en la ciudad de Lima, Perú, y organizado por el Instituto de Neonatología y Protección Materno-Infantil de ese país.

En octubre del mismo año asistió a un Seminario sobre Tecnología Educacional en Salud Familiar, realizado en la ciudad de Guatemala, como parte del desarrollo de un programa de educación continua en "Salud Materno-Infantil y Bienestar Familiar para Centroamérica y Panamá", organizado por UNICEF y OPS/OMS.

A partir de 1979, y obedeciendo al creciente interés de los docentes de la Escuela, se realizó un interesante grupo de talleres. Estos fueron los siguientes: Introducción a la Elaboración de Módulos de Autoinstrucción; Evaluación Formativa de Módulos de Autoinstrucción y Formulación de Objetivos para el cambio curricular. Este año se evidenció la gran tendencia a no ofrecer talleres abiertos a todos los docentes de la Escuela, sino que se empezó a trabajar con distintos grupos de docentes que conformaban una Unidad Docente Asociada, un Departamento, un Servicio, etc.

Al año siguiente (1980) los esfuerzos estuvieron destinados a Docentes del Servicio de Neonatología. En efecto, con ellos se desarrolló un programa de capacitación que comprendía tres talleres: 1º.- "Aprendizaje y Relación Interpersonal"; 2º.- "Diseño de Unidades para la Enseñanza de la Neonatología" y 3º.- "Elaboración, Montaje de Estrategias y

Diseño de Materiales para la Enseñanza de la Neonatología". Se trabajó también ese año con el Servicio de Obstetricia, Ginecología y Perinatología del Hospital Sótero del Río, en donde se desarrollaron dos talleres: 1º.- "Aprendizaje y Actitudes Docentes" y 2º.- "Planificación de la Enseñanza".

Por los resultados obtenidos en los talleres destinados a grupos específicos de docentes, OEM/UC pensó seguir este camino, sin por ello descartar la posibilidad de la realización de talleres abiertos a todos los docentes de la Escuela.

CAPACITACION PEDAGOGICA DE DOCENTES UNIVERSITARIOS

La experiencia y motivación recogidas en la Oficina de Educación Médica fueron determinantes en la creación del Programa de Pedagogía Universitaria (PPU), por la Vicerrectoría Académica, cuando el Dr. Juan Ignacio Monge —entonces Director de OEM/UC—, asumió la Dirección de Asuntos Académicos en 1973. En dicho programa se designó a uno de los miembros de la OEM, el Prof. Omar Romo V., quien compartiendo sus responsabilidades con la OEM, contribuyó a su organización, y trabajó en él hasta su disolución.

De este modo, se ampliaron las actividades de capacitación pedagógica a todos los docentes de la Universidad, e incluso este programa se constituyó en un modelo inspirador de estrategias similares del país y del extranjero. Desde su creación estuvo a cargo de un grupo de pedagogos de gran trayectoria académica.

El Director Asociado de OEM/UC participó en la organización del desarrollo de algunas Oficinas de Educación Médica u Oficina de Educación en Ciencias de la Salud, en las Universidades de Chile, Concepción, Antofagasta, Valparaíso y otras.

ASESORIAS

Dentro de las actividades de la OEM/UC, las asesorías están concebidas como sesiones de trabajo con uno o un grupo de docentes en torno a un problema concre-

to. Como tales se iniciaron en 1974, a propósito del llamado "cambio curricular" en donde la formulación de objetivos educacionales se constituyó como una de las tareas urgentes de resolver.

Al año siguiente se asesoró a los Departamentos de Obstetricia-Ginecología y de Pediatría. Ambos, con la finalidad de plantear otra planificación de los respectivos cursos internados.

Posteriormente, en 1976, se evidencia una diversificación notoria de las asesorías. Se trabajaba simultáneamente con Gastroenterología (validación de preguntas); Obstetricia y Ginecología (transformación de puntajes en notas); Cirugía (revisión del programa del curso) y algunos docentes de cursos básicos.

A partir de 1977, y dado que en algunas asesorías de labor conjunta implicaba un trabajo mayor que la simple discusión o resolución de un problema, se constituyeron los llamados "proyectos de trabajo". Así, por ejemplo, la revisión del programa de Cirugía se constituyó como un proyecto de trabajo. Para seguir con el ejemplo, se definieron objetivos concretos a lograr; se planificó un procedimiento a seguir, se fijaron plazos y otros aspectos.

Otro de los proyectos de envergadura que se comenzó en 1977 fue el "Análisis y Optimización de los Programas de Estudio de la Carrera de Medicina".

Una vez aprobado este curriculum por una Comisión de la Vicerrectoría Académica (Resolución N° 16/76), se inició un estudio analítico de los programas de estudio de acuerdo al N° 4 de la serie "Apuntes de Educación Médica". Este apunte aborda el tema "Los Programas de Estudio o de Curso, en la Escuela de Medicina. Elementos que debe presentar".

Esta publicación, que se dio a conocer a toda la comunidad de la Escuela, se constituyó en una pauta a través de la cual se analizaron y optimizaron los programas de cursos. De este modo, todos ellos presentaban un esquema común. Este proyecto culminó al año siguiente con la publicación que hizo la Vicerrectoría Académica de todos los programas de estudio de la carrera de Medicina.

Como los anteriores, en ese año se formalizaron otros proyectos como:

1. "Desarrollo de un programa docente en una Unidad Docente Asociada de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Sótero del Río".
2. "Elaboración de textos con audiovisuales para el montaje de autoinstructivo en la enseñanza de la Ginecología-Obstetricia".
3. Formulación de Objetivos en la Escuela de Medicina.
4. Capacitación Docente.

En general, así como ocurrió en un principio con las asesorías, los proyectos han sido temporales y permanentes. El citado en el punto 4 anterior corresponde a uno permanente y el señalado en el punto 3 a uno temporal, a largo plazo.

Al año siguiente (1978), además de continuarse con algunos de los proyectos indicados, se incorporan otros, además de pequeñas asesorías.

Entre las labores nuevas destacan:

1. Enfoque teórico-práctico del curso de Parasitología (proyecto).
2. Evaluación del Programa de Becas del Servicio de Recién Nacidos (Asesoría).
3. Revisión de los objetivos de Pediatría (Asesoría).

En 1979 se continuaba con el proyecto de Formulación de Objetivos (se publicaban los correspondientes al curso de Obstetricia y Ginecología: continuaba el trabajo con el Servicio de Recién Nacidos, en esta oportunidad asesorando la producción de módulos de autoinstrucción. Seguía el proyecto del curso de Parasitología (diagnóstico de sarna y pediculosis en alumnos de una Escuela Básica).

Entre aquellos del año académico 1980 se encuentran:

1. Evaluación de los cursos de la carrera: estudio tendiente a detectar, mediante un instrumento adecuado, los problemas que se les presentan a los profesores de la Escuela en su tarea docente.
2. Identificación y descripción de las formas que se utilizan para evaluar en la Escuela de Medicina: también a través de la aplicación de un instrumento apropiado (cuestionario) se obtuvo infor-

mación al respecto. Los resultados fueron dados a conocer por escrito.

3. Curso Internado de Cirugía (Asesoría): Sobresale asesoría por cuanto es primera vez que se aplica una prueba de diagnóstico centrada en la verificación de requisitos, a los alumnos que ingresan a este curso internado (81).

ACTIVIDADES INTERNACIONALES

Ocuparon gran parte de los primeros años de la OEM/UC. Los miembros de la Oficina eran invitados a diferentes actividades en calidad de docentes y de observadores.

Un resumen de estos eventos es el siguiente:

1. IV Conferencia Panamericana de Educación Médica, realizada en agosto y septiembre en Toronto, Canadá. El Dr. Galofré presentó el trabajo "Evaluación para guiar el aprendizaje", 1972.
2. Programa de Medicina Comunitaria. Escuela de Medicina de Asunción, Paraguay. El Dr. Galofré asesoró la formulación de objetivos de este Programa. 1972.
3. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana. El Dr. Juan Ignacio Monge asesoró la planificación de cambios estructurales en esa institución. 1972.
4. Seminario del Center for Educational Research and Development, Harvard University, Boston. El Dr. Galofré expuso en relación a algunos proyectos que llevaba a cabo la OEM/UC. 1973.
5. Taller Pedagógico. Buenos Aires, Argentina. El Dr. Monge asistió como docente de este Taller destinado a profesionales de la salud. 1973.
6. III Curso Internacional de Demografía y Salud. En 1974 el profesor Omar Romo asiste como docente en este curso, realizado en Bogotá, Colombia.
7. Seminario de Pedagogía en Escuelas de Nutrición realizado en Salta, Argentina. El profesor Omar Romo asiste como docente a este seminario, en 1974.
8. Taller de Metodología Educativa. Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia. El profesor Romo asistió como docente invitado, en 1975.
9. Seminario de Pedagogía y Objetivos Educativos. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de la República de Uruguay. A este Seminario, que se realizó con la colaboración de OPS/OMS, fue invitado como docente el Prof. Omar Romo, en 1975.
10. Seminario sobre Educación Médica: Universidad del Valle, Cali, Colombia, 1976: fue invitado como docente el Prof. Omar Romo.
11. Taller: Proceso de Enseñanza-Aprendizaje y el Equipo de Salud, Lima, Perú, 1978. El Prof. Omar Romo fue invitado como docente a otros talleres y seminarios realizados en países sud y centroamericanos.

SEMINARIO DEL CONSEJO DE DOCENCIA

El año 1975 la OEM/UC propuso y planificó un Seminario de Estudio para los Miembros del Consejo de Docencia de la Escuela de Medicina, con la finalidad de definir el tipo de profesional que la Escuela quiere formar. Esto se constituyó como una primera etapa para analizar críticamente el Plan de Estudios entonces vigente. En dicho Seminario se presentaron distintas ponencias que sirvieron de base para la elaboración de la "Declaración de Principios" de la Escuela de Medicina, la que fue entregada oficialmente a los miembros del Consejo de Docencia el día 13 de enero de 1978. Desde entonces, toda acción en relación con planificación y realización de actividades docentes está en función de esta Declaración. Las ponencias mencionadas aparecen en el N° 1 de la Revista de Educación Médica U.C. (octubre, 1983).

AREA DE ORIENTACION E INVESTIGACION Y EDUCACION

En 1974 esta área fue creada "para responder a la magnitud expresada en diversas oportunidades y por diferentes instituciones y personas vinculadas a la

formación de médicos, en el sentido de que se hace necesario atender de manera integral a los estudiantes durante su proceso de formación profesional y de crecimiento como persona...” (“Proceso diagnóstico de la situación curricular”).

Se realizó una encuesta de opinión a los docentes y estudiantes acerca de actividades de orientación educacional en la carrera. Ambos grupos opinaron favorablemente al respecto.

INTRODUCCION A LA COMPUTACION

En el año 1982 la OEM ofreció el curso “Introducción de los Computadores en la Evaluación de la Enseñanza-aprendizaje en una Escuela de Medicina”. Fue desarrollado por el Dr. Terense Harris, del Hospital de Middlesex de la Universidad de Londres. Este curso sirvió de motivación para incorporar esta tecnología como apoyo en ciertos ámbitos de la docencia en nuestra Escuela.

A partir de 1980 los proyectos de trabajo de la Oficina de Educación Médica se agruparon definitivamente en áreas de desarrollo. Ellas incluyen tanto los proyectos en ejecución como aquellos surgidos posteriormente.

En la actualidad la OEM cuenta con ocho grandes áreas en pleno funcionamiento. Ellas son: Área de Currículum, Planes y Programas de Curso; Área Planificación de la Docencia y Diseño de Estrategias de Enseñanza; Área de Evaluación; Área de Apoyo a la Docencia con Medios Audiovisuales e Impresos; Área de Orientación; Área de Capacitación Docente; Área de Extensión; Área de Actividades Internas, Técnicas y Administrativas. Cada una de estas áreas cuenta con una determinada cantidad de proyectos, cuyos fundamentos y descripciones, como asimismo las realizaciones que cada uno ha involucrado, constan en el Documento “Proyectos de Trabajo” que la OEM elaboró en 1990.

Sin duda que la ejecución de las tareas propias de cada área ha sido posible por la existencia de un grupo de personas estructuradas como un equipo de trabajo, con una posición psicopedagógica definida y con una dinámica singular. Con prudencia, y en varias ocasiones, con recursos limitados, se ha logrado enfrentar

y cumplir el trabajo propio de su naturaleza con alta eficiencia y en los tiempos planificados.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

A veinte años de la creación de esta Oficina, han sido no sólo muchas sino muy diversas las experiencias vividas. Sin duda, que el Dr. Galofré plantó un árbol genéticamente frondoso, muy frágil en sus comienzos, sobre todo porque el bosque ya existente le dejaba pasar poca luz. Hubo que dedicar esfuerzos permanentes para sensibilizar a esta comunidad hacia la docencia y pudieran comprender que, básicamente, a través del cambio de actitudes y del uso de algunas estrategias, era susceptible de mejorarla.

Más de alguna nube de escepticismo cubría el bosque. Pero con tesón, compromiso y alimentados de la buena disposición general de los docentes de esta comunidad, se generaban los vientos para alejar esas nubes. Sabíamos que el árbol plantado era de otra especie. Había que darlo a conocer, de prudente manera, para que también pudiera mostrar su follaje. La estaca que dirigió el crecimiento de este árbol, sin duda, fue noble. Recuerdo al Dr. Monge en una oficina estrecha, canalizando amplios caminos de crecimiento y desarrollo. Aun dejando la dirección, ha sido siempre un colaborador incansable. Diría que al Dr. Cubillos le correspondió vigilar los nuevos brotes y cautelar las hojas maduras. Con mucho interés por la Educación, se permeabilizó a sus técnicas y métodos, y aceptó el desafío de incorporarlos en su propia docencia.

Creo que nuestro actual Director, el Dr. Edgardo Cruz, recibió un árbol con un gran tronco. No obstante, se ha empeñado en seguir facilitando el espacio para el desarrollo de sus nuevas ramas. Como lo dije, este es un árbol muy frondoso.

No puedo dejar de referirme a la savia que ha circulado y nutrido al árbol durante estos veinte años. Estimo que fue más que una motivación pedagógica la que tuvo el profesor Omar Romo al participar de esta experiencia educativa. Pienso que no sólo tuvo la inquietud de mirar el bosque desde arriba, sino que supo observarlo bien y, como biólogo, deseó que este frágil

vástago recién plantado debía tener su oportunidad de desarrollo. También deseó que un grupo de pedagogos creyeran en esta tan especial aplicación de la Educación a la enseñanza de la Medicina. Y cual vástago, creó el grupo de estudio y de formación en Educación Médica (GEFEM). Recuerdo las extensas reuniones de análisis pedagógico: discutíamos temas curriculares, metodológicos, evaluativos, tecnológicos, de aprendizaje, de psicopedagogía, conforme a nuestra formación como alumnos —algunos éramos ayudantes— de la Escuela de Educación de esta Universidad.

Sentimos la motivación suficiente de aceptar este camino profesional, a veces incrédulo, pero extraordinariamente atractivo. De este modo comenzamos a ser ayudantes de este proyecto en una "Unidad Académica", que no era la nuestra. Entre vocación y desafío nos fuimos comprometiendo, sin darnos cuenta, merced a nuestro genuino interés innovador. Creo fue decidor en esto la motivación permanente que entrega el profesor Romo.

Cuando participé en las primeras experiencias de capacitación pedagógica me sorprendió la tan satisfactoria respuesta de los docentes ante las tareas pedagógicas encomendadas. Comprobé que, en actividades de cursos o talleres, son muy buenos participantes. Estoy convencido de que así se hace Educación Médica. Esta disciplina no se desarrolla sobre la base de estadísticas de morbilidad de la población. Tampoco se hace sobre la capacidad de camas que tiene determinado centro hospitalario. Recibimos mucha información respecto de estos temas que se albergan dentro de Educación Médica. Será de Educación Médica cualquier actividad que contribuya a la formación de la persona-alumno en su proceso de ser médico.

Me siento como una rama de este árbol frondoso, de aquellas que nacen del tronco principal. Como tal, espero seguir entregando aún más hojas. Por algo me he nutrido de una "savia" muy sabia. Tengo una perspectiva totalmente nítida de este bosque, además de la convicción más absoluta de que el árbol plantado por el Dr. Galofré es perenne.

Reflexiones sobre Educación Médica

Dr. Alberto Galofré

Título de Médico Cirujano en la Universidad de Chile, en 1962. Se dedica a la Investigación en Pediatría en los Hospitales "Dr. Roberto del Río" y "Dr. Sôtero del Río". En 1971 crea la Oficina de Educación Médica en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Master en Educación en la Universidad de Illinois (USA). En 1978 fue nombrado Director de la División de Educación Médica en la Universidad de St. Louis (USA) y en 1985 Decano Asociado de esa Universidad. Consultor de OPS y de OMS para América Latina.

A 115 KM/H

¡Mándame el trabajo urgente!, me dice Omar Romo en su fax. Romo codirige la Oficina de Educación Médica en la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile. La Oficina celebra en 1991 veinte años de vida. Aquí estoy en St. Louis, USA, con varias pilas de papeles con asuntos más o menos apremiantes, hacia el fin del año académico (pero con otro que se inicia en dos semanas más) y a punto de irme de vacaciones. ¿Qué hacer?

En la media hora de viaje de vuelta hacia los suburbios me pongo a reflexionar sobre el asunto. Ayuda el hecho de que estos ordenados yanquis manejan cada uno en su pista de circulación. Siempre queda la opción de decirle a Romo que lo siento mucho, pero gradualmente empiezo a vislumbrar la posibilidad de hacer algo diferente. ¿Por qué no contar simplemente lo que pienso acerca de ciertos asuntos de la Educación Médica? Al fin y al cabo, llevo algunos años en este tema. El cansancio desaparece con el últi-

mo auto que pasé. Me doy cuenta de que estoy haciendo 115 km/h. Bajo la velocidad.

LA HARVARD DE CHILE

Pienso en mi querida Escuela de Medicina de la Universidad Católica. A los gringos les digo que la Escuela es la "Harvard" de Chile. A lo mejor de toda Latinoamérica. No sé si es verdad, pero así me parece. Pienso en su tremendo progreso año a año. Me acuerdo cuando Romo me pedía libros y consejos en Educación Médica. Y uno podía ir a visitar de vuelta al país y hablar de las últimas novedades. Había diferencias. Eso hace por lo menos diez años. Pero no ahora.

Me di cuenta de eso en 1986, cuando, en una conferencia con ocasión del 159 Aniversario de la Oficina, dije que la educación médica en la Católica había llegado a nivel parecido al de USA. Que no debían esperar mucha ayuda del extranjero, que era hora de innovar con lo propio. De exportar ideas en Educación Médica. Seguramente nadie me creyó. Pero lo dije muy en serio.

Hace una semana, Romo me dice en una conversación telefónica que docentes de la Católica vienen llegando de USA, desde un seminario de Harvard y su nuevo currículo: el "New Pathway". ¡Hace dos semanas llegaron los nuestros! Estamos en la época del fax y del "electronic mail". De la CNN y la guerra en el living-room de las casas.

NUEVAS IDEAS CURRICULARES

Más difícil, eso sí, es comunicar el análisis de lo que los hechos significan o pueden significar. ¿Es el "New Pathway" el futuro de la Educación Médica? ¿Hay otras metodologías? Aquí van algunas opiniones.

Una de las dificultades que enfrenta un director de escuela, comité de currículo, o decano, es husmear el ambiente educacional en búsqueda de nuevas ideas curriculares. Es difícil estar entre los pioneros en este asunto, pero tampoco es conveniente ser uno de los últimos convertidos a una nueva ideología educacional. La

dificultad está en tener que pronosticar si la nueva ideología o metodología tiene méritos y posibilidades de convertirse en el modo educacional imperante en un futuro a corto o mediano plazo. En esto, educacional puede referirse tanto a la organización del currículo como a una metodología instruccional, o de evaluación. Tres ejemplos recientes que saltan a la memoria: el uso de la enseñanza en base a problemas, la enseñanza con computadoras y la evaluación con pacientes estandarizados.

EL PBL

El interés en el "New Pathway" de Harvard se refiere al uso de la enseñanza en base a problemas (Problem Based Learning o "PBL") (1).

En sí esto no es nuevo. El más antiguo ejemplo que conocen los educadores médicos es el de la Escuela de McMaster, en Ontario, Canadá. Pero ha habido otras menos conocidas. Tuve la suerte de enseñar, en la década de los años setenta, por tres años con PBL en la Escuela de Michigan State, en donde el PBL era una vía alternativa a la tradicional. En esos años el PBL era una curiosidad cuando sólo McMaster y Michigan State lo usaban. Los alumnos no aprendían más con PBL, pero parecían más felices. Esto no es una cuestión trivial cuando veo los efectos que el currículo tradicional causa en algunos alumnos.

A mediados de la década de los ochenta Harvard comienza a usar PBL. Gracias a Harvard, el PBL se hizo respetable. Aquí en USA, Harvard es sinónimo de la más alta calidad. Si Harvard lo usa, hay que poner atención. La mayoría de las escuelas en USA ahora están pensando cómo usar PBL.

Hay que entender algunas cosas acerca del PBL. No es fácil insertarlo en una escuela con currículo tradicional. Pero tampoco la dificultad es enorme. Es perfectamente factible. Hay varios modelos (Ejemplos: dos vías, una sola vía, un día a la semana, algunos cursos). Hay tantos modelos como escuelas que lo usan.

¿Es el PBL la solución para el futuro? No creo. Más bien creo que el PBL va a

coexistir con los métodos tradicionales. Veremos algunas etapas. Una etapa en que muchas escuelas lo comienzan a usar. Después una etapa de consolidación en que la fatiga de los docentes y otros factores hacen que algunas escuelas vuelvan al modelo más tradicional. Quedará un porcentaje que no subirá del 20% usando PBL en la mayoría del currículo, es decir, escuelas con currículo predominantemente PBL. Digo esto, pues es posible usar PBL en un curso o parte de un curso.

¿De qué dependerá su uso en una determinada escuela?

Principalmente de la existencia de líderes convencidos del PBL y de la aceptación por parte de los docentes. No digo de los alumnos, pues la mayoría de los alumnos se transforman en conversos inmediatos cuando participan en una sesión de PBL. Eso sí, no a todos les gusta el sistema. Estimo que entre un tercio a la mitad de los estudiantes prefieren estudiar con un sistema tradicional de clases.

COMPUTADORAS EN EDUCACION

Algo similar pronostico para el uso de computadoras en educación. Por varios años he seguido el proceso de la inserción de las computadoras y de su uso en Educación Médica. Por tres o cuatro años, además, solía ir a las reuniones de los investigadores educacionales donde presentaban sus trabajos con los niveles de escuelas elemental y secundaria. Después del interés inicial: muy poco. Muchas computadoras languidecen en las escuelas acumulando polvo.

Claro que en las escuelas de medicina les ha ido algo mejor. Cada año en la reunión anual de las escuelas de medicina de USA se exhiben los últimos adelantos en programas de instrucción y evaluación por computadoras. Habitualmente, hay entre diez a veinte programas nuevos. Unos para MacIntosh Apple y otros para máquinas tipo IBM. Menos de media docena son sobresalientes: un programa que imita los sonidos del corazón, otro los del pulmón.

Muchos son sólo prototipos sin intención comercial. Otros son demasiado caros. Un problema es que las escuelas tienen que, por el momento, disponer de

computadoras Apple y tipo IBM, ya que muchos programas son desarrollados para un solo sistema.

¿Qué significa todo esto? Lo más probable es que las computadoras ocupen el mismo lugar que en su tiempo tuvieron las cassettes de sonido, las filmas, las películas de 16 mm, el videodisco y las videocintas, por nombrar algunos ejemplos. Es decir, son útiles para ciertas cosas, pero difícil es que sean la respuesta única en educación. Creo que su uso más sólido es en la presentación de simulaciones, como son la imitación de casos clínicos o de fenómenos clínicos como los que mencioné anteriormente.

Otro campo fértil para el uso de computadoras es el uso como ayuda en el proceso diagnóstico. Esta área lleva muchos años en desarrollo y, actualmente, hay programas cuya sofisticación permite usarlos como ayuda en la instrucción clínica.

PACIENTES ESTANDARIZADOS

El tercer y último dilema que enfrentan las escuelas es el uso de pacientes estandarizados (2). Existe en USA un movimiento creciente hacia la exigencia de certificar competencias de los egresados de un programa. Aunque me voy a referir a las escuelas de medicina, este movimiento se extiende hacia las universidades en general y al producto de programas. Por ejemplo, para el año 1995, en la región central de USA, las universidades en su proceso de acreditación deben demostrar la competencia de sus egresados. Nadie sabe todavía cómo se podrá implementar este objetivo.

Las escuelas de medicina son acreditadas por un organismo único que las examina por lo menos cada siete años. Recientemente, se agregó una cláusula en la que se requiere que las escuelas tengan programas de evaluación que sean más que exámenes de papel y lápiz. También el organismo que otorga la licencia de médico está estudiando la factibilidad de usar esta metodología para complementar los exámenes actuales de papel y lápiz. De ahí el interés en este tema de los pacientes estandarizados.

Los pacientes estandarizados son individuos entrenados para reproducir un determinado paciente con todos los signos y síntomas. Esto lo hacen en forma estandarizada ante cualquier examinando. La evaluación se hace con pautas predeterminadas.

Hay unos pocos centros en USA ensayando esta metodología. Algunos trabajos apuntan hacia algunas de las dificultades, pero no todas. Lo que no dicen: cuesta relativamente caro, es difícil producir los casos clínicos en suficiente número, y entrenar individuos como pacientes estandarizados no es fácil.

Creo que va a ser muy difícil exigir que las escuelas dispongan de esta metodología y creo poco factible que los exámenes nacionales la usen en forma predominante. Veremos.

El tránsito se detiene. La densidad de automóviles hace que se formen largas filas. Pero siempre cada uno en su pista. Reflexiono ahora sobre el futuro de la Educación Médica. Me imagino una bola de cristal. Bien grande. Veamos.

EL FUTURO

La gente que se interesa en esto del futuro dice que hay una tendencia a pensar en forma lineal. Más de esto y menos de lo otro. Pero en relación a lo que estamos acostumbrados. Es más difícil pensar en esquemas diferentes.

Creo que van a pasar muchos años antes de que la clase magistral se olvide. En veinte años más una mirada a las escuelas encontrará todavía la clase magistral en uso y tal vez en forma predominante. Es barata y eficiente. Claro que tiene problemas, pero por algo ha sobrevivido cientos de años.

¿Y el futuro de la docencia en general? Existe, por lo menos en USA, una tendencia vertiginosa a ir dejando la docencia bien detrás de la investigación y de la atención de pacientes. Veo como año tras año los docentes se canalizan más y más hacia lo que es recompensado: cualquier cosa menos la docencia. La investigación se traduce en trabajos científicos y éstos son la moneda dura que abre las puertas a las promociones. La atención de pacientes no necesarios para la docencia, pero sí

para los cofres de la escuela aumenta las divisas que permiten su funcionamiento. ¡En USA el 50% del presupuesto de muchas escuelas depende de la atención de pacientes! En este sistema la docencia va a languidecer, a menos que se enfrente el problema.

Una posible solución es separar los presupuestos de investigación, servicio y docencia. Esto no se hace actualmente en USA y hacerlo va a constituir una verdadera revolución. Es factible, pero difícil. En parte, porque no se comienza desde cero. Hay historias y prácticas en las escuelas que es necesario renovar. Pero, técnicamente, con computadoras y modernos programas es factible preparar presupuestos serios que garanticen una adecuada recompensa a aquellos que desean sólo hacer docencia. Veremos qué nos trae el futuro en este campo.

Otro cambio que será necesario y que es complementario al anterior es disponer de vías paralelas de promoción para docentes. Será necesario tener en las escuelas vías alternativas que garanticen al docente posibilidades de encontrar trabajo en otras escuelas. Actualmente, sin investigación es muy difícil obtener promoción en USA. En consecuencia, los docentes de la vía paralela deben ser reconocidos a igual nivel que los investigadores.

La velocidad de los automóviles disminuye gradualmente hasta que el flujo se detiene. Por el espejo retrovisor veo con angustia como el Corvette detrás mío viene a buena velocidad. ¿Podrá detenerse a tiempo? Se detiene a unos pocos metros detrás del parachoques trasero. Un suspiro de alivio.

VEINTE AÑOS

Los recuerdos asaltan la mente. ¡La Oficina de Educación Médica de la Universidad Católica celebra veinte años de existencia en 1991! Esto es todo un acontecimiento. Veinte años de progreso no interrumpido. ¡Cuántos alumnos y docentes se han beneficiado de su labor!

La idea, por supuesto, había germinado por lo menos cinco años antes. Pero se debió al apoyo del entonces decano Hugo Salvestrini, del director de la Escuela

Víctor Maturana y del secretario Ricardo Ferretti, quienes dieron el sí definitivo. Don Hugo me dio el aliento para iniciar el proyecto y don Víctor estuvo presente siempre cuando lo necesitaba. Cuando cometía algún error, ahí estaba don Víctor para sacarnos del apuro. Posteriormente, Ricardo Ferretti, con su apoyo cuando decano, amplió la oficina.

Hubo otros trabajadores infatigables: Lorenzo Cubillos, Juan Ignacio Monge, Edgardo Cruz. A todos ellos mi cálido reconocimiento en este aniversario.

Pero he dejado para el último a quien ha conducido a la OEM la mayor parte de su existencia. Me refiero a Omar Romo. Omar, con su talento ha logrado capear temporales y mantener la oficina en su ruta de progreso. Más que nunca es cierto eso de que las palabras no hacen justicia

a la situación. Omar, la Educación Médica tiene una deuda de gratitud contigo.

En la distancia veo el letrero que indica que debo salirme de la autopista para entrar en las calles laterales. Es hora de llegar a casa. El viaje se hizo corto esta vez.

St. Louis, USA. Agosto, 1991.

REFERENCIAS

1. PATEL, V.L.; GROEN, G.J. and NORMAN, G.R. Effects of Conventional and Problem-based Medical Curricula on Problem Solving. *Acad. Med.* 66 (1991); 380-389.
2. VAN DER VLEUTEN, C.P.M. and SWANSON, D.B. Assessment of Clinical Skills with Standardized Patients: State of the Art. *Teach. Learn. Med.* 2 (1990); 58-76.

La enseñanza problematizada. Algunas ideas en torno a su fundamentación. Su aplicación al diseño instruccional

Dr. Juan I. Monge E.

Estudios médicos en la P.U.C. de Chile. Título de Médico Cirujano en la U. de Chile (1954). Profesor Titular de Cirugía, Decano de la Facultad de Medicina de la P.U.C. de Chile (1967-1970) y Director del Hospital Clínico de la P.U.C. de Chile.

La enseñanza problematizada constituye un medio, especialmente, adecuado a la finalidad de obtener la integración de conocimientos en la enseñanza por disciplinas. Es un método para acceder al conocimiento, si se la utiliza como un instrumento pedagógico, en lugar de la enseñanza sistemática.

La enseñanza por disciplinas es la expresión pedagógica del idealismo filosófico, en el cual el conocimiento constituye en sí mismo una entidad. Por consiguiente,

esto es susceptible de ser transmitido mediante la comunicación de contenidos. En términos de la psicología del aprendizaje, exige ser retenida por el sujeto que aprende, en virtud de sus habilidades intelectuales, en especial de la capacidad de memorización.

Estudios sobre la retención del aprendizaje memorizado señalan una curva de olvido, que en el caso de datos aislados alcanza al 80% de lo aprendido al cabo de dos años. La retención de conceptos,

principios o leyes tiene en cambio para el mismo plazo niveles cercanos al 90% de retención.

Cabría preguntarse si la conceptualización, la capacidad de formular principios o leyes se adquieren por simple memorización, o representan etapas superiores de un proceso de elaboración intelectual propio de cada individuo. Recurriendo a un modelo fisiológico y con las limitaciones que ello implica, podría pensarse en un paralelismo entre las funciones de asimilación intelectual y de asimilación de nutrientes. Así, sustancias (información) extrañas al organismo, deben ser objeto de un proceso de degradación enzimática (análisis) que descomponiéndolas en sus partes fundamentales, moléculas (datos), hace posible su absorción. Una vez absorbidas, son objeto de síntesis progresivas que dan lugar a sustancias químicas de diversa complejidad (subconceptos, conceptos, principios, leyes) que son reconocidos por el organismo como propios e incorporadas(os) a sus parénquimas (memoria).

La enseñanza problematizada es la expresión pedagógica de la escuela filosófica del realismo crítico. Esta sostiene que el conocimiento se construye inductivamente, a través de las propias experiencias. La sucesión de experiencias permite ampliar, progresivamente, las bases del conocimiento individual. La sistematización del saber representaría la culminación de un proceso de conceptualización de las propias experiencias.

Esta especulación filosófica se ve confirmada por las observaciones empíricas de la psicología, y en especial de la psicología del desarrollo. En términos de una integración filosófico-psicológica, se expresa en las formulaciones de la epistemología genética. En esta disciplina, el conocimiento se concibe como un proceso en continua reformulación.

La traducción de estos principios a la educación constituye el fundamento de la enseñanza problematizada, centrada en los métodos heurísticos.

Las consideraciones previas revisten, a nuestro juicio, especial importancia cuando el docente se enfrenta a la tarea de planificar un curso.

Las ideas que se enumeran a continuación en forma sintética pueden ser útiles

como orientaciones básicas, para adoptar criterios de selección de objetivos, de contenidos y de experiencias de aprendizaje conducentes al logro de dichos objetivos.

—El ejercicio de la medicina individual puede reducirse a una categoría universal: la solución de problemas.

—La capacidad profesional se adquiere por el dominio del método para resolver problemas.

—El método para resolver problemas en la atención médica es el método clínico.

—El método clínico puede definirse como un conjunto de habilidades intelectuales y de destrezas motoras que permiten al médico, enfrentado a su paciente, identificar el problema (formular el diagnóstico más probable), someter su hipótesis a prueba mediante exámenes complementarios, y resolver el problema con la aplicación o ejecución de un tratamiento.

La naturaleza del problema define la o las áreas del conocimiento, que deben informar el proceso diagnóstico o la acción terapéutica.

Interpretación diagramática del mecanismo de adecuación de conducta en la solución de problemas



—El conocimiento (precientífico o científico) se adquiere activamente a través de la propia experiencia, y mediante el acceso a las fuentes del saber acumulado (en personas o depósitos de información).

La psicología experimental ha demostrado en animales la eficacia del método heurístico en términos de la adquisición de conductas estables y adecuadas a la resolución de problemas. En el hombre la retención de aprendizajes adquiridos a través de la propia experiencia parece ser significativamente más elevada de la que se adquiere mediante la enseñanza por disciplinas.

Es probable que ambos enfoques filosóficos, el idealismo y el realismo crítico, o sus expresiones pedagógicas, la enseñanza por disciplinas y la enseñanza problematizada, aportan elementos válidos en la interpretación del proceso de aprendizaje.

Si se analiza el método clínico, se aprecia una imbricación de elementos de ambas interpretaciones. Así, la experiencia del clínico representa la acumulación de sus aprendizajes, continuamente reformulados por sus propias vivencias, como también del conocimiento que le es aportado por otras personas o por los medios de información especializada.

Estrategias de enseñanza para fomentar el cambio de actitudes

Prof. Omar Romo V.

Profesor Titular, Director Asociado y uno de los fundadores de la Oficina de Educación Médica de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Tanto en esta Institución como en la Universidad de Chile ha desempeñado diversos cargos académicos. Consultor Internacional de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina (FEPAFEM) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

PRESENTACION

A medida que pensaba en este tema, pude darme cuenta de que existía un arco iris de posibilidades de enfrentamiento del problema y, como no está en mí el deseo de apelar sólo a nuestra razón, porque un tema de este tipo no permite quedarse sólo en ella, los invito a sumirnos y viajar a nuestra interioridad, a través de un cuestionamiento de lo que significa "el proceso de desarrollar actitudes".

¿Es posible desarrollar una estrategia para cambiar actitudes sólo en cuanto a un curso, un ciclo o un conjunto de cursos; y en las horas y con los docentes responsables de su enseñanza; y si lo hacen, en qué forma compromete a los docentes de otras áreas?

Sin desconocer que cada área de la Medicina puede requerir el desarrollo de actitudes particulares, el camino para promover cambios debería considerar un marco de referencia general, en cuanto a las actitudes de toda la carrera.

Una vez determinadas las directrices, ¿aquellas actitudes no tendrían que ser internalizadas y puestas en acción por todos los docentes, antes de pretender que se desplieguen en los alumnos?

Podría pensarse que ciertos campos clínicos promoverían el desarrollo de ciertas actitudes o también que sus formas de docencia interfieren o tienen efectos negativos en el aprendizaje de ellas.

Si estimamos que esto es así, tendríamos que asumir como Escuela una concepción curricular consecuente, de tal modo que todos sus docentes actúen desde el sí mismo, desde lo que cada uno espera, conforme la persona se va descubriendo; y asista al alumno en los procesos de definirse con respecto a lo que espera de sí, a lo que anhela la Escuela, y seleccione así los medios adecuados a dichos fines.

Cada persona descubre y asume su proyecto existencial de acuerdo a sus potencialidades, con sus impotencias y limitaciones y usa los medios para lograr los fines que le permitan no sólo un aprendizaje efectivo, sino también un aprendizaje significativo.

¿Qué valor, qué papel le estamos asignando al docente de acuerdo a este planteamiento: debe asumir en la Universidad el rol de orientador del desarrollo; si es así, implica que él debe asumirse como persona y llevar a cabo procesos previos de aceptación de sí?

¿Persigue el docente en su trabajo los fines que ha seleccionado la Escuela, o independientemente de su propia concepción de vida y de sus valores, se limita a ser un aplicador de técnicas que le llevan a desarrollar actitudes que él no vive y que tal vez el alumno no acepta?

¿Cuáles son los procesos educacionales facilitadores del cambio responsable, asumido desde la propia interioridad del sujeto?

¿Si el aprendizaje-enseñanza es un proceso de relaciones interpersonales, en el cual el docente debe establecer una "relación de ayuda", cuáles son los espacios curriculares que lo permiten y de acuerdo a esto, cómo deben ser expresados los programas de cursos?

¿Cómo equilibrar una educación informativa centrada en los contenidos y una educación formativa; cuál es la convergen-

cia entre desempeño eficaz y desarrollo personal?

¿No será necesario identificar aquellos factores que interfieren en una Escuela en la autorrealización de sus docentes, quienes pueden cumplir su rol como educadores solamente si están bien, en cuanto se encuentren en un proceso permanente de búsqueda y de armonía?

¿Cuáles son los obstáculos que el docente enfrenta cada día, qué hace la Escuela y cada docente para superarlos?

¿Cómo lograr que el estudiante se comprometa personalmente con el logro de aprendizajes?

A medida que me hacía estas preguntas, y en especial si era pertinente hacerlas o me abocaba al desarrollo del tema específico, fui lentamente comprometiéndome con el problema del desarrollo de actitudes, no sólo intelectualmente; sentí que el desafío llegaba con hondura a mi mundo afectivo y a la esencia de mis valores como persona y como educador.

Decisiones previas

El problema de las estrategias exige decisiones de tipo filosófico referentes a estilos de vida, tipo de hombre, etc., y tiene que abordarse como una forma de percibir y sentir al ser humano singular y a sus relaciones con otros hombres, la sociedad, la naturaleza y todo el mundo circundante.

Una institución educativa, como la Escuela de Medicina, no puede "cosificar" al docente, por lo cual cada uno de ellos debe optar si quiere o no asumir una opción curricular que ponga en marcha la vocación humana, que es crear las condiciones para que otros hombres, en este caso los estudiantes, crezcan como personas.

Al docente le corresponde "animar la naturaleza interior positiva", aceptando que los impulsos y tendencias hacia la autoplenuitud —la salud— son débiles en el hombre, son ahogadas por los hábitos, actitudes culturales, impulsos temerosos —regresivos—, por lo cual tiene que estar preparado, aceptando el desafío y el riesgo, incluso el fracaso y la frustración.

La Escuela y sus docentes tienen que reconocer que sus estudiantes, como to-

dos nosotros, están inacabados, que la educación es una tarea personal y un proceso intencionado que postula fines, que se realiza en una relación interpersonal, que motiva inquietudes e imparte conocimientos, que promueve la adhesión a valores; que consiste, en suma, en un enriquecimiento cualitativo del ser, en equilibrio con el aumento cuantitativo del saber.

Son más las interrogantes que surgen de un tema de este tipo que las respuestas, pero es necesario comenzar porque "el ser y llegar a ser" constituyen una unidad y una persona es simultáneamente actualidad y potencia.

Alvin Toffler expresa que "el shock del futuro es la desorientación vertiginosa producida por la llegada prematura del futuro que nace de la superposición de la cultura nueva sobre la antigua. Es un shock cultural de las relaciones con uno mismo".

Por esto les quiero expresar que siento, desde mi interioridad, que no podemos esperar más tiempo; es indispensable comenzar aquí y ahora y no continuar buscando la solución en las metodologías o las técnicas docentes, sino en una selección de estrategias, previa explicitación de un marco conceptual con el cual el docente debiera comprometerse en acciones concretas.

La tarea es ineludible, la educación de muchos estudiantes se atrasa en forma exponencial cada día, porque no buscamos los principios orientadores de nuestro quehacer.

Complejidad del proceso

Por otra parte, es conveniente recordar que existe una serie de factores que influyen sobre el comportamiento actitudinal y su consideración es importante, dada la trascendencia que poseen en las conductas de las personas, en su relación con otros, en los grupos y en la comunidad.

Las actitudes son tipos complejos de aprendizaje, tanto por los procesos involucrados como por la relación que existe entre su formación y sus expresiones externas; la conducta en general está influida por experiencias pasadas que yacen en el inconsciente y por pensamientos y sentimientos conscientes.

Rol de la Escuela

La Escuela, como institución educativa, debe proveer al estudiante de oportunidades para desarrollar aquellas actitudes esenciales para ser un buen profesional de la salud, lo que significa reconocer su responsabilidad en el proceso permanente de desarrollo de sus capacidades como persona y como estudiante a lo largo de su educación universitaria.

Sus capacidades cognitivas, sus procesos mentales, sus valores, se ven expuestos a multiplicidad de influencias que encontrarán resonancia en sus ideas y experiencias previas; confrontarán valores contradictorios sustentados por sus docentes, y un ambiente que afectará sustancialmente sus formas de pensar, sentir y actuar.

Aquellos que recién ingresan, viven intensamente el encuentro, con interpretaciones diversas de los acontecimientos, a partir de los cuales generarán sus actitudes y establecerán su sistema de valores.

La educación en la Escuela, y esencialmente los docentes, actúan con tal fuerza con su escala de valores sobre el estudiante, que cambia su autoimagen, la comprensión de sí mismo, de las demás personas con que se relaciona y del mundo circundante, por lo que no es posible dejar al simple azar la formación de actitudes que la Escuela estima debieran caracterizar a sus egresados.

Esto significa que el docente tiene que tomar conciencia del impacto que produce en sus alumnos, y la Escuela debiera evaluar dicha acción, para así llevar a cabo la tarea de innovar en aquellos estilos docentes que no apuntan hacia las actitudes que postula, ya que cada situación-enseñanza-aprendizaje es reflejo del docente participante.

Decisiones curriculares

Muchas de estas variables pueden ser organizadas por la Escuela, de tal modo que los estudiantes vivan un aprendizaje significativo, en interacción con docentes que presenten algunas de las actitudes directrices en su quehacer, ya que éstas serán modelo para aquellos estudiantes que estén en su área de contacto.

Por ello, se deben revisar los contenidos curriculares, conceptos, interrogantes o si-

tuciones, para analizar el efecto que el sistema curricular ejerce sobre los estudiantes.

Pero no es fácil resolver el problema desde la perspectiva curricular si no se clarifican previamente algunos conceptos básicos. Recordemos que existe gran confusión en la literatura en relación con el concepto de Curriculum, debido a la variedad de posiciones que se postulan.

Las concepciones acerca del Curriculum se refieren a aproximaciones de respuestas, con diversos enfoques, a problemas como los siguientes: qué puede ser enseñado, a quién, cuándo y cómo hacerlo.

La primera concepción, el Curriculum cognoscitivo, centra su acción en el estudiante y su proceso de aprendizaje, en cuanto consiste en desarrollar los procesos intelectuales y las destrezas cognoscitivas que pueden ser aplicadas a la enseñanza de cualquier materia, y proporcionar así, al estudiante, una autonomía intelectual.

El Curriculum tecnológico no se interesa por el proceso de aprender, sino por la tecnología mediante la cual el conocimiento es comunicado y el aprendizaje es facilitado; por tanto los objetivos y contenidos son claramente predefinidos.

El Curriculum como expresión de racionalismo académico está orientado a cultivar el intelecto del estudiante, proporcionándole oportunidades para adquirir productos intelectuales (conocimiento sistematizado) con énfasis en las disciplinas básicas.

El Curriculum como realización personal tiene su centro en el sujeto y provee experiencia para el crecimiento personal y desarrollo del estudiante; se preocupa de "qué" se enseña y, aunque vinculado al proceso, "cómo se enseña", le asigna a la educación una tarea más significativa: proporciona contenidos e instrumentos y métodos para el autodescubrimiento, para una experiencia de integración personal ("quién").

Ninguno de estos enfoques es excluyente; por tanto, el Curriculum de una Escuela debe concretarse, a partir de lo más adecuado de ellos, en estrategias que respondan a los principios que ésta se ha dado y a la realidad en que se encuentra inmersa, preocupándose de usar los medios y seleccionar las actividades que aseguren el resultado propuesto.

La definición que postulo está basada en la "experiencia del que aprende", por cuanto no sólo importan el contenido de la materia y las estrategias de enseñanza, donde se tiene la oportunidad de vivir experiencias significativas para su desarrollo como persona, ya que la *Escuela no es sólo un lugar donde se enseña Medicina, sino donde se aprende a ser médico.*

Consideraremos entonces el Curriculum como "experiencias vividas por los alumnos a partir de un conjunto de oportunidades de aprendizaje, provistas y orientadas por la Escuela, ya sea dentro o fuera del aula, a partir de un conjunto de elementos que pueden tener influencia sobre el alumno, y así provocar los cambios conforme a los objetivos terminales explicitados.

Todo el sistema curricular genera un "clima o ambiente" que actúa sobre el alumno y produce en él cambios a veces más poderosos que el expresado por los documentos oficiales; por ello, no se puede juzgar un Curriculum por su forma impresa. Algunos hablan de un Curriculum formal y de otro real; las Escuelas descuidan este último.

Para llevar a cabo una tarea curricular de este tipo en una Escuela Universitaria, se hace indispensable hacer un análisis de los fundamentos teóricos que le sirven de sustentación, de las normas que al respecto se han formulado y de una serie de factores que surgen de diferentes áreas, como de aquellos conceptos que la institución ha adoptado y definido. Además se debe evaluar la efectividad de las modificaciones que se propongan, estableciendo los indicadores de logros de los cambios propuestos.

Es indispensable dejar firmemente establecido que todo cambio, aunque responda a razones de urgencia, debe tener su fundamento, su base teórica que justifique que lo más conveniente es llevar ese ajuste y no otro.

Las actitudes de la enseñanza

Las actitudes que emerjan del marco teórico de la Escuela debieran expresarse en un continuum y poner en acción las estrategias adecuadas para alcanzarlas.

El continuum es una variable que permite organizar y relacionar entre sí los

diferentes tipos de comportamiento a través del proceso de aprendizaje de la carrera. De este modo, se va convirtiendo de manera sucesiva y cada vez más generalizada en parte del individuo.

En el caso de los diversos tipos de comportamiento afectivo, el principio unificador para estructurar el continuum puede ser el de internalización, que al ser expresado en forma de diferentes objetivos permite delimitar, describir y clarificar los objetivos terminales para cada etapa. Así es posible ordenar y definir operativamente las tareas que enfrenta el docente y se puede estructurar jerárquicamente el continuum; se lo divide en pasos en forma pragmática.

En una Escuela de Medicina el logro de los objetivos cognoscitivos se puede llevar a cabo en forma simultánea con la obtención de objetivos afectivos; el problema para alcanzar este doble propósito es la voluntad y el esfuerzo sistemático para lograrlo. Posiblemente, debido a la lentitud de adquisición de ellos o porque se producen transformaciones repentinas que desconciertan, el comprometerse con el desarrollo de actitudes es considerado como un logro marginal.

En primer lugar, asumamos los objetivos menos controvertidos y acerca de los cuales la mayoría de los docentes están de acuerdo. Preguntémoslos cómo desarrollarlos, y probablemente la mejor técnica sea dar a los estudiantes la oportunidad de comprender su importancia, por ejemplo, en discusiones orientadas, sin que el docente califique los argumentos dados. A menudo lo que el profesor "hace" es más fuerte que lo que "dice".

El dominio afectivo comienza en el umbral de la conciencia y da las bases para la mayor parte de las conductas manifiestas del individuo.

La interacción en el desarrollo de actitudes

De la multiplicidad de variables que interactúan en el proceso aprendizaje-enseñanza se hace necesario destacar los sujetos-personas que participan en él y cómo sus características personales y el ambiente que se produce en dicha relación son determinantes en cuanto a facilitar o interferir en el desarrollo de actitudes.

Para lograr esta enseñanza significativa, son fundamentales las actitudes que tienen los docentes para enseñar y los alumnos para aprender y las interacciones que se crean en esta dinámica.

Según el tipo de interacción que se produzca en el proceso de aprendizaje, se dan diversos niveles de efectividad para el aprendizaje de actitudes; la menos efectiva es aquella en la cual el docente se "comunica" unidireccionalmente, luego la bidireccional que mejora si además se permite comunicación entre alumnos, siendo la más efectiva aquella en la cual el docente es un participante en el proceso de comunicación entre todos los miembros del grupo.

Las diversas técnicas o métodos de enseñanza pueden diferenciarse en el grado de participación de docentes y alumnos. Aquellas *centradas en el profesor* apuntan a la entrega de informaciones, que junto con las creencias y valores de los alumnos constituyen aspectos cognoscitivos importantes para el desarrollo de actitudes; en el conjunto de técnicas de *interacción docente-alumno* aparecen en juego, además, aspectos afectivos; surge una diferente disposición para aprender, dado que el docente orienta el aprendizaje y le importa no sólo el *qué* se aprende, sino el *cómo* se aprende; emerge así un aprendizaje vital que favorece la actitud de cooperar, facilita el desarrollo de la creatividad y disminuye los temores e inhibiciones. En aquellas *centradas en el alumno*, se produce, junto a los dos aspectos anteriores, el compromiso personal en la acción, por lo que son muy efectivas para el desarrollo de actitudes, pues se consideran los factores de motivación y satisfacción en el proceso, mejorando el clima de aprendizaje que favorece su desenvolvimiento.

Rol del docente y del alumno. Condiciones

Creo que el rol del docente es la de un orientador o facilitador del aprendizaje en cuanto persona y aportador de recursos y *creador de ambiente* para los aprendizajes deseados.

Su enseñanza se verá favorecida si considera las motivaciones e intereses de los estudiantes, si da oportunidades de ejercitar la tarea de acuerdo a su complejidad;

si permite la comprensión global de ella, la percepción de sus secuencias, jerarquizaciones e interrelaciones; si confiere al material una estructuración significativa y destaca los conceptos esenciales.

Para el estudiante es fundamental su compromiso afectivo en el aprendizaje, donde pone en juego su sistema de valores y creencias, necesidades e intereses, junto a las capacidades cognitivas (memoria, concentración, capacidad perceptiva, etc.), las experiencias previas, los requisitos para aprender la nueva tarea, y la retroalimentación de sus progresos y errores, acompañado de la recomendación correspondiente para lograr los objetivos.

Forman parte importante del mensaje la disposición interna del docente hacia sí mismo, sus alumnos, el tema y la congruencia de lo que dice con su lenguaje corporal; esta actitud afecta la forma de comunicación. Aristóteles llamó "ethos" a esta característica; a la calidad del orador que constituye un llamamiento directo al que escucha.

Una perspectiva

Por último, antes de dar una visión de las estrategias, analicemos el siguiente planteamiento, desde la perspectiva de Carl Rogers:

El logro de una formación profesional debiera ir integrado con una formación personal interior que facilite el propio crecimiento y el de los otros.

El punto de vista de Carl Rogers en psicoterapia "fue conocido como centrado en el cliente, lo que significaba que la persona que buscaba ayuda no era tratada como un paciente dependiente, sino como un cliente responsable; en la educación se le llamó enseñanza centrada en el estudiante; a medida que se extendió a otros campos, se lo ha llamado enfoque centrado en la persona, y actualmente de "persona a persona".

Presenta una visión del hombre como un organismo digno de confianza; la base del enfoque es la tendencia natural al desarrollo completo, una realización constructiva de todas sus potencialidades.

Promueve una mayor independencia e integración del individuo; en lugar de ayudar a resolver el problema, es al individuo a quien se ayuda a crecer de modo

que él pueda hacer frente al problema y a otros problemas de manera integrada, más independiente, más responsable.

Esto significa que el docente debe aceptar y asumir el riesgo de descubrirse como persona, y así permitir aceptarse y aceptar a sus alumnos como tales. Se revela así el docente-persona interactuando con alumnos-personas; desaparece el docente omnisciente y el alumno como receptáculo vacío presto a ser llenado por conocimientos inertes.

El docente ayuda a que los estudiantes aprendan y se desarrollen y esta tarea sólo un ser humano la puede cumplir.

La relación docente-alumno auténtica que se genera, estimula procesos exploratorios, imaginativos y creativos en los alumnos, obteniéndose un aprendizaje significativo.

Apliquemos a nivel aula algunas de las condiciones que, según Rogers, posibilitan el aprendizaje y el despliegue de las capacidades del individuo para comprender y dirigir su vida:

—Enfrentar una situación que se percibe como problema serio y significativo; así el individuo desea aprender o cambiar para resolver la dificultad sentida.

El docente debiera plantear una situación de enseñanza-aprendizaje y el alumno responder vitalmente a ella, con todo su intelecto, emotividad y psicomotricidad, si el caso lo requiere.

—*Coherencia*. Si proyectamos esta condición en la relación docente-alumno, debemos exigirle al profesor autenticidad; es decir, manifestarse como un ser real y verdadero, no como un ser impersonal, con potencialidades de respuestas brotadas de una vertiente infinita; el profesor, como adulto debe asumir su rol con responsabilidad. Son los sentimientos y actitudes expresadas y no los juicios acerca de los estudiantes los que ayudan, y en la relación interpersonal esto permite un espacio para ser.

—*Respeto positivo e incondicional*. Un verdadero docente debe crear en el aula un clima de confianza y seguridad, que provoquen aprendizaje, que involucren tanto al profesor como al alumno. La idea de que sólo es el alumno el que aprende, se reemplaza por el binomio profesor-alumno y alumno-profesor, de acuerdo con la dinámica del grupo.

—*Comprensión empática.* Para cumplir su rol, el docente debe necesariamente comprender los sentimientos y actitudes de sus alumnos, confiar en ellos y manifestar “estar con cada uno de ellos”.

En la relación interpersonal esto ayuda a tener a cada uno una comprensión más clara de su propio mundo y de su propia conducta y, por tanto, tener un mayor control sobre ellos.

Así el otro puede escucharse a sí mismo con *aceptación*, se experimenta con gusto; se atreve a mostrarse; aumenta el control sobre sí mismo, es más abierto y menos defensivo. El lugar de la evaluación, de la decisión y de la autoridad está en el individuo.

No debe confundirse el compartir sentimiento, con las aprobaciones o rechazos desde el punto de vista intelectual.

—*Comunicación de la coherencia, aceptación y empatía.* El alumno debe percibir al docente como un hombre integrado, respetuoso y comprensivo, manteniendo su carácter humano y no atribuyéndosele condiciones divinas. El profesor puede facilitar en el alumno la visión de diversos caminos que se le ofrecen, pero es el alumno quien debe descubrir por sí mismo cuál es su opción y responsabilizarse de su propia elección.

—*Preparar al estudiante para que pueda asumir todas las responsabilidades de su proceso educativo, respetando sus experiencias, sus posibilidades —casi siempre subestimadas— y su ritmo de aprendizaje; así se logra mayor eficacia, espíritu de iniciativa, responsabilidad en las opciones, originalidad, curiosidad y solidaridad.*

De este modo, con este darse cuenta, se pretende desarrollar sólo un primer paso en el intento de descubrir la relación existente entre un aprendizaje significativo, en el sentido rogeriano y gestáltico, y un aprendizaje eficaz, en el tenor de aumento de cambios conductuales.

Este darse cuenta significa el intentar ser uno mismo, en forma auténtica e integral. Es decir, fusionar lo formal y lo informal, lo interiorizante y exteriorizante, lo emotivo y lo cognoscitivo, respetando el tiempo para su tiempo: tiempo para la intelectualidad y tiempo para la efectividad y... sobre todo... tiempo para ser uno mismo. Lo anterior no es tarea fácil, significa arriesgarse en la autenticidad,

descubrirse en las indecisiones y... alcanzar el respeto en la unicidad.

Es un intento serio, que pretende evitar la deshumanización del hombre, mediante mecanismos vinculados con el proceso del “darse cuenta” de lo que se está sintiendo, conociendo y haciendo. Este procedimiento incluye desde un plano extrapersonal hasta un plano intrapersonal y, entre ellos, el plano interpersonal.

En la educación tres hechos tienen repercusiones vitales: *la singularidad*, con la cual la persona se constituye como hombre irrepetible, único, y su yo adquiere un relieve original, propio, y la toma de conciencia de esto le lleva a desafiar los riesgos. *La autonomía*, por la cual aparece como sujeto de su acción y dominador de su entorno, regulada, eso sí, por la responsabilidad y el *ser de relación* hacia los otros, que genera energía en su proceso de crecimiento y en su misión de humanizar a todo hombre.

El aprendizaje es significativo si permite vivir experiencias personales o las asocia con ellas, si es útil a lo que anhela; si se logran los objetivos terminales e intermedios deseables y estos son caminos por recorrer; si percibe totalidades y las relaciona con aspectos separados; si se aceptan iniciativas, se toman decisiones conjuntas y se respetan responsabilidades compartidas.

El docente universitario, para ayudar a los alumnos en este proceso a través de su disciplina, debe tener un amplio y actualizado dominio de los contenidos y una serie de rasgos de personalidad facilitadores del proceso; interés y respeto por cada personalidad, por su función docente y por cada acción que realiza como tal; no estimula la dependencia ni la competitividad ni el individualismo, sino el equilibrio de ser una persona con rasgos propios, comprometida con las demás en un quehacer que les pertenece.

Debe poseer una actitud de diálogo, para rehacer caminos y siempre a la propia manera; valorar que el aprendizaje es una experiencia que no se puede transmitir, sólo se puede proveer las condiciones para que se produzca.

Todo esto debe ser reflejo de una convicción profunda.

Este concepto humanista postula que el ser humano es capaz de hacer elecciones

constructivas y actuar de acuerdo a ellas y que en los grupos-clase se pueden establecer relaciones humanas positivas, siempre que el docente sea un facilitador que ayude a generar un clima de autenticidad, comprensión y estimación.

De este modo el hombre le da un sentido a la vida donde su ser está comprometido y asume su misión. "El hombre se eleva más arriba del universo, afirma sus valores íntimos y procura el bienestar de sí mismo y de todo su mundo circundante, dándole trascendencia a su vida" (Viktor Frankl).

De ahí que el problema con que se enfrenta la educación es de carácter vital. Conciernen a todos los educadores. La Universidad no puede ser considerada como ajena o, en el mejor de los casos, preliminar de la vida, pues es la vida misma; por lo consiguiente, la autorrevelación de la *persona*, es su tarea.

El profesor es un hombre y como tal también tiene su propia lucha, sus propias decisiones, influidas de uno y otro modo por su propia perspectiva del mundo, por su personal dimensión de la existencia. Este maestro-hombre comparte sus experiencias con el alumno-hombre, de tal modo que, sin perder su esencia, facilita en los otros el encuentro consigo mismo sin presiones, sin imposiciones, sino que, por el contrario, con la evidencia de que él puede dar y recibir, que él puede o no facilitar en el otro un cambio que por apuntar al aspecto valórico pudiera o no estar de acuerdo, pero sí aceptarlo, en un respeto auténtico, a sí mismo y al otro.

Estrategias

Es necesario buscar técnicas no impositivas, que tomen en cuenta el proceso psicológico involucrado y que por ética respeten las opciones de cada individuo a partir de su propia realidad. Para ello se tendrían que implementar situaciones de enseñanza-aprendizaje, donde se considere el mundo afectivo de los participantes para lo cual el enfoque tendría que ser, básicamente, experiencial.

A partir de los sentimientos emergentes y de situaciones profesionales reales en las cuales ellos juegan un rol, cada uno va descubriendo sus actitudes, ya sea facilitadoras o interferentes, en el proceso de

trabajo con pacientes, con pares y con superiores. Sus conductas orientadas por necesidades emocionales y por motivaciones, producto de experiencias del pasado, condicionan nuestra autoimagen y cada uno puede llegar a percibir el tipo de interacción que tiene con los otros seres humanos.

Para desarrollar actitudes se hace indispensable diseñar, organizar y desarrollar actividades capaces de generar experiencias significativas de aprendizaje, para lo cual tienen que cumplir los principios de *factibilidad* en cuanto a tiempo, espacio, recursos y características del grupo al cual están dirigidas; de *flexibilidad* para así adecuarlo al ritmo, exigencias y condiciones del medio y de aquellos que la experimentan; de *adecuación* en cuanto a la *oportunidad* de poner en práctica el comportamiento deseado, ya sea como práctica equivalente o análoga; de *complejidad creciente* para así gradualmente alcanzar el nivel requerido y el principio de *variedad* donde aparezca la mayor parte de los elementos relevantes que se desean desarrollar.

Para el aprendizaje de actitudes específicas, por ejemplo, en un área de la Medicina, me parece que a partir del "Taller de Destrezas de Ayuda Interpersonal" del Dr. W. Hollister, se podría diseñar un modelo para desarrollar o modificar actitudes, combinándolo con "Microenseñanza" de acuerdo a nuestras investigaciones en curso*.

En el role-playing, donde dos o más personas representan una situación real, estructurada o no, asumiendo roles, y luego es analizada la representación, se obtienen experiencias valiosas que permiten una comprensión profunda, íntima y esclarecedora de las actitudes en juego. A partir de asumir roles se produce un compromiso afectivo, se toma conciencia de las actitudes, comienza un proceso de cambio y se logra una conceptualización enriquecedora.

Por otra parte, algunos criterios de la *microenseñanza*, que es un sistema de capacitación docente, mediante el cual se identifican y se practican tareas específicas de enseñanza, las que se retroalimen-

* Proyecto FONDECYT N° 0878/90.

tan a los profesores en relación a su desempeño, podrán emplearse con alumnos, en situaciones en las cuales tuvieran que poner en juego alguna(s) actitud(es).

Las características manifestadas en cada sesión pueden ser detectadas y analizadas en sesiones de retroalimentación apoyadas con registros de videotape, audiotape u otras formas. Los "errores" pueden superarse a través de una práctica posterior con diferentes microgrupos.

Es así como se logra una situación de laboratorio, cuyo objetivo principal puede ser el desarrollo y ejercitación de actitudes.

Se restringe a la observación y registro de una sola variable.

El componente micro constituye el rasgo distintivo del sistema y es el que permite simplificar la complejidad de la situación.

Centrando el aprendizaje en una tarea restringida y reduciendo la complejidad de la situación de aprendizaje mediante un número bajo de participantes y de la duración de la situación, parece posible desarrollar el proceso de formación de actitudes específicas.

Es importante tener muy claramente establecido cuáles serán las actitudes específicas a ser desarrolladas y practicadas en el sistema; esto se denomina "Repertorio de tareas específicas".

El componente retroalimentación permite confrontar al sujeto de la experiencia con su desempeño tan pronto como sea posible. Este proceso puede realizarse mediante la utilización de pautas de observación que son completadas por instructores, docentes observadores y compañeros.

Resulta evidente que una retroalimentación lo más objetiva y próxima posible redundará en un mejoramiento real. Se ha comprobado que un registro objetivo disminuye el desacuerdo entre observador y observado, al mismo tiempo que facilita el análisis y la comparación del comportamiento del sujeto con criterios establecidos. Es en este aspecto donde los registros de video demuestran su superioridad, al eliminar la subjetividad del observador y proporcionar un panorama completo de lo acontecido en la situación.

Esta estrategia implica una programación minuciosa, donde cada uno tiene la

oportunidad de ejercitar aquella actitud que se ha detectado deficitaria en el diagnóstico, y luego recibir retroalimentación de su desempeño a través del análisis del registro de video.

Es importante señalar que existen muchas formas de combinar los componentes descritos, conformando diferentes modelos de organización de la situación (microenseñanza con role-playing, por ejemplo).

Finalmente, deseo informar que existe un método indirecto para establecer y modificar actitudes: es *por modelación humana* (Bandura, 1969). En este método, la fase de adquisición de aprendizaje debería ser precedida por medidas que aseguren que el aprendiz respete o se "identifique con" el modelo humano, que puede ser un profesor, pariente o personalidad conocida.

Después que un modelo ha sido seleccionado, los pasos en la instrucción para actitudes son aproximadamente como sigue:

1. El estudiante observa el modelo humano haciendo la elección deseable de acción personal. Por ejemplo, el docente puede ser observado ayudando a un niño; rechazando el ofrecimiento de una droga dañina.
2. Se observa que el modelo humano siente placer por su acción o por lograr éxito en ella.
3. Al observar tales demostraciones, el aprendiz es reforzado por substitución (Bandura, 1971). Esto aumenta la probabilidad de que él hará una selección personal similar a aquellas hechas por el modelo humano que él ha visto.

Tal como lo indica esta descripción, los procesos involucrados en la modificación de actitudes pueden ser fuertemente influidos por sucesos externos en el medio ambiente.

Nuevamente los rasgos críticos de estos sucesos son muy distintos de aquellos aplicados a otras clases de objetivos de aprendizaje.

Uno de los aspectos más críticos en el aprendizaje de una actitud es el *establecimiento de la expectativa*. Si la persona ha experimentado éxito en el pasado después de una elección de una conducta, será suficiente recordarle el éxito pasado.

Esto es el primer paso en la adquisición de una actitud positiva hacia esta acción. Un modelo humano real también puede cumplir la función motivante. Pero el modelo debe ser una persona que es respetada o admirada, una persona con la que el estudiante se "identifica".

Cuando se emplea el método de modelamiento, el estudiante deberá *observar la conducta* de elección que hace el modelo. En este caso la elección la realiza el modelo en vez del estudiante. En estos casos, la conducta del modelo realizando una elección debe ser mostrada o descrita. Por ejemplo, si deseamos que una persona muestre preocupación por los sentimientos de otra persona, el modelo deberá exhibir esta conducta.

El refuerzo en la *fase de feed-back* del aprendizaje es de importancia primordial en la modificación de una actitud. Para completar el ciclo de aprendizaje, la expectativa, que se ha activado durante la fase motivacional, debe ser confirmada. El aprendiz puede experimentar el éxito personalmente.

Como las actitudes corresponden a una variable de la personalidad, y son apren-

didias, es posible que se puedan desarrollar o modificar en el transcurso del estudio de una carrera. Esto depende de la influencia de una serie de factores: congruencia, concepto de sí mismo, relación con otros, roles, expectativas, etc. Es necesario considerar la relación entre cambio de actitud y cambio de conducta. Por ello sólo es posible inferirlas a partir del comportamiento, por ejemplo, en entrevistas, inventarios. Para hacerlo hay que tener muy clara la actitud que se desea inferir y el concepto correspondiente para así determinar los indicadores más relevantes.

La Escuela de Medicina como Organización Educativa, que postula fines educativos, debe, por tanto, plantear y resolver problemas con criterios pedagógicos.

Para alcanzar los fines, se deben diseñar, organizar, desarrollar y evaluar las estrategias y tácticas adecuadas a la naturaleza de estos propósitos; esto constituye todo un desafío para los docentes de una Pontificia Universidad Católica de Chile, comprometida con la humanización del hombre trascendente y su especial vinculación con Dios.

Discurso de la Presidenta del Congreso

Srta. Claudia Gormaz

Ex alumna distinguida del Santiago College. Ingresó a la Carrera de Medicina en 1985, destacándose por su inclinación a la investigación científica en el área ginecoobstétrica. Presidenta de la Comisión Organizadora del XIV Congreso Científico Nacional de Estudiantes de Medicina, realizado en Santiago en agosto de 1991.

Damos hoy inicio al XIV CCEM, luego de un año de preparativos. Como es de su conocimiento, el objetivo de estos Congresos ha sido el de estimular la investigación científica entre los estudiantes de Medicina. Sin embargo, en particular, hemos querido, además, plantear un enfoque distinto de algunos problemas médicos. Es así como el tema central de este Congreso será: la Reproducción Humana. Se realizarán múltiples conferencias que intentarán abarcar los distintos aspectos

de este tema. Todos ellos tratarán de entregar una visión científico-tecnológica del problema, junto con una dimensión humanista. Este último aspecto es de mucha importancia, ya que entrega las herramientas necesarias para que el médico tome en última instancia una decisión en un caso particular. Los puntos de vista son muchos, cada uno con argumentos más o menos válidos, pero lo importante no es que todos pensemos igual, sino que nuestras ideas sean producto de un análisis consciente e informado.

Dado lo recargado del currículum de nuestra carrera, no siempre es posible abordar en forma crítica los aspectos éticos de los problemas médicos, quedando en la mayoría de los casos como responsabilidad de cada uno la toma de decisiones y la adquisición de la información necesaria para ello. Como la ciencia y la tecnología avanzan a pasos agigantados, lo imposible se hace posible y aparecen situaciones en que la limitación para realizar un procedimiento no es tecnológico, sino moral o humano. Este punto es de vital importancia porque no sólo se trata de una situación aislada sino que marca tendencias que pudieran llegar a ser autodestructivas para el género humano.

En definitiva, es este aspecto humano el más difícil de enseñar, ya que no tenemos una solución *única y verdadera*, sólo tenemos opiniones y teorías. De tal manera que las creencias y experiencias individuales pasan a ser determinantes de las conductas y el consejo que se les entrega a los pacientes.

De esto, precisamente, deriva nuestra preocupación por este tema, ya que nuestra obligación es ofrecer lo mejor a nuestros pacientes, y esto incluye tanto el aspecto médico y tecnológico como el humano. Por otra parte, este enfoque humanístico de la Medicina ayuda a que esta ciencia, que nació para servir al hombre, no se aleje de él, perdiéndose

entre complicadas máquinas y fórmulas estadísticas. La reflexión ayuda a mantener la tecnología al servicio del hombre y no a la inversa.

Esta distancia entre lo que *soy capaz de hacer* y lo que *debo hacer* es un desafío nuevo en la historia de la ciencia, un conflicto que será cada vez de mayor preocupación, tal como ha sucedido con la Ecología y la destrucción del medio ambiente. Esto es consecuencia de que el hombre posee *inteligencia*, y con ello, posee también la capacidad de modificar su entorno, con lo cual crea nuevas situaciones que lo obligan, a su vez, a adaptarse una y otra vez. Si el hombre pierde la capacidad de darse cuenta de esto, entonces pierde la posibilidad de cambiar y muere. Vivimos en un equilibrio inestable, y esto debemos asumirlo. Situaciones similares se han repetido numerosas veces en la Historia de la Humanidad con grandes civilizaciones que maduraron y se hicieron rígidas, incapaces de cambiar, iniciando en ese mismo instante su decadencia y muerte.

En resumen, nuestra intención es mostrar distintos puntos de vista y discutirlos para así enriquecernos como médicos y como personas que no sólo se preocupan del aspecto científico, sino que se sienten responsables por la Humanidad.

Muchas gracias.

Discurso del Vicedecano de la Facultad de Medicina

Dr. Pedro Rosso

Estudios médicos en la P.U.C. de Chile. Título de Médico Cirujano en la U. de Chile (1966). Profesor Asociado de Pediatría y Profesor Adjunto de Nutrición en el Instituto de Nutrición Humana de la Universidad de Columbia, USA. Profesor Titular de Pediatría, Secretario Ejecutivo de la Comisión de Investigación Científica de la Facultad de Medicina y Director del Centro de Investigaciones Médicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

La Facultad de Medicina de la Universidad Católica les da una cordial bienvenida a este XIV Congreso Científico de Estudiantes de Medicina y desea manifestarles que estamos muy complacidos de poder recibirlos en nuestra casa y testimoniarles nuestra amistad y el aprecio que sentimos por cada uno de ustedes y por vuestras escuelas de medicina.

Es muy gratificante comprobar que estos congresos científicos se han transformado en una tradición. Eso habla bien

de los ambientes en los que ustedes se están formando como médicos y constituye, además, un signo esperanzador para la Medicina chilena, ya que su progreso depende de nuestra capacidad para generar nuevos conocimientos y, en igual medida, de asimilar los avances que surgen en otras latitudes. En ese sentido ustedes son la savia nueva.

En su constitución apóstolica *Ex corde ecclesiae*, de reciente promulgación, Su Santidad Juan Pablo II define el trabajo universitario como una contribución a la

tutela y desarrollo de la dignidad humana y de su herencia cultural mediante la investigación, la enseñanza y los diversos servicios ofrecidos a la comunidad. Entre estas labores académicas el Papa da relevancia al papel de la investigación como la manifestación más propia y esencial del espíritu universitario. Pero, junto con exaltar su valor intrínseco, nos exhorta a cautelar su sentido ético y moral, como también aquel concerniente a la dignidad de la vida humana y la calidad de vida personal y familiar. De esta manera Juan Pablo II nos propone una tarea que alcanza su plenitud en la medida que se propone servir, exclusivamente y, por igual, al bien supremo de la verdad y al bien del hombre.

Los invito a reflexionar sobre los alcances que este concepto tiene para cada uno de nosotros como miembros de una comunidad universitaria.

En primer lugar, pensemos sobre la investigación como un servicio a la verdad. Puede que la frase resulte algo abstracta, si no retórica, y desligada de la realidad de nuestro entorno. Si alguien nos preguntara que hicimos en este, o en otro congreso científico, nadie contestaría que vinimos a servir a la verdad o a compartir los resultados de nuestra búsqueda de la verdad. Sin embargo, en estricto rigor, esa es la razón de esta convocatoria. La ciencia puede parecernos muchas cosas, pero no es más que eso: un servicio que prestamos a la verdad, buscándola de una manera respetuosa y rigurosa.

En su monografía "Ciencia y meditación" el gran filósofo alemán Martin Heidegger, nos propone que lo esencial del quehacer científico es una contemplación activa de la realidad. En sus propias palabras: "La ciencia es la teoría de lo real", entendiendo por teoría, precisamente esa contemplación indagadora que reelabora lo real y lo objetiviza, presentándolo como efecto, como la consecuencia apreciable de determinadas causas. Es decir, lo real como lo actuante y lo actuado. Al mismo tiempo, lo real como lo inabarcable, la situación latente que nosotros queremos descubrir.

Los griegos llamaron *aletheia* al descubrir. Literalmente, *aletheia* significa desvelar o descorder el velo que nos oculta un aspecto desconocido del ser. A su vez,

este desvelar presupone, por parte del indagador, una apertura al misterio, a la verdad que podría revelar el descubrimiento de eso previamente desconocido. Y según Heidegger, este desocultar es lo que está en el más próximo e íntimo parentesco con la libertad. Todo desocultar viene de lo libre, va a lo libre y lleva a lo libre.

Al investigar, por lo tanto, aún el problema que *a priori* nos resulte más mínimo y limitado, estamos efectuando una de las tareas más nobles y ennoblecedoras. Estamos ejerciendo nuestra libertad de hijos de Dios y, de alguna manera íntima y eficaz, dialogando con Dios mismo, Supremo Misterio y Supremo Amor.

Lo anterior es para nosotros, investigadores médicos, una realidad tangible en el objeto mismo de nuestra preocupación indagadora. Nuestra pregunta se inicia en el hombre enfermo y nuestra finalidad se dirige hacia este mismo objeto. Nuestra investigación pertenece al mundo de la *tekne* griega: Queremos conocer para resolver, para hacer. Concretamente, para encontrar las formas de prevenir y aliviar el sufrimiento humano.

Es en este contexto antropológico de la investigación médica donde cobra su pleno sentido el concepto de la investigación como servicio al hombre y donde, al mismo tiempo, surgen sus peligros. El primer peligro es suponer que la investigación técnica que realiza el médico es moralmente neutra. Si aceptamos la verdad de que nuestra investigación médica es, por definición, siempre un medio para alcanzar un fin, entonces, necesariamente, debemos preguntarnos no sólo si el medio es moralmente aceptable, sino, también, si el fin buscado es moralmente aceptable. A este respecto la primera consideración concierne a las características formales del estudio que contemplamos realizar. Si nuestros sujetos de estudio son seres humanos, debemos asegurarnos que su participación es libre e informada. En segundo lugar, que los riesgos inherentes a su participación en el estudio son justificados y mínimos. En tercer lugar, que la confidencialidad de la información que obtendremos está plenamente garantizada.

Pero, más allá de los elementos anteriores, por lo demás, aceptados universalmente, es esencial preguntarse si los frutos de nuestro investigar contribuirán al

bienestar de la persona humana. Esta interrogante no puede, ciertamente, limitarse a lo intrahumano, pues caería, inexorablemente, en el error de considerar al hombre como centro del universo e instancia decisiva de todo lo que está a su alcance, incluyendo a sí mismo. La vida humana es parte de una realidad que trasciende al hombre y a la cual el hombre debe aspirar a integrarse en plenitud. Sólo entonces el hombre alcanzará toda su dignidad de criatura divina. En consecuencia, toda acción que aparte al hombre de ese destino último, lo deshumaniza. Toda acción que transforme al hombre en medio, lo instrumentaliza y, por lo tanto, rebaja su dignidad.

Los avances de la medicina son, en ocasiones, tan deslumbrantes que es difícil vencer a la soberbia de sentirse cocreadores y de establecer nuestro propio orden de cosas. Es por eso esencial que junto con la apertura al misterio que nos revelan la ciencia y la técnica mantengamos una actitud de serenidad igualmente abierta. Esta serenidad debe ser reflexiva con respecto al sentido e implicaciones de lo nuevo. Esto requiere un espíritu alerta e informado pero, por sobre todo, fiel a la voluntad de Dios.

Lo anterior requiere de nosotros una tarea adicional. Para ser un investigador médico que realmente sirve a la verdad y

al hombre, no basta con aplicar rigurosamente el método y dominar los aspectos instrumentales. Debemos concebir a la investigación como un muy especial ministerio, el que para ser bien ejercido demanda poseer una visión amplia del hombre y de la ciencia misma. Es decir, nuestra *tekné* debe estar inserta en una *episteme* o un conocimiento del ser en su más amplio sentido y, en el caso de quienes profesan la fe católica, del saber como un camino de encuentro con el Cristo-Logos.

Quiero instarlos a que sean investigadores de ese tipo y no de otro. Que asuman la investigación con esa seriedad y responsabilidad. Que nunca la trivialicen, comprometiéndola en fines personales o en otros que se aparten de los que aquí hemos definido. Y esto se los digo muy sinceramente.

Para finalizar, quiero manifestar públicamente mi aprecio y gratitud a todos quienes han trabajado con mucha creatividad y esfuerzo en la organización de este congreso. La Facultad está muy orgullosa de lo que han realizado. A todos ellos y a cada uno de ustedes les deseo el mayor éxito en vuestra participación en este Congreso y nuestra futura vida profesional...

Muchas gracias.

Juramento Hipocrático.

Clase magistral del Rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Dr. Juan de Dios Vial Correa

Estudios médicos en la P.U.C. de Chile y en la U. de Chile. Título de Médico Cirujano en la U. de Chile (1949). Estudios de posgrado en España y en diversas Universidades de USA. Profesor de Histología, Decano de la Facultad de Medicina (1966-1967) y Rector Magnífico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, desde 1985, ex Presidente de la Sociedad de Biología de Chile. Miembro de la Academia de Ciencias del Instituto de Chile y Presidente de la Asociación Internacional de Escuelas de Medicina de Universidades Católicas (1991).



Texto del juramento:

“Juro e invoco a Apolo el Médico y Asclepio e Hygieia y Panakeia y todos los dioses y diosas como testigos de que cumpliré este juramento y compromiso según mis capacidades y mi juicio.

Al que me enseñó este arte lo veneraré como a mis padres, lo dejaré compartir mis bienes, y le daré de lo mío si se viere en necesidad; miraré a su descendencia como a mis hermanos y les enseñaré este

arte si es que quieren aprenderlo sin necesidad de contrato y sin pedirles retribución. Sobre los escritos, lecciones y todas las demás enseñanzas haré partícipes a mis hijos, a los de mi maestro y a aquellos que se hubieren comprometido y obligado a la manera de los médicos por medio de juramento, y a nadie más.

Usaré los recursos médicos para las necesidades de los pacientes, de acuerdo a mis capacidades y mi juicio, me cuidaré en cambio de usarlos para dañar o de manera injusta.

A nadie le daré un veneno mortal aunque me fuere pedido, y a nadie aconsejaré en esta materia; tampoco le daré a ninguna mujer un abortivo.

Mantendré puros y piadosos mi vida y mi arte.

No incindiré, ni siquiera por el mal de la piedra, sino que dejaré que lo hagan aquellos que lo tienen por oficio.

En toda casa a la que entre me introduciré para bien de los enfermos, libre de toda injusticia consciente y de todo mal obrar, especialmente del abuso sexual con mujeres u hombres, libres o esclavos.

Lo que vea u oiga, ya sea en el tratamiento o fuera de mi práctica en el intercambio con los hombres, y que no debiera revelar, lo callaré y lo mantendré en secreto.

Si cumplo este juramento y no lo quebranto, séame concedido adelantar en mi vida y mi arte, de modo que alcance honor ante todos los hombres y para todo tiempo; si lo menosprecio y quebranto, succédame lo contrario.”

Es difícil entender hoy el alcance exacto de estas palabras formuladas en el siglo V a.C. Sin embargo, vale la pena intentarlo, porque hay algo en el momento inaugural de una actividad humana, que revela sus rasgos esenciales, y que deja al descubierto algunos de sus problemas permanentes. Para entender el juramento, hay que mirar al conjunto de los llamados “escritos hipocráticos”. Y no hay duda de que en ellos está la partida de nacimiento de la Medicina.

Una advertencia preliminar: esos escritos no son de una sola mano ni de una sola época. Se generaron por obra de muchos autores, de una especie de escuela médica, cubierta por el nombre prestigioso de Hipócrates, y que desarrolló lo más importante de su acción entre los siglos V y IV a.C. en la isla de Cos.

¿Qué cosas podemos encontrar en ese conjunto de estudios que tengan todavía, y para nosotros, validez?

Primero, que la Medicina es una activi-

dad desarrollada por una comunidad de hombres formados en un saber racional, por oposición a lo que podría ser una Medicina fiada a los poderes mágicos de individuos aislados, poderes que se transmiten por ritos iniciáticos.

¿Cuál es entonces el médico en quien piensa el juramento? El es un miembro de la comunidad, a la que es menester ingresar formalmente, y en cuyo interior se establecen nexos que se pueden comparar a los lazos familiares.

“Al que me enseñó este arte lo honraré como a mis padres... consideraré a su posteridad como mis hermanos... y les enseñaré este arte si así lo desean... y participaré de los escritos, lecciones y otras enseñanzas a mis hijos y a los de mi maestro, y a todos los estudiantes que estén obligados por contrato y juramentados según la costumbre de los médicos...”

Las obligaciones respecto del hijo del maestro son parecidas a las que tiene el hombre con sus propios hijos. Pero es muy interesante que esta condición de grupo, de cofradía, está ligada a la enseñanza del arte médico, el cual es en cierta forma un patrimonio cultural del grupo. Me parece que este descubrimiento griego de la ligazón entre la constitución de una cofradía, la transmisión de un saber y el ejercicio de la Medicina fue un elemento determinante en la historia de lo que somos hoy día. Son muchos los oficios y profesiones respetables de la humanidad que no han conocido este destino peculiar.

Uno puede preguntarse cómo se mantuvo el prestigio singular del arte médico durante tanto tiempo en que su unidad práctica fue tan cuestionable. Tengo la impresión de que habría que buscar por este lado: la Medicina como una *sabiduría sobre el hombre*.

Tal vez fue esa la razón por la que al nacer Universidades en la Edad Media, pareció como natural que un saber de tan alta importancia como la Medicina se incorporara a ellas.

Además de la voluntad de mantener restringido el acceso a este saber que es propiedad del grupo, se advierte el deseo de mantener incontaminado el prestigio de la Medicina. Así, en el libro llamado de “La Ley” (s. 4):

“Las cosas sagradas se han de revelar sólo a los hombres consagrados; no han

de ser accesibles a los no consagrados, en tanto ellos no hayan sido iniciados a los misterios de la ciencia". "El arte de curar es la más importante de las artes, pero ella se ve postergada por la ignorancia de los que la usan y la frivolidad de quienes juzgan a tales médicos..."

Creo que ustedes convendrán conmigo en que este carácter de "orden médica" o de "cuerpo médico" está vivo hasta la actualidad. Se manifiesta incluso en rasgos que tienen algo de pintoresco desde el punto de vista antropológico, como es el que efectivamente los estudiantes de Medicina hasta el día de hoy se "revisten" en un momento dado de su carrera con el delantal blanco, que es mucho más que una exigencia funcional, y que viene a tomar el significado ritual de una toma de hábito, que marca la adscripción a una cofradía.

En segundo lugar ¿cuál es el fin propio de esta comunidad médica? Su fin es el bien del hombre. Tiene desde su raíz una *orientación filantrópica*.

"Usaré las medicinas (¿?) sólo para beneficio del enfermo..." "Entraré en todas las casas para beneficio de los enfermos, libre de toda maldad y de toda injusticia consciente, en especial de mal uso sexual... Lo que escuche o vea... que no se debiera hablar lo callaré y guardaré como secreto..."

Obsérvese que esta disposición benévola hacia lo humano no se limita al enfermo, sino que rige un comportamiento social en el que quedan comprendidos todos los familiares, toda la casa del enfermo; y en que queda especialmente regulado el secreto, no sólo respecto de la enfermedad o del enfermo, sino respecto de todo su grupo.

Como corolario, el médico *no* sirve a la muerte. "...me guardaré de usarlos (los medios terapéuticos) para dañar... tampoco le daré a nadie un veneno mortal, ni siquiera en el caso de que me lo pidiera; ni aconsejaré sobre ello a ninguna persona; tampoco le daré a ninguna mujer un abortivo..." En estos aspectos, pesa sobre el médico una prohibición absoluta. No debe dañar conscientemente; no debe practicar la eutanasia ni ayudar al suicidio

en forma alguna, y le está prohibido prestarse al aborto. Es obvio (y está atestado por otras fuentes independientes) que esas prácticas eran usuales, e incluso tenían un cierto grado de aceptabilidad social. Este grupo de hombres, asociados en torno a una finalidad benéfica, debe abstenerse absolutamente de ellas. Lo enfático de la prohibición está, sin duda, destinado a reforzar la confianza del paciente, el cual sabe que el médico ligado por este juramento no podrá nunca dañar deliberadamente la vida, no podrá nunca someter la vida ajena a su propio juicio personal.

El carácter de la prohibición se refuerza si se lo compara con otra que viene poco después: "No incindiré, ni siquiera para la enfermedad de la piedra, sino que le dejaré ese trabajo manual a los hombres que lo ejercen..." La prohibición de ejercer la cirugía que aquí se desprende, trae inmediatamente su explicación. *Hay otros entendidos que están encargados de eso.* Este médico, esta cofradía que se presenta bajo el nombre de Hipócrates, no practica ese arte. Tanto es así, que en la evolución de la escuela hipocrática se introdujo eventualmente la cirugía, como lo atestiguan varios de los libros. Son dos cosas distintas la de abstenerse de prácticas que van contra la vida, y la de dejarles a otros algunos aspectos del arte de curar. Es sabido también que esta distinción, que fue tal vez históricamente razonable, entre médicos y cirujanos, tardó más de un milenio en extinguirse.

En suma, la Medicina es por el amor del hombre. (Paracelso).

¿Cómo se desarrollaba esa acción médica en bien del enfermo?

La imagen que nos han dejado los escritos hipocráticos es la de un médico itinerante, que se desplaza por el Mediterráneo Oriental y el Mar Egeo y que va observando en cada parte las dolencias, y comparando sus signos y su evolución. Pero también es la de un médico que atiende en una clínica, en un sitio especialmente acondicionado para ese objeto, a pacientes que acuden a él.

"Un primer dato que parece interesante en la Medicina primitiva es lo que