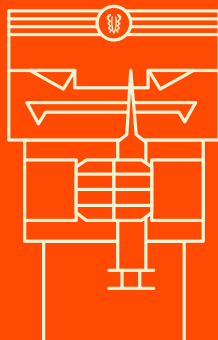


**Colección
Educación y Salud**

n.º 1

Año 1, n.º 1,
Enero-junio 2024
ISSN: 3073-0929

La formación humana y social del médico



Colección Educación y Salud

n.º 1

Año 1, n.º 1,
Enero-junio 2024
ISSN: 3073-0929

La formación humana y social del médico

Memorias

Profesor Jaime Escobar Triana

II Encuentro de Egresados – Asociación de Exalumnos
Medicina – Odontología “AEXCOLME”
Santafé de Bogotá, D. C.
Noviembre de 1991



© Universidad El Bosque

© Editorial Universidad El Bosque

© Jaime Escobar Triana

Rectora: María Clara Rangel Galvis

Vicerrector de Investigaciones: Gustavo Silva Carrero

Editor Universidad El Bosque:

Miller Alejandro Gallego Cataño

Coordinación editorial: Leidy De Ávila Castro

Corrección de estilo: Estefany Escallón Ibáñez

Dirección gráfica y diseño: María Camila Prieto Abello

Diagramación: Luisa Gil

Vicerrectoría de Investigaciones

Editorial Universidad El Bosque

Av. Cra 9 n.º 131A-02, Bloque A, 6.º piso

+57 (601) 648 9000, ext. 1352

editorial@unbosque.edu.cowww.editorial.unbosque.edu.co

Bogotá D.C., Colombia

Junio 2024

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales

Universidad El Bosque | Vigilada Mineducación. Reconocimiento como universidad: Resolución 327 del 5 de febrero de 1997, MEN. Reconocimiento de personería jurídica: Resolución 11153 del 4 de agosto de 1978, MEN. Reacreditación institucional de alta calidad: Resolución 13172 del 17 de julio de 2020, MEN.

610.7155 E746

Escobar Triana, Jaime

La formación humana y social del médico: Memorias / Jaime Escobar Triana; editor Miller Alejandro Gallego Cataño. Bogotá (Colombia): Editorial Universidad El Bosque, Vicerrectoría de Investigaciones, II Encuentro de Egresados – Asociación de Exalumnos – Medicina – Odontología "AEXCOLME", 2024.

Colección Educación y Salud

Año 1, No. 1, enero-junio 2024

ISSN: 3073-0929

46 páginas

ISSN: 3073-0929

DOI: <https://doi.org/10.18270/178855dmjzsw>

1. Servicio médico social 2. Medicina social 3. Relaciones humanas – Medicina
4. Conducta humana – Medicina 5. Educación médica

I. Escobar Triana, Jaime II. Gallego Cataño, Miller Alejandro III. Editorial Universidad El Bosque IV. Vicerrectoría de Investigaciones V. II Encuentro de Egresados VI. Asociación de Exalumnos VII. Medicina – Odontología "AEXCOLME".

Fuente. SCDD 23ª ed. – Universidad El Bosque. Biblioteca Juan Roa Vásquez (mayo de 2025) – LM

Contenido

6	Presentación
8	Introducción
10	Elementos históricos
12	Papel de las ciencias sociales en la formación médica
16	Filosofía y medicina
18	La crisis de los sistemas de salud
21	Los avances tecnológicos y la violencia en la medicina
25	Generar nuevas actitudes y razonamientos
27	Aporte de una experiencia
30	Un plan de estudios
35	Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias y de la Medicina
43	Referencias

Presentación

La Escuela Colombiana de Medicina dedica la publicación de estas memorias del Segundo Encuentro a sus egresados de Medicina y Odontología, quienes fueron semilla del nuevo paradigma de la educación médica nacional y mundial: el currículo biopsicosocial.

Ellos deberán reconocer que, a través de esta nueva orientación, gozan de una práctica científica, con un alto nivel de motivación y con vínculos afectivos por la comunidad, con una especial mística hacia el estudio y el trabajo para hacer posibles sus objetivos de ayudar a resolver la problemática de salud del país, con una visión multicausal de los factores determinantes de la salud y, como elemento medular, una elevada ética personal y social.

Su formación integral, orientada a promover la salud, prevenir la enfermedad y tratar y rehabilitar a los individuos afectados, les da una gran sensibilidad social, plena conciencia de los problemas que afectan a la mayoría de la población y de sus interrelaciones y factores determinantes de salud a nivel individual y comunitario.

A través del análisis de la trayectoria actual en el campo profesional de la gran mayoría de los egresados, podemos observar la importancia que tiene su formación dada en el campo de la investigación, que les creó una actitud reflexiva y crítica sobre la realidad socioeconómica y de salud a la que serían enfrentados como profesionales.

Han podido comprobar que la tecnología debe ser puesta al día en su carrera de actualización, ya que la ciencia cambia y se recrea, y el conocimiento se atomiza. Pero esta no debe producir un distanciamiento entre el profesional de la salud y el paciente, lo que generaría dilemas éticos y legales que pueden afectar la práctica diaria.

Unas palabras finales para hacer algunas consideraciones sobre el contenido temático-académico de nuestro Encuentro.

Hemos pretendido, con los organizadores del Encuentro, ofrecer un elevado nivel científico a través de conferencias magistrales y talleres,

así como de mini simposios, dados por conferencistas de nuestra Escuela y otros de reconocida experiencia en el campo respectivo, a los cuales quiero dar mis más sinceros agradecimientos.

El contenido temático ha dado origen a cuatro publicaciones, que creo que se convertirán en textos obligados de consulta médica y odontológica en nuestro país, como son:

1. Diagnóstico y tratamiento integral en medicina.
2. Diagnóstico y tratamiento integral en odontología.
3. Manual de reanimación cerebrocardiopulmonar.
4. Aspectos sociales y humanísticos en la enseñanza de las ciencias de la salud.

Quiero referirme en particular a esta última publicación del Dr. Jaime Escobar Triana, quien, a través de su vida médica, ha dedicado todo su esfuerzo a la orientación en nuestra institución, desde su fundación, al establecimiento del currículo biopsicosocial, incorporando a él disciplinas como la filosofía, epistemología, sociología, sicología y pedagogía.

Quien lea con atención este escrito encontrará directrices para el diseño de estrategias que promuevan, en las facultades de ciencias de la salud y en el médico, un desarrollo integral como individuo y como miembro de una comunidad.

Hernando Matiz Camacho
Rector
Escuela Colombiana de Medicina

Introducción

Dr. Jaime Escobar Triana*

La formación universitaria o profesional en las distintas ramas del saber comprende tres elementos o componentes que contribuyen fundamentalmente a crear su identidad, su ejercicio y aplicación en la sociedad a la cual debe servir.

Se relacionan estos componentes con las habilidades, capacidades o destrezas que determinan la operabilidad de dicha profesión y que permiten ejercerla apropiadamente.

Basados en supuestos científicos, su enseñanza y aprendizaje permiten utilizar y estudiar las bases que la ciencia y la tecnología han aportado para el desarrollo y aplicación del conocimiento, y a su vez, producir más conocimiento y extender sus fronteras por medio de la investigación.

Elemento esencial, sin el cual los dos anteriores no tendrían sentido, es la formación humana y social, que aporta orientación y elementos para su ejercicio y aplicación éticos.

La medicina, como profesión intelectual práctica, tiene como ninguna otra la necesidad de las componentes mencionadas en su estudio y aplicación en los seres humanos (Borrero, 1987).

Desde luego, la medicina no es autónoma en la sociedad, ni actúa en un vacío social, puesto que los problemas sociales y los de salud son inseparables.

Los logros científicos y tecnológicos, al mismo tiempo que han aportado elementos fundamentales de progreso, también han llevado a la deshumanización de la práctica médica, en la medida en que su utilización

* Profesor, Escuela Colombiana de Medicina. Seminario de filosofía e historia de las ciencias y la medicina. Bogotá, Colombia.

y aplicación pierden, en múltiples ocasiones, el sentido del objeto de su servicio, pues toda acción humana debe estar orientada hacia valores.

Debemos analizar, pues, aspectos sociales y humanos si queremos integrarlos a la formación del médico para el ejercicio adecuado de su profesión en la sociedad actual y en el futuro inmediato. Dicha formación determinará las tendencias de la práctica, puesto que la duración de la actividad útil de un médico es aproximadamente de cuatro decenios. Los médicos formados en los años noventa, asumirán responsabilidades de dirección y decisión solo hasta el año 2010 a 2020 (Nareja et al., 1990).

Los planes de estudios y las normas de calidad de ayer, apropiados en su momento, no son aplicables al estudiante de hoy, que será el profesional del siglo *xxi*. Según Coombs (1986), estamos viviendo la primera gran crisis mundial de la educación. Se desarrolla en este contexto debido a la interdependencia cada vez mayor en materia económica, política y en muchos otros aspectos que vinculan a las naciones después de la Segunda Guerra Mundial. El desafío educativo se acentúa más que antes, pues los cambios demográficos, económicos, tecnológicos, sociales y políticos así lo demandan. Las transformaciones que se requieren no son solo cuantitativas, sino cualitativas. Las universidades deben liderar los cambios educativos y adaptar sus sistemas al medio ambiente rápidamente cambiante; se debe buscar lo que Torsten Husén, citado por Coombs (1986), señala: “Todas nuestras naciones van en camino de convertirse en sociedades de aprendizaje”; ya que todos requieren redes de aprendizaje cada vez más amplias y sólidas.

La educación médica tiene ante sí el desafío; pero, para enfrentarlo, no bastan solo los conocimientos meramente científicos, sino comprender el hecho social en el cual estamos viviendo.

Elementos históricos

Según Rosen (1981), “la nuestra es una era de crisis y agitación social, en un período de transición cuya importancia característica es la revalorización de todos los valores”.

Es así como la educación médica se está transformando de manera lenta pero inevitable y se está adaptando a los cambios históricos.

Debemos preguntarnos, entonces, qué papel le corresponde a la historia en la formación de los médicos del futuro. Según Sarton (1962), la “mejor forma de humanizar la ciencia, si no la única, es estudiándola históricamente”.

La mejor manera entonces de humanizar el ejercicio de la medicina es humanizar la formación médica, y el estudio de la historia es un elemento esencial en esta formación, no como un adorno o una manía, o como pasatiempo agradable para médicos retirados, o como la historia de las ciencias y las tecnologías. La historia prueba que mucho de lo que se ensalza como nuevo, infalible y mejor, es condenado mañana como obsoleto y perjudicial. Pero la enseñanza de la historia no puede estar lejos de los conceptos epistemológicos, de las técnicas que manipula el médico. Debe aplicarlos sabiendo su origen e intuyendo sus posibles cambios y el riesgo que su aplicación conlleva.

Algunos autores han resaltado el vínculo entre los valores epistémicos y la práctica científica, como se observa en las siguientes reflexiones:

Los aspectos epistemológicos no tienen explicación en la práctica científica si son ajenos a las motivaciones psicológicas y sociológicas. Los valores epistémicos y sus aplicaciones son parte integral de las motivaciones sociológicas. Este punto de vista defiende contra la objeción de que las normas o valores epistémicos son

apenas de importancia secundaria en comparación con la práctica social, quizás solo un epifenómeno (Henderson, 1990).

Abordé la historia de la ciencia como quien, habiendo puesto su interés en las humanidades, carece prácticamente de base alguna en ciencias naturales. Descubrí que el enfoque histórico me proporcionaba un acceso a los problemas científicos y a su fascinación intrínseca, cosa que anteriormente me estaba vedada (Goldstein, 1984).

Para entender los fenómenos de la sociedad actual y proyectarnos en un futuro promisorio, al cual podemos contribuir, debemos tener el conocimiento no solo de las acciones del pasado, sino entender los hechos y conflictos filosóficos y psicológicos y la lucha ideológica que representan los grupos de interés.

La idea de progreso humano es una idea metafísica acerca del sentido global de la historia humana que ha servido en la época moderna para valorar la mentalidad científica. La idea del progreso humano es, según Daros (1982), una teoría que contiene una síntesis del pasado y una previsión del futuro.

El estudio de la historia de la medicina ofrece no solamente elementos útiles, también señala errores que podemos evitar. Aspectos históricos de la medicina pueden ejercer una acción integradora en la dispersión de las ramas de conocimiento que el auge de la medicina científica ha propiciado, pues estos aspectos cubren también los cambios experimentados por todas y cada una de las ciencias en las que se apoya la medicina.

J. F. Hofacker, citado por Rosen (1981), afirmó que:

La historia de la medicina investiga y enseña cómo la medicina, incluyendo sus ramas particulares, se desarrolló desde un comienzo y gradualmente llegó a ser lo que es hoy; y esto lo hace en relación con la historia de la humanidad, de la cual la historia de la medicina es solo una parte.

Destaca cómo la influencia educacional de este enfoque histórico estimula en el estudiante la observación crítica. Es el mejor profesor para protegernos del prejuicio y del orgullo y para conservar esa humildad que un científico experimentado nunca debería perder. Lo logra al familiarizarnos con una serie de teorías que han predominado y han sido repudiadas en la medicina en el transcurso de la historia. Se entiende así que las ideas en medicina no emanan solo de la técnica, sino en mayor medida de la imaginación y del juicio humanos.

De otra parte, se brinda una perspectiva cultural, se fortalece el lugar de las humanidades en la medicina y se adquiere una visión de las relaciones sociales de la profesión médica; se muestra que la medicina siempre ha estado inmersa en lo social, lo económico, lo político y lo cultural.

Papel de las ciencias sociales en la formación médica

Si tomamos el concepto de seres humanos como entes biológicos, psicológicos y socioculturales, y el estudio de la medicina con un enfoque sobre la salud y no sobre la enfermedad, resultan replanteamientos que muestran que, para ejercer la profesión hoy y en el futuro inmediato (lo mismo es válido para las otras profesiones), se requieren nuevos aprendizajes que la complementen (interdisciplinariedad), la reestructuren o la adapten con nuevas herramientas a las situaciones sociales actuales. Dicho en otros términos, no se pueden solucionar problemas nuevos con ideas viejas. Entendemos que la medicina comprende el estudio y la aplicación de los conocimientos biológicos unidos en su actividad en formas diversas con factores sociales, políticos, ideológicos y económicos.

Como vimos anteriormente, al estudiar el proceso histórico (como ciencia social) se facilita la comprensión del lugar que ocupa la profesión médica en la sociedad, y su función como parte de la actividad social.

El concepto cartesiano del ser humano como una máquina sobre el cual se han desarrollado los conocimientos médicos de los últimos doscientos años, debe replantearse. Sin embargo, debemos reconocer

que ese enfoque sobre la biología ha permitido enormes avances de la ciencia y la tecnología en el proceso de la salud. Pero no son suficientes, ya que el desarrollo social y cultural humanos no ha tenido la misma evolución, y estos actúan dinámicamente en la salud y la enfermedad. Según Glover (1986):

La actual ola de problemas que nos acosa existe, en parte, debido a que la moderna tecnología física ha aparecido demasiado temprano en nuestra evolución social, antes de que hayamos dejado atrás nuestro espíritu de tribalismo y nuestras guerras de religión. El peligro paralelo reside en que la biotecnología nos llegue pronto, y que nos encerremos en un mundo más asfixiante de lo necesario.

Estos hechos deben tenerse presentes en el concepto de salud y en la necesidad de crear un nuevo paradigma médico. La medicina actual ha llegado a perder credibilidad en la sociedad. A pesar de que el médico ha obtenido un perfeccionamiento técnico y vive rodeado de máquinas, ha perdido estima y prestigio.

Bajo dos aspectos se espera que se desempeñe el médico tanto en la sociedad como en su profesión: se le reduce a un técnico de quien se espera que pueda reparar la mecánica corporal bajo el control del precio y de la calidad por parte de la sociedad. Por otro lado, se le ve como el ser que debe consolar, tranquilizar, aconsejar y ayudar a todas las angustias de la existencia. En ninguno de los dos ha desempeñado satisfactoriamente su papel, y la sociedad le reclama su limitada capacidad de servicio. Anteriormente poco se podía hacer profesionalmente. Ahora, ante los últimos obstáculos de la vida —enfermedad incurable o muerte— nuestras técnicas poco nos sirven. El dilema sería si no tenemos ya nada que decir al paciente y lo abandonamos a quien quiera y pueda cuidarlo mejor, o ejercemos nuestra profesión aún hasta allí donde la curación no es posible.

Las máquinas no conocen en absoluto de emociones, y no son programables los deseos, la creatividad, la tristeza, la piedad, el respeto, la felicidad y la melancolía. Ese servicio al paciente se acrecienta cuando,

además, la capacidad de la medicina va unida a la comprensión de sus limitaciones (Dunning, 1988).

Posiblemente el exagerado biologismo ha hecho olvidar lo que podríamos llamar la patología funcional tan frecuente, que algunos creen que contribuye hasta en el 70 % del amplio espectro de las enfermedades y de enfermos que acuden a las consultas hospitalarias y generales, especializadas o no. Además, la interferencia que causan los costos, los comportamientos sociales o las políticas burocráticas por la creciente regulación de la práctica médica enfrentan el mandato hipocrático con el imperativo burocrático (Patiño, 1991).

Como lo señala Tamayo (1990), la salud y la enfermedad no son contingencias de la vida “íntima”, sino que en alguna forma están conectadas con el orden social. La medicina ha sido siempre una actividad clave para la vida de cualquier grupo humano, y por lo mismo no puede ser enseñada o ejercida como si solo tuviera una responsabilidad sobre lo biológico. Olvidaría, si así actuare, que en el ser humano la dimensión biológica está penetrada por lo cultural y, por consiguiente, que la esfera ética, el universo de los valores, es parte esencial de la medicina.

Es frecuente, ante las quejas del paciente, que el médico se limite a decirle: “usted no tiene nada”, cuando ha sido excluido un diagnóstico por medios técnicos o pruebas de laboratorio. ¿A dónde acudir para consultar, si no, a los magos, los astrólogos o a los teguas?

Los defectos estructurales de la burocratización que lesionan la dignidad del enfermo, tanto como la del profesional, la pérdida del elemental sentido humano, del servicio de la acción profesional, la carencia de incentivos por parte de las instituciones hacia el médico y muchos otros factores, han creado la crisis de la medicina actual. Al mismo tiempo, la tecnificación de la medicina, con el desarrollo de los medios diagnósticos y terapéuticos, ha determinado que el facultativo se valore fundamentalmente en relación con los recursos diagnósticos de que dispone y que trate a los pacientes de acuerdo con la patología somática que estos medios diagnósticos evidencien. Se han olvidado los factores psicológicos, sociales y culturales determinantes de la salud, favoreciendo un apogeo somatista de la enfermedad.

La concepción biopsicosocial del ser humano como una unidad determina la necesidad de formar al profesional de la salud en sus esfuerzos preventivos —primarios, secundarios y terciarios—, teniendo en cuenta los aspectos biológicos y psicológicos de los seres humanos, sanos o enfermos. Frente a la disyuntiva mecanicismo-vitalismo, se ha propuesto una salida con la teoría general de sistemas (von Bertalanffy, 1986).

Este enfoque holístico, unido a la reflexión sobre la historia de su propio saber y a una mirada crítica sobre la práctica que ejerce el médico, buscando panoramas de humanismo y actitudes de compromiso social, crea comportamientos para actuar con honradez, objetividad y tolerancia; lo habituará a dudar de la seguridad y a procurar un actuar desprendido, fomentado en el concepto de dignidad humana y en el cuidado compasivo de sus semejantes.

Aquí adquiere importancia el concepto de currículo oculto. El currículo formal —manifiesto y previsto—, con secuencias de prerrequisitos, requisitos y correquisitos que expone al alumno a determinadas experiencias, y prevé clases, trabajos y evaluaciones, es lo visible. El currículo no formal, oculto, que está más allá del formal, es el conjunto de experiencias y estímulos que recibe el estudiante sin que hayan sido previstos ni incluidos en los contenidos (Galli, 1989). Permite el desarrollo de actitudes, valores e ideologías, identificando modelos de comportamientos personales reconocidos social y culturalmente. El alumno incorpora la cultura médica, reconoce los atributos que logran prestigio y adquiere una escala de valores. He ahí la importancia del maestro como patrón de comportamiento. Sin embargo, surge una dificultad cuando se mantienen conceptos erróneos sobre el acto médico, incambiable o aislado de los cambios sociales y sus nuevas demandas de salud.

El mundo ha cambiado, y la profesión médica está atravesando ahora por una de sus mayores revoluciones de la historia. No es una revolución de la medicina, sino de los servicios de salud. Tiende a reproducirse en la tarea docente la experiencia propia del médico y, con cierta frecuencia, se oye decir “cuando yo era estudiante”, como fundamento para validar y justificar una decisión.

Considerada la medicina como ciencia de la salud, debe procurarse una visión global del ser humano en sus aspectos históricos, en sus circunstancias económicas, sociales y culturales, y en su perspectiva de evolución permanente, en la elaboración constante de su ser, dentro de lo que puede llegar a ser una perspectiva de antropología filosófica.

Los aportes de la psicología, de la psicología comunitaria en la medicina comunitaria, de la sociología y de la antropología contribuyen a arrojar luz sobre el ser humano y a entender el fenómeno de la salud y la enfermedad.

El concepto de organismo es tan ubicuo que puede considerarse tanto científico y tecnológico como filosófico. El científico espera que lo aclare el filósofo y este que lo haga el científico. Es un concepto que se encuentra en la intersección de las ciencias de la vida con la filosofía, y en especial con la bioontología. Explica por qué ni el biólogo ni el filósofo nos dicen con precisión qué es un ser vivo. Solo acudiendo a los biólogos y a los filósofos podemos construir un concepto general y adecuado de vida (Britto Dacunha, 1987).

Filosofía y medicina

La filosofía tiene un papel en la medicina y en la formación del médico. La reflexión filosófica permite adentrarse dentro de las dificultades y contradicciones con las que tropiezan las ciencias humanas para testimoniar la presencia del ser humano allí donde se había pensado excluirlo. Según Joliff (1969):

Si se postula una escisión completa entre el exterior y el interior del hombre, las ciencias humanas que se construyen sobre este postulado y se imaginan que es posible hablar del hombre como un objeto físico o matemático, no abordando al hombre en sí mismo, llegan necesariamente a minar sus propias afirmaciones.

Decir lo que es el ser humano es, en realidad, decir lo que el ser humano tiene que llegar a ser. Kant ha sido quien con mayor agudeza ha

señalado la tarea propia de una antropología filosófica, cuando plantea la delimitación del campo de la filosofía universal mediante nuestro preguntar: ¿Qué puedo saber? ¿Qué debo hacer? ¿Qué me cabe esperar? ¿Qué es el hombre? A la primera responde la metafísica, a la segunda la moral, a la tercera la razón y a la cuarta la antropología (Kant, citado por Buber, 1988). Sin embargo, de todas las ciencias humanas, la del hombre es la más digna de él, pero no es la más cultivada ni la más desarrollada. En cualquier campo que se desempeñe el individuo, requiere cierta formación humana. La dificultad radica en determinar y precisar esa dimensión, debido a las diferentes concepciones que se tienen del ser humano (Escobar, 1990).

H. Maturana (1990) sostiene que los seres humanos somos seres culturales, no biológicos, aunque seamos biológicamente *Homo sapiens sapiens*. Lo humano surge en la historia evolutiva de los primates bípedos a los que pertenecemos, con el lenguaje, y así se define nuestro linaje cultural. Al decir que el ser humano es un ser cultural, lo que quiere decir es que lo humano surge en la culturización del *Homo sapiens sapiens*, no antes.

De esta manera, en medicina uno solo puede tener certeza de la incertidumbre cuando trata de acertar, por ejemplo, en un pronóstico. L. Dossey (1982), médico y autor del libro *Space, Time and Medicine*, se lamenta del retroceso y atraso filosófico en la medicina contemporánea y de cómo, incluso hoy, una simple alusión a la palabra filosofía en el contexto de la moderna medicina es vista como “un trapo rojo para el toro médico”. Se desprecia la filosofía como incompatible con la medicina científica. Libros que plantean problemas filosóficos sobre la medicina actual se califican peyorativamente como “filosóficos”, no dignos de ser tenidos en cuenta.

Para Aristóteles, la filosofía es el modo supremo de *theoria*. Toda teoría es una actividad humana. El hombre tiene muchas actividades y, según ellas, muchos momentos vitales distintos que constituyen otros tantos sucesos. La unidad del curso de todos ellos es lo que él llama *bios*. El *bios* comprende el curso de todas las acciones humanas, desde las naturales hasta las morales (Zubiri, 1988). ¿Podremos dejar a un lado esta integralidad del ser humano en nuestra actividad médica?

Debemos ver nuestra profesión no solo dentro de ella y desde nuestro propio punto de vista, sino también observar cómo nos ven los demás. Por eso, Bunge (1980) plantea interrogantes sobre qué es la medicina. Recuerda las tres concepciones del ser humano que han sucedido en la historia de la medicina: el espiritualismo, el naturalismo, y la concepción biopsicosocial. Si el ser humano es un animal que piensa y vive en sociedad, entonces se expone a una mayor variedad de desarreglos y también puede beneficiarse de una mayor variedad de terapéuticas. La medicina siempre ha estado sometida a ideas filosóficas; en cambio, es poco lo que ha aportado a la filosofía. Bunge se pregunta: ¿Qué clase de saber es el saber médico, y qué clase de praxis es el ejercicio de la medicina? ¿Es la medicina una ciencia, una rama de la teología o más bien un híbrido de tecnología con superstición? ¿Cómo actúan de hecho los médicos: como sabios o charlatanes, como técnicos o comerciantes? La iatrofilosofía no es una mera espectadora de la actividad médica, sino que puede desempeñar —y de hecho desempeña— un papel activo. La medicina aún no posee un concepto general, claro y adecuado de enfermedad; tampoco dispone de un concepto definido de salud.

Hipócrates decía que el médico que filosofa es semejante a los dioses. ¡Al parecer pretendemos seguir pareciéndonos a los dioses, pero sin filosofar!

La crisis de los sistemas de salud

El desafío está en utilizar y hacer útiles los conocimientos científicos (socialización de la ciencia) en las grandes comunidades del planeta. Se trata de practicar procedimientos sencillos basados en principios científicos para solucionar problemas de salud que allí se puedan resolver.

El hospital cumplió un papel fundamental en la atención de la salud, pero hoy es solo un eslabón de la cadena de atención —muy importante, por supuesto—, ya que allí los niveles de complejidad técnica ayudan a solucionar los problemas más graves. No obstante, la denominación de “universitario” no debe basarse en esa complejidad, pues es

universitaria toda entidad en la cual la universidad hace presencia en la enseñanza y el aprendizaje. Las nuevas orientaciones aplicadas a utilizar los conocimientos científicos para proporcionar salud deben incluir planteamientos de participación social, educación permanente, promoción y liderazgo. Se requieren propuestas pedagógicas que hagan énfasis en la participación, la capacitación técnica unida a la reflexión crítica, el trabajo colectivo y la investigación y estudios de los problemas que surgen diariamente.

Los avances técnicos han permitido el desarrollo de la atención ambulatoria con procedimientos más eficientes, así como la atención de enfermos en el hogar, que antes requerían hospitalización. Es una cultura de la época, de la cual la ciencia y la tecnología forman parte. De ahí la necesidad de desarrollar tecnologías de comunicación, evaluaciones diagnósticas y terapéuticas a distancia, control remoto de tratamientos y una gran participación de las familias y la comunidad.

¿Será la comunidad médica suficientemente inteligente como para tomar ahora las difíciles decisiones que le asegurarán su continuidad en su papel directivo en el área de la salud durante el próximo siglo, o la inercia podrá más, viéndose entonces una sociedad mal servida, obligada a entregar el área de la salud a otras manos? (World Conference on Medical Education, 1988, citado en *The Lancet*, II (464))

Esta advertencia del Lord Grant, director de la Unicef, al inaugurar la Conferencia Mundial de Educación Médica en Edimburgo (1988), no requiere un gran esfuerzo para comprender cuán pertinente es para nuestra actual orientación de salud en Colombia.

Diversas fuentes y opiniones contribuyen al análisis de las crisis de los sistemas de salud y de su contribución real a la salud de la población. Mckeown (1990), en su libro *Los orígenes de las enfermedades humanas*, demuestra —desde una perspectiva hitórica— que puede interpretarse la relación que existe entre condiciones de vida, salud y crecimiento demográfico de una forma distinta a la tradicional. Sostiene que la inter-

vención médica tenía escaso efecto sobre la mortalidad antes del siglo xx. Los modernos procesos de la salud se atribuyeron a los avances del conocimiento médico y a su aplicación mediante procedimientos preventivos y terapéuticos de índole clínica, sin tomar seriamente en cuenta la posibilidad de que cambios profundos en las condiciones de vida estuvieran transformando la salud.

El autor menciona cuatro fuentes que aportan al panorama actual: genéticamente, hoy enfrentamos condiciones de vida muy distintas con el mismo “equipo” genético de los cazadores-recolectores de hace cien mil años. La transformación moderna de la salud en los países industrializados comenzó más de un siglo antes de que la intervención médica eficaz fuese posible, y debe atribuirse en gran parte el avance del nivel de vida. El descubrimiento de la naturaleza de las enfermedades infecciosas y su prevención —aumentando la resistencia a ellas—, así como el reconocimiento reciente de que muchas enfermedades no transmisibles tienen también orígenes ambientales o conductuales, abren nuevas perspectivas. Fox (1986) sostiene que la medicina avanza tecnológicamente pero no progresa, una afirmación que contradice el espíritu prevalente de asociar cambio tecnológico con progreso. Al vincular “salud” con “cuidado médico”, los esfuerzos se han orientado a ampliar los servicios y ayudar a la población a financiarlos sin modificarlos; es decir, ofrecer cada vez más de lo mismo.

Watkin (1978), al analizar el Servicio Nacional de salud de Inglaterra, afirma que los servidores de salud no son, por sí solos, el único factor que incide en la salud de la población. Señala que la vivienda, la nutrición y las condiciones de vida general pueden ser incluso más determinantes. De hecho, no es posible cuantificar con certeza cuánto de las mejoras recientes en salud se deben efectivamente a los servicios médicos, coincidiendo con otros autores en esta observación.

El aumento de los costos en los servicios de salud también exige un replanteamiento. El sistema de salud de Estados Unidos, a menudo tomado como modelo, se considera el más costoso del mundo. El gasto por persona en salud es de un 171 % mayor que en Inglaterra, 124 % más que en Japón, 88 % más que en Alemania y 38 % más que en Canadá. Además,

el crecimiento de estos costos supera al de otros rubros como alimentos, vivienda o transporte. Sin embargo, cerca de 33 millones de personas de minorías étnicas no cuentan con cobertura en salud, y otro 35 millones apenas acceden a un sistema deficiente (Otero, 1991). A esto se le suma el impacto de la llamada “mala práctica”, que encarece cada vez más los servicios y amenaza con colapsar el sistema. En respuesta, la profesión ha buscado refugio en la “medicina prepagada”, desplazando el cuidado hacia quien puede pagarlo más que hacia quien realmente lo necesita. Éticamente el médico debe vivir de su profesión, pero no puede ofrecer la salud como una mercancía de la sociedad de consumo. Por esto algunos autores sostienen (Najera et al., 1990) que:

Si razonamos cómo el personal médico, el personal de los servicios de salud, los recursos humanos del sistema siguen moviéndose, siguen actuando, siguen prácticamente iguales que, por ejemplo, en la época de Hammurabi, hace más de 2500 años. Si entonces tenían que ser reguladas por leyes como lo hace el famoso código, en situaciones en que el médico quedaba obligado por ley a atender enfermos sin exigir pagos de honorarios, es evidente que no se han producido cambios fundamentales, o tal vez “todo ha cambiado para que nada haya cambiado”.

Los avances tecnológicos y la violencia en la medicina

Es indudable que el progreso científico y tecnológico aporta elementos para el ejercicio de la medicina en su intención de dar salud. La aparición de las unidades de cuidado crítico hacia mediados de este siglo, originadas en las salas de recuperación de cirugía y anestesia, responde a la necesidad de brindar cuidados a pacientes a quienes se practicaban procedimientos cada vez más complejos y temerarios, tales como cirugía de corazón y trasplantes. Se hizo necesario el soporte ventilatorio para reemplazar la función pulmonar y la circulación, para suplir de manera

extracorpórea la función cardíaca, entre otros procedimientos técnicos. Estas situaciones plantearon además conceptos éticos relacionados con los avances biológicos, y nuevos aspectos respecto a la vida y la muerte. Así surgió la extensión de la ética conocida como bioética (Varga, 1988).

La aplicación de los avances tecnológicos y científicos no ha sido impune. La violencia en la medicina moderna ha sido tema de preocupación, vista desde diversos ángulos de la ciencia y su actuar en el presente y futuro de la humanidad (Kothari & Mehta, 1988). Esa violencia se extiende no solo a los seres humanos, sino al medio ambiente, a los animales, a la sociedad. Entre más inmersos estamos en los logros de la erudición, la industrialización y los medios modernos, menos percibimos la verdad autoevidente que señalaba Einstein: que el progreso y la violencia caminan tomados de la mano.

La industrialización basada en la ciencia moderna asume que los recursos son infinitos y que la tierra puede digerir siempre grandes cantidades de gas, calor y polvo. La violencia médica se ha señalado como el curioso producto de la arrogancia del médico, armado de los arreos técnicos, unida a la aspiración a una inmortalidad que la medicina falsamente ha ofrecido para el público y que supone que, con dinero, no habrá problema físico o mental que la medicina no pueda resolver.

Aquí entran elementos de la formación deshumanizada de la medicina, comenzando por la experimentación en animales y la crueldad que encierra. Burnett (1967) dice que esto se basa en la máxima de que lo que puede curar una enfermedad –ya sea simulada o natural– en un ratón o un perro, puede, con el aporte de buen dinero, esfuerzo e inteligencia, ser aplicado a la medicina humana. El antropocentrismo ha olvidado que el hombre debe estudiar la naturaleza no para dominarla o destruirla, sino para compartirla. El médico, *físico*, derivado del griego *physiké* (ciencia de la naturaleza) debe ser ante todo un naturalista; pero, el antropocentrismo, el afán de lucro y la reverencia por la modernidad han matado al naturalista.

Los hospitales, considerados como los templos de la salud, muestran deterioros en sus estructuras y funcionamiento, y los médicos que se forman allí se enfrentan a la contradicción de todas las buenas nor-

mas que debieron aprender para brindar salud: jornadas extenuantes, mal dormir, mal comer, condiciones antihigiénicas, poco descanso, sumados al estrés por afrontar los problemas y las enfermedades de los pacientes y la competencia con los colegas. Los hospitales se constituyen en el medio más deshumanizado para brindar salud y formar médicos. La única manera de humanizar la profesión médica es humanizar su formación. Solzhenitsyn (1993), en *Pabellón de Cáncer*, que la mejor manera de deshumanizar un médico es admirarlo como un científico. En la medicina occidental, se muestran las enfermedades en términos paranoicos: “esta enfermedad es el asesino número uno”; “tal otra es el asesino N”, mientras proclaman al mismo tiempo tremendos avances de la medicina en su “batalla” contra todos los problemas de salud. El resultado es que el médico no ve la enfermedad ni al paciente, sino un “enemigo” al que debe destruir a todo costo, convirtiendo al paciente en campo de batalla sobre el cual recaen las consecuencias, y a veces se le niega la verdad. Como afirma Cabot (1978), médico y filósofo norteamericano, “nunca he conocido a un hombre o a una mujer que empeore por decirles la verdad respecto a su enfermedad”. Sin embargo, esta es la primera víctima en una profesión que aún se aferra a la máxima medieval: “en presencia del paciente, el latín es la lengua”.

La iatrogenia es otro modo de violencia médica, al aplicar medicamentos que poco se conocen o al hacer exámenes invasivos con fines de investigación. Numerar a un paciente y quitarle su nombre es una forma de violencia hospitalaria. Los complejos médico-industriales de la medicina actual generan múltiples formas de violencia: costos enormes para el cuidado de salud; crecimiento del muro tecnológico que separa al médico de su paciente; separación del paciente de sus parientes; conversión de la medicina, de un arte de curar, en una técnica de manejar, y de la salud, en un negocio o en una industria. Aquí, el hecho cultural es evidente.

Según H. Maturana (1990), la cultura occidental es una cultura patriarcal centrada en la apropiación y el control, que valora y protege la procreación. Más aún, nuestra cultura está también abierta a un mercantilismo dispuesto a comercializarlo todo: vida y órganos, embriones y niños. El abuso de las técnicas y medios diagnósticos ha generado lo que

Rang (1972) denominó el *síndrome de Ulises*: si todas las personas normales se sometieran a veinte diferentes pruebas de laboratorio, el 66 % de la gente sana mostraría uno o más resultados anormales. Este síndrome se caracteriza por las situaciones de alteraciones mentales y físicas que siguen a un resultado falso positivo, pues la persona inicia allí un largo viaje de aclaraciones o exámenes antes de retornar a su punto de partida.

Hay además perplejas contradicciones en algunas revistas médicas que publican media página editorial contra los efectos indeseables de los antibióticos y una página completa de avisos a color en favor de los mismos. No hace mucho se celebró en la India un simposio sobre úlcera péptica, patrocinado por una bebida gaseosa que se dice tiene factores estimulantes de la hiperacidez gástrica.

Los médicos no están exentos de la creencia de que lo que la mayoría hace debe ser correcto. Las estadísticas son una notable falla de la medicina moderna. Knebel (1961), molesto con las figuras que los estudios sobre el fumar producen perpetuamente, concluyó: “Fumar produce estadísticas”.

La Organización Mundial de la Salud (1953) ha contribuido a la difusión de tres errores a escala global. El primero fue la introducción de una definición de “salud” que hace sentir enfermas a todas las personas y, por lo tanto, genera la necesidad permanente de diagnósticos y tratamientos. De esta manera, según Sedgwick, los efectos colaterales de este concepto de salud son una anexión progresiva del sano dentro de la enfermedad, la expansión de la idea de que el futuro pertenece a la enfermedad y la creencia de que vamos a adquirir más enfermedades en la medida en que nuestras expectativas de salud se hagan más expansivas y sofisticadas. Otra clase de error es clasificar enfermedades reales o imaginarias y codificarlas por números, haciendo necesario, consecuentemente, para todos los hospitales, marcar con un número a cada uno de sus clientes, olvidándose de la persona y siendo la codificación la fuerza orientadora del diagnóstico y del personal hospitalario. Es más, aconseja la OMS que cada muerte debe consignarse con su causa, es decir, con un diagnóstico específico.

Generar nuevas actitudes y razonamientos

Formación social

Los cambios en los sistemas de salud no se podrán lograr sin cambiar los enfoques de la educación médica para generar nuevas actitudes y razonamientos. La parte más difícil de la medicina es su incapacidad para definir lo “normal”. Es fácil hacer que el paciente asintomático se sienta peor; así, en un chequeo médico de rutina entra como persona y sale como paciente. La idea de que el principal papel de un sistema médico es brindar cuidado al que está enfermo le concede al sistema un rol solamente paliativo. La salud es mucho más universal que la enfermedad; para propiciar esta nueva mentalidad deben tenerse en cuenta varios factores relacionados con aspectos económicos y financieros, dados los costos de los sistemas actuales, las bases técnico-administrativas y las bases científico-filosóficas de la relación salud y enfermedad.

La declaración de la Conferencia Mundial de Educación Médica, celebrada en Edimburgo en 1988, recomienda una serie de medidas, como ampliar a todos los servicios de salud el ámbito de la educación y no dejarla restringida al hospital (World Conference on Medical Education, 1988). En este punto, la Red Internacional de Instituciones Educativas en Ciencias de la Salud Orientadas a la Comunidad (The Network of Community-Oriented Educational Institutions in Health Sciences, s.f.) viene cumpliendo una notoria labor en sus doce años de actividad, y ha afiliado alrededor de 200 escuelas en todo el mundo.

La misma declaración también recomienda adecuar el currículo de formación a las prioridades y recursos reales disponibles en el país, abandonar los modos pasivos de enseñanza, favorecer los que desarrollen la capacidad de continuar el aprendizaje por sí mismo durante toda la vida, que la competencia profesional tenga como fundamento los valores y el análisis social, integrar la educación práctica con la científica, utilizando para ello la comunidad como escenario, e incluir la evaluación de las cualidades sociales de la persona como tal en la selección de los futuros estudiantes (World Conference on Medical Education, 1988). En este sentido,

la propuesta de Atención Primaria en Salud apareció en los años setenta, reemplazando el programa anterior de Servicios Básicos de Salud, que parecía una buena idea en sus comienzos, pero de la cual fue más lo que se habló que lo que se hizo. Entre sus principios fundamentales, se destaca la participación comunitaria, en contraste con el sistema anterior de Salud Básica, en el cual se administraba o “daba” salud a la población en forma paternalista.

La importancia de las condiciones socioeconómicas para la salud está bien establecida (McKeown, citado en Chorny, 1990). La expectativa de vida al nacer está estrechamente relacionada con el ingreso per cápita. En circunstancias sociales mejores, la gente es asimismo más sana y no muere prematuramente. Pero el punto esencial del programa de la participación comunitaria recae en la naturaleza de las relaciones sociales.

A las comunidades oficialmente se las pinta como entidades homogéneas, armoniosas, que existen en una relación sin conflictos con los gobernantes. Sobre este punto, Tamayo (1990) advierte con claridad que:

A veces, sin abandonar la mentalidad individualista heredada de la práctica clínica, se pretende interpretar a la comunidad como un agregado de individuos, capaces de contagiarse mutuamente las enfermedades, y no como lo que en realidad es: un complejo tejido de relaciones de parentesco, de producción económica, de signos culturales. Tejido en el cual la interacción interna y lo que se orienta hacia otras comunidades se desarrolla en procesos históricos marcados por un determinado grado de conflicto, cuya intensidad depende de la satisfacción o insatisfacción que el grupo experimente en la parte de bienes y servicios que le alcancen a corresponder. Vista así la comunidad, la salud y la enfermedad aparecen intrínseca y directamente condicionadas por variables sociales y comunitarias.

Entendida así la comunidad, el enfoque de la medicina comunitaria debe fundamentarse en la epidemiología social, como la ciencia básica para articular las metas distributivas de la Atención Primaria. Su punto de

partida no es la enfermedad, sino el grupo social, caracterizando el agrupamiento social de la enfermedad o el rango de vinculaciones entre los diferentes problemas, sistemáticamente. La epidemiología clásica permanece como la ciencia básica de los programas de la atención primaria individual (Segall, 1983). Este problema ha sido señalado con claridad por diversos autores, quienes relacionan directamente esta desconexión con los pobres resultados en la educación para la salud. Como afirman Mercer, Britto, Vidal y Venegas (1986): “La desvinculación tradicional entre los procesos educativos y el entorno, ámbito y sociedad concreta en que tales procesos se desarrollan ha demostrado que es una de las casuales de los resultados decepcionantes del esfuerzo educacional en salud”.

Aquí, pues, la formación social del médico es primordial para comprender los nuevos y pesados caminos que debe recorrer la medicina en el futuro inmediato. Se prevén así escenarios con acelerados desarrollos tecnológicos (biotecnología, ingeniería genética, etc.); una merma o leve aumento relativo de la inversión pública, con repercusiones sobre el usuario por el pago de servicios; refuerzo en los sistemas locales de salud con miras a transformar el sistema de salud y, en lo epidemiológico, persistirá la coexistencia de situaciones tales como enfermedades infecciosas, envejecimiento de la población y deterioro del medio ambiente con acciones, intoxicaciones, violencia (Chorny, 1990).

Aporte de una experiencia

Con la intención de plasmar este componente humano y social de la formación médica, se incluyen en la organización curricular de la Escuela Colombiana de Medicina contenidos psicosocioculturales, dándoseles un estatus semejante al de las ciencias básicas biológicas y clínicas (bases científicas y operativas de la formación médica tradicional), integrando todo el proceso de formación con la pretensión de abrirle un horizonte de globalidad. El proyecto, así constituido, se ha trabajado durante doce años ininterrumpidamente y se le han hecho los ajustes pertinentes de acuerdo con la experiencia y los desfases encontrados a través de su realización.

La coexistencia paralela en el mundo intelectual moderno de dos culturas que se ignoran mutuamente –como lo señala C. P. Snow (1959)–, por un lado, lo que se denomina científico (matemáticas, biología, ciencias de la naturaleza) y, por el otro, las ciencias sociales y morales, el arte y la cultura, evidencia aún más la necesidad de corregir esta separación en la formación médica y en la práctica de la medicina. El objetivo de dar salud es más complejo si se entiende como el resultado del ambiente total en que se desenvuelven el individuo y la sociedad, siendo la medicina una “ciencia” social y psicológica tanto como biológica (Escobar, 1990).

La preparación del médico puede concebirse de diferentes maneras. El énfasis puede ponerse en aspectos más o menos cercanos a la práctica misma, de acuerdo con el ideal –explícito o implícito– que orienta toda la formación. Existe, en todo caso, un prototipo de médico que se pretende plasmar en quienes se forman para el ejercicio de la profesión. Ese modelo resulta de la confluencia de múltiples factores: unos de índole científica, otros de carácter sociocultural, y otros de naturaleza ética y filosófica. Podrán quizás nombrarse otros, pero lo que aquí interesa subrayar es que, en último término, todo lo que interviene en la definición del médico, en el diseño de un modelo de formación, pertenece al orden de lo humano. Se trata de formar un ser humano que ejerza la profesión médica, cuya práctica solo es posible dentro de la vida social y comunitaria. De ahí que siempre la medicina siempre haya sido concebida como un “arte humanista”, incluso como un servicio humanitario, y que se haya diferenciado de otras prácticas meramente técnicas (Tamayo, 1990).

En la formación de cualquier profesión, el proceso educativo contempla varios aspectos relacionados con la forma de transmitir conocimientos y destrezas en campos específicos de la actividad humana. Dichos conocimientos pueden derivar de ciencias ya constituidas o de disciplinas en proceso de constitución científica. Por otro lado, la educación implica también formar o modelar al estudiante, en el sentido de contribuir a que desarrolle una personalidad adecuada para convivir en sociedad, transformar positivamente su entorno y cumplir óptimamente su trabajo profesional. Por tanto, la ética profesional general hace parte

de su formación, y esta se desarrolla mediante actividades que se entremezclan con las aptitudes necesarias para lograr una visión global.

Después de 1950, se acentuó el carácter de indiferencia de la ciencia, y las disciplinas se vuelven totalmente profesionalizantes, estructuradas independientemente de los valores. Se requieren modelos de dignidad y grandeza que puedan ser seguidos. No puede continuar el “orgullosa *Homo sapiens* –en la sociedad occidental– convertido en un examinador atento y escrupuloso de las marcas de fábrica, en un codicioso consumidor de barajitas y chatarras” (Becker, 1980).

Las investigaciones sobre procesos biológicos conducen, de forma inevitable, no solo a problemas de química y física, sino también a la epistemología. Tan pronto como se descubre la causa de un hecho, se considera que este ha sido “explicado”, pues los análisis de los hechos biológicos se realizan bajo el supuesto de que todos los procesos están determinados causalmente (Rensch, 1983). La aparición de la biología molecular ha convertido el problema del origen de la vida en un enigma aún mayor que el que se tenía antes; ahora enfrentamos interrogantes nuevos y más profundos. La microscopía electrónica amplía *n* veces el linfocito T, solo para ampliar nuestra ignorancia de la célula en la misma proporción.

En la concepción biopsicosociocultural, se trata de atender al ser humano en todo su conjunto; por lo tanto, su interpretación y estudio requieren tanto del análisis como de la síntesis. Es necesario estudiar las partes, pero también conocer las leyes que rigen el comportamiento de las partes por separado, cuando actúan en diversas proporciones y disposiciones. En otras palabras, la ley de la totalidad de los sistemas indica que el funcionamiento del sistema completo es siempre superior a la suma de sus componentes, y que un órgano o sistema altamente complejo posee capacidades y potencialidades que son propias del conjunto, y no meramente de sus partes individuales.

Un plan de estudios

Para la elaboración de plan de estudios de la Escuela Colombiana de Medicina, se tuvieron en cuenta los planes vigentes en otras universidades del país, las experiencias que se vienen adelantando en otras latitudes y, sobre todo, los cambios en el proceso enseñanza-aprendizaje de la medicina. También se consideró la necesidad de buscar una vinculación más estrecha con los problemas de salud de la población colombiana, el nuevo papel que deben desempeñar en la educación médica las instituciones integradas a la estructura del Sistema Nacional de Salud, para hacer posible la integración docente-asistencial, así como la experiencia docente de muchos años de sus fundadores.

Se detectaron tres aspectos centrales en la definición de estas situaciones. El primero tiene que ver con la separación que existe entre teoría y práctica en las escuelas de medicina, que se expresa en una tajante división entre ciencias básicas y ciencias clínicas que fragmenta al estudiante en dos etapas radicalmente distintas a lo largo de su carrera. El segundo aspecto se relaciona con el alejamiento que, por muy diversas razones, se ha producido entre las instituciones dedicadas a preparar médicos y profesionales de la salud y las realidades nacionales. Especialmente sensible es este alejamiento en lo que tiene que ver con las comunidades, sobre todo las de escasos recursos. Este alejamiento también se da con la organización estatal de los servicios de salud, concretamente con su expresión en el Sistema Nacional de Salud. El tercer y último aspecto, muy generalizado y discutido en el mundo actual, hace alusión a la deshumanización unilateral en la enseñanza médica y toda una serie de procesos socioculturales y económicos que afectan a las sociedades de hoy en día. De esta manera, se pierde de vista que el ser humano, en toda su complejidad, es el objetivo de la medicina.

Con base en este diagnóstico, el plan de estudios se estructuró en tres componentes esenciales que buscan dar respuesta a los problemas identificados:

1. Se ha definido un conjunto claro de objetivos educacionales, con conductas terminales específicas para el tipo de médico general que se espera formar.
2. Se adoptó una estructura diacrónica (véase Figura 1), organizada en tres niveles que corresponden a los niveles de atención del sistema de salud colombiano. Esta estructura integra la morbilidad de la población con el tipo de atención médica requerida. El proceso formativo avanza desde la atención primaria —a partir de la población sana— y culmina con la atención médico-quirúrgica especializada dirigida a la población enferma. De este forma, los estudiantes adquieren conocimientos y experiencias en todos los niveles de atención: desde la casa, el puesto y el centro de salud, hasta el hospital local, regional y universitario (véase Figura 2).
3. Se ha intentado superar la brecha entre teoría y práctica —específicamente, entre el tradicional ciclo de ciencias básicas y el ciclo clínico— mediante una estructura sincrónica que articula los conocimientos a lo largo de los doce semestres de formación. Esta propuesta integra tres áreas fundamentales: el área psicosocial, el área comunitaria o de salud para la comunidad y el área bioclínica (véase Figura 3).

Figura 1

Estructura del plan de estudios

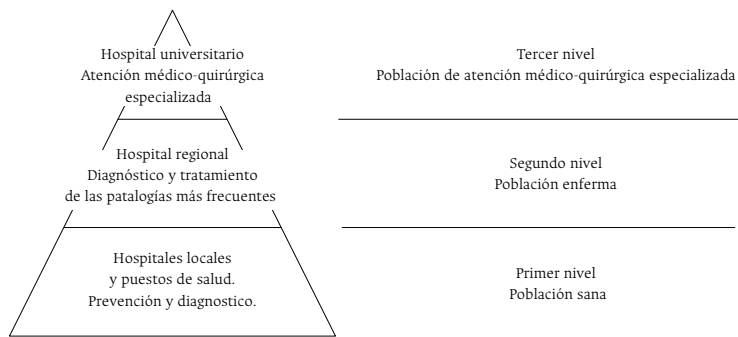


Figura 2

Niveles de atención médica - Sistema de regionalización

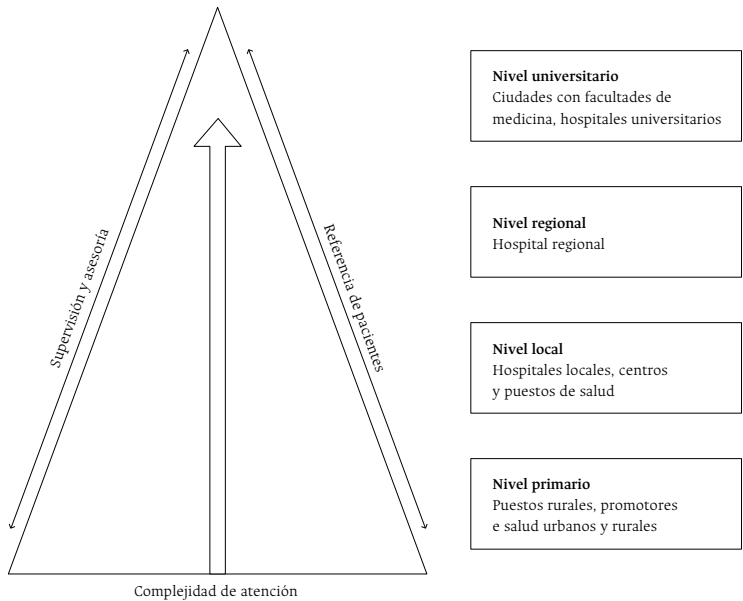


Figura 3

Estructura sincrónica del plan de estudios

Áreas / niveles	I	II	III
Psicosocial	↑	↑	↑ →
Comunitario	→	→	→
Bioclínica	↓	↓	↓ →
	Teoría		Práctica

Nota. Los niveles I, II y III representan la progresión teórico-práctica del plan de estudios.

- Se ha introducido en las tres áreas el concepto de integración docente-asistencial, para relacionar estas dos actividades y hacer más sistemática la integración de la teoría con la práctica, los problemas reales con las soluciones adecuadas y posibles, y el desarrollo progresivo de nuevas técnicas para la atención y el cuidado primario en salud a través de los recursos del Sistema de Salud en el área de influencia de la Escuela.

Estas tres áreas se interrelacionan entre sí. El área bioclínica comprende las ciencias básicas y clínicas indispensables en la formación del médico. Estas ciencias están ordenadas de tal manera que, sin romper su graduación y encadenamiento lógicos, le suministren al estudiante las bases teóricas y lo vinculen a la práctica de manera progresiva desde el mismo comienzo de su formación. Aquí se da la adecuación con el Sistema Nacional de Salud: durante los primeros cuatro semestres, el estudiante debe manejar lo relativo a la atención primaria (promoción en salud, prevención primaria y secundaria, diagnóstico precoz, problemas de bajo riesgo, etc.); durante los dos siguientes semestres se prepara y actúa en el campo de la atención secundaria (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación

de problemas de mediana gravedad, consulta ambulatoria, etc.); y del séptimo semestre en adelante, el estudiante penetra en el campo de la atención terciaria (diagnóstico y tratamiento de problemas graves, experiencia con pacientes inhabilitados y hospitalizados, etc.).

El área psicosocial incluye los componentes psicológicos, psiquiátricos, sociológicos y antropológicos que el médico debe manejar para un cabal cumplimiento de su actividad profesional e investigativa. Dentro de esta área se ubica el Seminario de Epistemología e Historia de la Ciencia, que a lo largo de diez semestres trata de crear en el estudiante un sentido reflexivo, crítico e histórico en relación con los conocimientos que va asimilando y manejando. Se pretende que el futuro médico, además de ver las determinaciones sociales y culturales que han rodeado la producción de conceptos y teoría científica en el mundo y en Colombia, comprenda el núcleo problemático de sucesiones y rupturas que dinamiza la ciencia en su historia y en su contemporaneidad.

Finalmente, la tercera área, medicina comunitaria, comprende las materias y las actividades prácticas que sustentan la relación del estudiante con las comunidades a las cuales sirve y a las cuales servirá en el futuro como profesional. Estas materias y estas actividades posibilitan que el estudiante capte y maneje esa realidad que son las poblaciones concretas, con sus acuciantes problemas de salud en su sentido más amplio. En estos términos, el estudiante debe asumir su papel de trabajador de la salud desde que inicia su aprendizaje médico y está en capacidad, por lo tanto, de ubicarse dentro de las comunidades y dentro de los diferentes escalones del Sistema Nacional de la Salud, en los puestos y centros de salud, inicialmente, y luego en los hospitales regionales y universitarios. Su experiencia con la comunidad y con el Sistema de Salud es, de esta ma-

- nera, viva y directa. Esta área de medicina comunitaria está concebida como punto de entronque de las otras áreas.
5. La estructura del plan de estudios necesariamente obliga a los estudiantes y profesores a tomar contacto directo con los problemas reales del medio y a desarrollar hábitos de trabajo en equipo. Esto permite desarrollar también hábitos de investigación, de autoaprendizaje y, sobre todo, adquirir una elevada ética profesional y social (véase Figura 4).

Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias y de la Medicina

Es conveniente que toda ciencia cuente con una reflexión epistemológica tendiente a precisar su naturaleza científica y su posición dentro de las demás ciencias. El problema epistemológico puede llegar a ser tan grande que, a veces, no conviene exagerar en esto, pues al obsesionarse con ello se detiene y se enreda, cuando en realidad no debe ser así. Lo que interesa es seguir el desarrollo de la ciencia en la elaboración de su objeto de estudio; es decir, lo epistemológico se construye a la par con la formación humana.

El Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias surge dentro de la Escuela como una manera de promover en el estudiante la reflexión y la investigación sobre el origen, desarrollo, la estructura y problemática de los conocimientos (conceptos) que sirven de fundamento a la práctica médica misma. De esta manera, se estimula en el estudiante una actitud crítica, activa y consciente frente a los diferentes contenidos científicos y técnicos que recibe durante su formación.

En el campo de los estudios sociales en salud, solo la historia de la medicina y la antropología médica han tenido una presencia significativa en nuestro medio. Sin embargo, al igual que ocurre con otros enfoques sociales aplicados a la ciencia y la tecnología, su impacto ha sido limitado. Estas disciplinas aún no logran influir de manera definitiva en los planes de formación del recurso humano en salud, en la toma de deci-

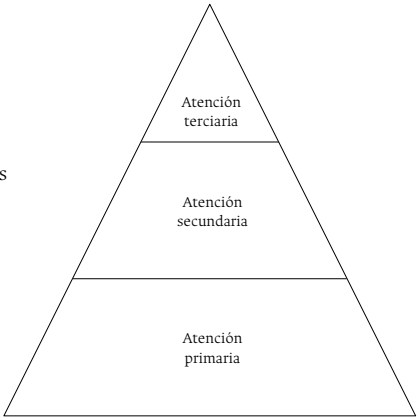
siones dentro del sector sanitario ni en el fortalecimiento de una cultura científica nacional (Cudevido, 1990; Miranda, 1984).

La única forma de lograr lo anterior es integrar de manera estructural y orgánica -no mecánica- los contenidos humanísticos y de las ciencias sociales con los contenidos bioclínicos y médicos. Así, la estructura curricular de la Escuela Colombiana de Medicina contempla el seminario en todos sus niveles, relacionado con todas las áreas de formación. La figura 4 ilustra cómo el seminario está estructurado en todos sus niveles y vinculado a las tres áreas de formación: psicosocial, comunitaria y bioclínica.

Figura 4
Estructura del Plan de estudios

Área / Nivel	4 Semestres	2 Semestres	6 Semestres	
Área Psicosocial	Ciencia de la estructura social	Ciencia de la enfermedad mental	Prácticas especializadas sobre la enfermedad mental	
	Ciencia de la estructura, la función y el desarrollo mental.		Psiquiatría general	Psiquiatría materno infantil
Área Medicina Comunitaria	Ciencias auxiliares de la práctica en comunidad.	Ciencias auxiliares de la práctica y de la salud pública	Salud prácticas regionales	Pública hospitales universitarios
	Prácticas en la comunidad	Practicass centros de salud y hospitales		
	Atención primaria	Atención secundaria	Atención terciaria	
Área Bioclínica	Ciencias de la estructura, función, crecimiento y desarrollo orgánico	Ciencias de la enfermedad funcional y orgánica	Prácticas especializadas sobre enfermedad orgánica y funcional	
			Cirugía Medicina interna	Pediatría Obstetricia
	Primer nivel			

- Integración entre teoría y práctica
- Integración docente-asistencial
- Presencia permanente de estudiantes prestando servicio a la comunidad
- Ser humano concebido y aprendido como ente biopsicosocial



Nivel	Duración	Área Psicosocial	Área Comunitaria	Área Bioclínica	Seminario
Primer nivel	4 semestres	Ciencias que permiten el conocimiento del ser humano normal	Ciencias auxiliares de la práctica en comunidad. Atención primaria	Conocimiento del ser humano normal a nivel mental	Seminario introductorio
Segundo nivel	2 semestres	Ciencias que permiten el conocimiento del ser humano enfermo	Ciencias de la práctica y la salud pública. Atención secundaria	Ciencias de la salud mental	Seminario propiamente dicho
Tercer nivel	6 semestres	Prácticas especializadas sobre la enfermedad orgánica y funcional	Salud pública. Prácticas hospitalarias. Atención terciaria	Prácticas especializadas sobre la salud mental	Seminario investigativo

Con esta estructura curricular –que articula tres áreas y tres niveles de formación–, se intenta cubrir durante toda la carrera los tres aspectos del ser humano: lo biológico, lo psíquico y lo social. Se toma como base la práctica en la comunidad, teniendo en cuenta la atención primaria, secundaria y terciaria, que corresponden a los tres niveles del Sistema Nacional de la Salud.

El Seminario está estructurado como una actividad permanente, durante diez semestres, con una intensidad horaria de cuatro horas semanales. Inicialmente, estuvo organizado de acuerdo con los tres niveles de formación respecto a los contenidos; en la actualidad, se han realizado modificaciones basadas en las evaluaciones desarrolladas y, aún cuando se mantiene en permanente relación con todas las áreas, la correspondencia no es exacta. Metodológicamente, se establecen tres niveles que marcan una diferencia en cuanto al grado de complejidad y de profundidad. Estos niveles corresponden también a distintos tipos de contenidos. Esta estructura se resume en la tabla 1, titulada *Estructura temática del Seminario de filosofía e historia de las ciencias y la medicina*.

Estructura temática del seminario en la Facultad de Medicina

La siguiente tabla resume los contenidos temáticos abordados en el Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias (SFHC), articulados con las demás áreas de formación. Esta estructura refleja el enfoque por niveles, manteniendo una relación progresiva en cuanto a complejidad y profundidad de los contenidos:

Tabla 1

Estructura temática del Seminario de filosofía e historia de las ciencias y la medicina

Nivel	Sem.	Temática en el SFHC	Temáticas en otras áreas
1o.	I	Introducción a la medicina y a sus relaciones con la historia y las ciencias sociales.	Introducción a la medicina y a sus relaciones con la historia y las ciencias sociales. Contenidos de las ciencias relacionadas con la comprensión del ser humano sano, en su contexto sociocultural (anatomía, fisiología, bioquímica, sociología, antropología, psicología, demografía, etc.), y trabajo en el primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud (SNS). Contacto con comunidades específicas.
	II	Construcción de los fundamentos de la genética y de la teoría evolucionista.	
	III y IV	Historia de la mirada del cuerpo en Occidente (académica y popular, desde la Grecia clásica hasta la actualidad.	
2o.	V y VI	Historia del diagnóstico médico en Occidente e institucionalización de la medicina moderna en Colombia, hasta comienzos del siglo XX.	Ciencias relacionadas con el estudio del ser humano enfermo (semiología, patomicrobiología, psiquiatría, etc.) y trabajo en el segundo nivel del SNS.
3o.	VII	Siglo XX en Colombia: políticas de la salud, formación y prácticas médicas.	Clínica médica por especialidades (medicina interna, cirugía, ginecología, pediatría, etc.) y trabajo en el tercer nivel del SNS. Este nivel incluye también los semestres XI y XII de práctica clínica integral, equivalente al tradicional año del Internado rotatorio.
	VIII	Ciencias sociales y salud hoy: hacia la construcción de una nueva semiología médica.	
	IX	Antropología médica: relaciones entre salud, cultura y sociedad.	
	X	Ética médica, bioética y ciencias sociales.	

La experiencia acumulada durante doce años en la Escuela Colombiana de Medicina está en evaluación. Los resultados observados en el proceso formativo de profesionales de la salud —con el seminario de Filosofía e Historia como medio de humanizar la práctica médica y dotar de coherencia a los estudios— son halagadores. Sin embargo, no se han alcanzado muchos de los propósitos esperados, especialmente en lo relativo a involucrar a todo el personal docente, al estudiantado y a los directivos. En unos y otros persisten tendencias a resistirse a los cambios, lo que dificulta un ejercicio diferente al tradicional de la medicina.

Sin embargo, la experiencia pedagógica es válida en cuanto a resultados generales y, en especial, en grupos de egresados marcados por una visión histórica del origen de los procedimientos médicos, que los capacita para hacer un análisis crítico de su propio conocimiento, una actitud heurística en su desempeño profesional en la comunidad y una modestia al reconocer los límites de su saber para enfrentar los problemas de origen científico que encuentran.

La reflexión sobre las técnicas y procedimientos que manipulan, así como la incorporación de las ciencias sociales y humanas (historia de la ciencia y la medicina, sociología, antropología, psicología, psicoanálisis y psicodinámica), con igual estatus al de las llamadas ciencias básicas biológicas (morfología, bioquímica, fisiología), han permitido a estos profesionales entender los fenómenos sociales y acercarse a la comunidad. También han contribuido a mejorar la relación médico-paciente, con un acentuado sentido humanístico y de ética social, comprometidos con el país al entender mejor el medio en que se desempeñan y la integridad del individuo, en lo biológico, psicológico y social.

La formación científica profesional de excelencia se ve reforzada y complementada con el aporte que la reflexión epistemológica y las ciencias sociales y humanas aporta dentro de la estructura curricular. Se despierta también, en forma notoria, la creatividad y el interés por la investigación de los fenómenos que enfrentan en el medio que los rodea en su práctica. Es decir, la formación científico-técnica constituye el cómo y la formación social y humana el para qué.

Se observa una actitud de búsqueda científica frente al mundo y a las cosas que en él se hallan; esto amplía el panorama de la formación médica, lejos del reduccionismo biológico. Se les ha dotado de instrumentos para el adecuado contacto social y se ha dejado un código de comportamiento: actuar con honradez, objetividad, tolerancia; permitir dudar de las certezas y fomentar una actitud desprendida. En el enfoque humanístico, se ha logrado fomentar el concepto de la dignidad de los seres humanos, objeto de la práctica médica y de las limitaciones que conlleva, aceptando que del *cuidado intensivo* se puede y debe pasar al cuidado compasivo del paciente, respetando sus derechos a una buena calidad de vida, a la verdad y a morir dignamente.

Si pretendiera sacar algunas recomendaciones de las vivencias experimentadas en este seminario, podría enumerar algunos hechos:

- Para implementar un programa de ciencias sociales y humanas en la formación profesional, se requiere fundamentalmente contar con la participación convencida de docentes y alumnos.
- Debe tener características de interdisciplinariedad que permitan interrelacionar la disciplina o profesión con las demás ramas del saber, sin demeritar la formación científico-técnica y reconociendo la importancia de cada disciplina.
- El proceso debe ser continuo y formar parte de la estructura curricular, no como un sobreagregado o una asignatura “suelta”, la cual se convierte en algo intrascendente para el alumno.
- La humanización de las prácticas profesionales no se logra con solo lamentaciones y llamadas sentimentales a un buen comportamiento, sino con un proceso formativo activo a través del estudio de la historia del saber y la reflexión filosófica sobre sus objetivos, con un concepto holístico sobre el ser humano.
- Se deben tomar posiciones sobre los diferentes humanismos, pues un profesional no puede ignorar los enfrenta-

mientos ideológicos que se debaten en nuestra sociedad actual.

- Se requiere una vigilancia constante y permanente sobre el currículo, adaptándolo según las circunstancias y los grupos, pues lo que ocurre en su ejecución es producto del uso que profesores y estudiantes hacen de mecanismos de adaptación diferenciadores y conflictivos. La adaptación de cada individuo varía según el perfil socio-psicológico de la situación específica de cada clase.
- Debe promoverse una participación activa de investigación histórica y no una actitud pasiva de transmisión de hechos acríticamente.
- Es necesario procurar la exposición a situaciones prácticas de la vida de la comunidad para entender, a partir de los hechos, los conceptos teóricos.
- La evaluación debe comprometer, en forma integral, todo el programa de cada curso o semestre y no evaluar de forma aislada la formación social y humana respecto de la profesional.

Referencias

- Becker, G. (1980). *Humanidad del mal. Un ensayo sobre la unificación de la ciencia del hombre*. Fondo Cultural Económico.
- Borrero, A., S. J. (1987). *Más allá del currículo. Simposio permanente sobre la universidad*. ASCUN-ICFES.
- Britto Dacunha, A. (1987). El concepto de organismo. En Bunge, M., *Epistemología*. Ariel.
- Bunge, M. (1980). *Epistemología*. Ariel.
- Burnett, F. M. (1967). Concepts of autoimmune disease and their implications for therapy. En G. E. W. Light (Ed.), *Reflexions on research and the future of medicine*. McGraw-Hill.
- Chorny, A. H. (1990). El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. *Educación Médica y Salud*, 24(1).
- Coombs, Ph. (1986). *Crisis en la educación superior*. Ed. Guadalupe.
- Cudevido, E. (1990). Los docentes universitarios en la ciencia y la tecnología en América Latina y el Caribe. En *Proyecciones*. Colección Educación Médica, Vol. 3, Escuela Colombiana de Medicina.
- Daros, W. (1982). El concepto de revolución científica en la época moderna. *Revista Roms. di Filosofia e di Cultura*, (77).
- Dossey, L. (1982). *Space, time and medicine*. Reviön.
- Dunning, A. J. (1988). *Hermano asno*. Ed. El País Aguilar.
- Escobar, T. J. (1990a). Presentación. En *Proyecciones de un programa*. Colección Educación Médica, Vol. 2, Escuela Colombiana de Medicina.
- Escobar, T. J. (1990b). Articulación de conocimiento básico, biológico y social en la formación de personal de salud. En *Proyecciones de un programa*. Colección Educación Médica, Vol. 3, Escuela Colombiana de Medicina.
- Fox, D. M. (1986). *Health politics: The British-American experience*. Princeton University Press.
- Galli, A. (1989). Argentina: Transformación curricular. *Educación Médica y Salud*, 23(4).

- Glover, J. (1986). *El hombre prefabricado*. Problemas éticos de la ingeniería genética. Ariel.
- Goldstein, Th. (1984). *Los albores de la ciencia: De los árabes a Leonardo da Vinci*. Fondo de Cultura Económica.
- Henderson, D. K. (1990). Social studies of sciences. SAGE, 20, 113-148.
- Joliff, J. Y. (1969). *Comprende al hombre*. Ed. Sígueme.
- Kant, M. (1988). Citado por Buber, M. *¿Qué es el hombre?* Fondo de Cultura Económica.
- Kothari, M. L., & Mehta, L. A. (1988). Violence in modern medicine. En A. Nandy (Ed.), *Science, hegemony and violence: A requiem for modernity*. Oxford University Press.
- Maturana, H. (1990a). Emociones y lenguaje en educación y política. Hachette/CED.
- Maturana, H. (1990b). ¿Cuándo se es humano? Reflexiones sobre un artículo de C. R. Austin. *Archivos de Biología y Medicina Experimental*, 23, 273-275.
- McKeown, Th. (1990). *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Crítica.
- Mercer, H., Britto, P., Vidal, C., & Venegas, S. (1986). El contexto de los procesos cuantitativos. En *POS*, Fascículo II. Serie desarrollos de los recursos humanos, N.º 179.
- Miranda, A. M. (1984). *Apuntes para la historia de la medicina en Colombia*. Ciencia, Tecnología y Desarrollo, Vol. 8. Colciencias.
- Nájera, E., Cortés, M., García-Gil, C., Rosado, M., Solano, A., & Viciano, F. (1990). El enfoque epidemiológico en la formulación de políticas y en la formación de recursos humanos. *Educación Médica y Salud*, 24.
- Otero, E. (1991). La salud en Colombia. *Boletín Médico Internacional*, 11(4), julio-agosto.
- Patiño, J. F. (1991). Formación del médico general integral: Balance entre áreas básicas y salud pública. *Medicina*, 26 (julio).
- Rang, M. (1972). The Ulysses syndrome. *Canadian Medical Association Journal*, 106.
- Resch, B. (1983). La determinación polinómica de los procesos biológicos. En F. J. Ayala & T. Dobzhansky (Eds.), *Estudios sobre la filosofía de la biología*. Ariel.

- Rosen, G. (1981). *De la policía médica a la medicina social*. Siglo XXI.
- Sarton, G. (1962). *The history of science and the new humanism*. Midland Books.
- Segall, M. (1983). The politics of primary health care. *Bulletin of International Development Studies*, 14(4). Sussex, U.K.
- Tamayo, F. (1990a). *Sugerencias pedagógicas: Violencia, salud y universidad*. Primer Encuentro de Egresados. Memorias. Escuela Colombiana de Medicina.
- Tamayo, F. (1990b). De la reflexión epistemológica y su importancia en la formación del profesional de la salud. En *Proyecciones de un programa*. Colección Educación Médica, Vol. 3, Escuela Colombiana de Medicina.
- The Network of Community-Oriented Educational Institutions on Health Sciences. (s.f.). [*Informe institucional sobre educación médica comunitaria*]. University of Limburg – The Netherlands
- Varga, A. (1988). *La bioética. Principales problemas*. Ed. Paulinas.
- Von Bertalanffy, L. (1986). *Teoría general de los sistemas*. Fondo Cultural Económico.
- Watkin, B. (1978). *The National Health Service: The first phase 1940-1974 and after*. G. Allen and Unwin.
- World Conference on Medical Education Edinburgh. (1988). *The Lancet*, II(464).
- Zubiri, X. (1988). *Aristóteles*. En *Cinco lecciones de filosofía*. Alianza Editorial.

Colección Educación y Salud

n.º 1

Año 1, n.º 1,
Enero-junio 2024
ISSN: 3073-0929

La formación humana y social del médico

Memorias

Fue editado y publicado por la Editorial Universidad El Bosque
Junio de 2024
Bogotá, Colombia

Para esta edición, se usaron las familias tipográficas:
Ancizar Serif de 10 a 50 puntos.
El formato de este ejemplar es de 14,5 x 21 cm.

