



NUEVAS PERSPECTIVAS PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA

González G., Miguel (Universidad Central de Venezuela, Venezuela, migongue@yahoo.com)

Resumen

Se reconoce que los estudios médicos han tenido siempre, como comprensible objetivo general, la capacitación de los futuros profesionales para atender los problemas de salud de los individuos. Se reconoce también que, a lo largo de su evolución histórica, los estudios médicos han ido incorporando otras asignaturas cuyos objetivos generales no han tenido el mismo universal reconocimiento. Se plantea que estas asignaturas pueden ser agrupadas en dos objetivos generales bien precisos. El primero de ellos agrupa a las asignaturas que capacitan al futuro profesional para atender los problemas de salud de la comunidad como un todo; en este caso se presenta una nueva metodología para enfrentar la enseñanza de la salud pública. El segundo objetivo general integra a las asignaturas que tratan de capacitar al médico para que tenga la conducta que le corresponde como oficiante de una profesión fundamental e intrínsecamente humanística, tanto cuando actúa sobre individuos como cuando lo hace sobre la comunidad en general; en este aspecto, se ensaya finalmente una explicación sobre esta integración, lamentablemente menos reconocida.

Palabras clave: Estudios médicos, salud pública, humanismo médico

Abstract

Training the physicians in order to assist the individuals' health problems is recognized as the first general objective of medical studies. But there are subjects whose general objectives have not had the same universal recognition. They are of two types. The first one of these refers to the subjects that qualify the physician to assist the health problems as community issues, a new methodology to teach the public health is highlighted. The objectives of the other type of subjects are presented belonging to the humanistic field, the creation of the Departamento de Medical Humanism in medical schools for ruling and developing the humanistic formation is proposed.

Keywords: Medical studies, public health, medical humanism

1.- INTRODUCCIÓN

Iniciamos nuestro trabajo con un planteamiento ciertamente obvio, pero que estimamos absolutamente fundamental: *Toda labor, toda actividad, todo trabajo requiere, como condición primaria, la adquisición de ciertas competencias para realizarlo.*



Al hablar del término competencia, nos estamos refiriendo ciertamente a la cuarta acepción reconocida en el Diccionario de la Real Academia Española (*aptitud, idoneidad*), mismo instrumento que nos refiere que aptitud es *la suficiencia o idoneidad para obtener y ejercer un empleo o cargo* y que finalmente nos lleva de la mano a la esclarecedora idea de *capacidad*.

En esta línea de pensamiento, es preciso tener en cuenta que la competencia o capacidad necesaria para desempeñar cualquier labor, actividad o trabajo deberá haber sido previamente adquirida de alguna manera, idea básica que tiene como consecuencia natural y lógica en la evolución humana el que, a efectos de garantizar la adquisición de esas competencias, la sociedad estructure, "invente", podríamos decir, la figura de la formación profesional o laboral. Lo aquí expresado podemos resumirlo de la siguiente forma: *la formación profesional o laboral es una variable dependiente de las competencias a adquirir, las cuales constituyen su objetivo*.

Traducido esto al campo de la medicina se expresa así: la formación médica es una variable dependiente de las competencias médicas, las cuales constituyen su objetivo.

Este sencillo planteamiento encierra una consideración clave y fundamental, cual es la de que cualquier discusión acerca de la forma y manera en que se organice e imparta la formación médica debe estar, deberá estar, supeditada a la previa definición de las competencias que deban ser adquiridas.

2.- COMPETENCIAS NECESARIAS PARA EL EJERCICIO MÉDICO

Entramos ahora en un terreno que se presta a una sana discusión: *¿cuáles son las competencias necesarias para el ejercicio médico?* Desde luego, no tenemos ninguna intención de pontificar aquí sobre ellas, pero sí nos atrevemos a poner sobre el tapete nuestra posición de que, cualesquiera que ellas sean, expresadas en forma de objetivos bien definidos, pueden ser catalogadas en tres grandes tipos:

- (a) Las que procuran el conocimiento del organismo sano y enfermo, como condición indispensable para atender los problemas de cada individuo;



(b) Las que procuran el conocimiento de los problemas de salud desde una perspectiva de comunidad;

(c) Las dirigidos a modelar la conducta del médico.

3.- PRIMER TIPO DE COMPETENCIAS: LO TECNOLÓGICO

El primer tipo de competencias constituye el norte de los objetivos de asignaturas tales como Anatomía, Fisiología, Clínica Médica, Obstetricia, Cirugía, Pediatría, Psiquiatría, Anatomía Patológica, Oftalmología, Otorrinolaringología, etc., es decir, la gran mayoría de las asignaturas que constituyen el pensum de estudios de una carrera de medicina. Las competencias que estas materias proporcionan se pueden reunir como *competencias de carácter tecnológico*.

No es el caso ni el motivo de nuestra presentación el extendernos respecto a este tipo de competencias, salvo, acaso, destacar que ellas deben ser atendidas a la verdad admitida y estar siempre sabiamente acompañadas de la pregunta impertinente que rodee a esa “verdad admitida” del prudente manto de duda, que es como el vital oxígeno para el avance verdaderamente científico.

4.- SEGUNDO TIPO DE COMPETENCIAS: LO SOCIAL

El segundo tipo de competencias es el de las llamadas *competencias de carácter social*. Son las que capacitan al médico para atender los problemas de salud de la comunidad como un todo, es decir, desde un punto de vista social. Valdría la ocasión para citar aquí una feliz frase de Henry Sigerist (1891-1957): “*No olvidemos que la medicina, después de todo, es una ciencia social*” (*). Estas competencias son las proporcionadas por el aprendizaje de conceptos y prácticas de Estadística, Epidemiología, Sociología Médica, Administración Sanitaria, etc.

A estas competencias de carácter social se les ha venido reconociendo cada vez mayor importancia y han determinado el surgimiento de los Departamentos de Salud Pública o de Medicina Preventiva y Social dentro de la organización estructural de casi todas, si no todas, las Escuelas de Medicina.



Es el caso, sin embargo, que el proceso enseñanza-aprendizaje de estas asignaturas ha venido confrontando todo tipo de dificultades en la relación docente-alumnos, puesto que los segundos suelen verlas con poco o ningún entusiasmo y los primeros suelen admitir esta situación como inevitable, lo cual, a nuestro juicio, ha venido determinando un círculo vicioso absolutamente inaceptable que merece una cuidadosa revisión.

En efecto, la idea general que se considera en los estudios médicos es la de que estas asignaturas **deben ser enseñadas** para que el alumno tenga una comprensión de la problemática de salud pública, consideración que se estima suficiente para la elaboración de sus programas, ya sean de estadística, epidemiología, ciencias sociales aplicadas a la salud y administración sanitaria.

Lamentablemente, este enfoque deja de lado una reflexión de extraordinaria trascendencia y que incide directa y poderosamente en la motivación del estudiante. En realidad, los programas de epidemiología,

(*) Sigerist, H.: **Historia y Sociología de la Medicina. Selecciones**. Bogotá. Editora Guadalupe. 1974. Pág.199

administración, etc. (en general, todos los programas englobables como de salud pública) adolecen de una gran desconexión entre sí, a lo cual se le resta importancia como si se presumiera que el estudiante inevitablemente integrará sus objetivos. Esta presunción la consideramos absolutamente equivocada, por cuanto no es fácil que el estudiante (cuya visión es muy concreta en su interés para dedicarse al estudio de la medicina, y a quien esa visión le hace fácilmente perceptible la relación entre su deseo de llegar a ser médico y el estudio de la Anatomía, Fisiología, Clínicas, etc.) sea ganado para el estudio de unos programas de Estadística, Ciencias Sociales aplicadas a la salud, Epidemiología o Administración, a los cuales, de entrada, no le encuentra clara relación entre sí, y menos aún con su vocación de ser médico.

De aquí nuestra primera propuesta concreta: ***Es preciso estructurar un aprendizaje de Salud Pública claramente insertado en la vocación del estudiante de medicina.*** En nuestra opinión, el asunto no se



resuelve con dictar programas separados de cada una de esas áreas señaladas, sino, por el contrario, integrarlas escalonadamente con base en un criterio unificador. Concretamente, y con el deseo de que se produzca una sana, viva y fructífera discusión, proponemos que, teniendo como eje la salud pública, su aprendizaje sea programado a lo largo de cuatro niveles, así:

Primer nivel: Problemas de salud del país.

En este nivel, el estudiante se familiarizaría con la realidad sanitario-asistencial del país, examinada a través de aspectos tales como morbilidad (¿de qué se enferma la gente?), mortalidad (¿de qué se muere?), motivos de consulta, causas de hospitalización, etc., todo ello revisado a través de las variables de sexo, edad, ocupación, distribución geográfica, etc. Esto se completaría con un elemento práctico, cual es la posibilidad de desarrollar este esquema directamente en un sector comunal o laboral previamente escogido para ello. Además de las bondades que le atribuimos a este enfoque, estimamos que tiene otro elemento favorable y nada despreciable: *no cede en motivación* al interés para estudiar al mismo tiempo asignaturas como anatomía, bioquímica o histología, que son las que suelen dictarse al inicio de la carrera, a diferencia de lo que ocurre con un programa específicamente de estadística o de ciencias sociales.

Segundo nivel: Factores condicionantes

En el segundo nivel, el estudiante reconocería cuáles son los factores que determinan la realidad que ha conocido a lo largo del primer nivel. La conexión entre los contenidos y objetivos de ambos niveles es obvia y no necesita explicación adicional alguna, a la inversa de lo que suele ocurrir, por ejemplo, con los actuales programas de Estadística y Ciencias Sociales dictados en los dos primeros años de la carrera, los cuales no presentan esa clara relación entre sí, aunque alguno de ellos sea administrativamente calificado de pre-requisito del otro, sin que tal presunción tenga realmente alguna argumentación verdaderamente académica.



Tercer nivel: Programas de salud

En nuestra propuesta estimamos que es asimismo perfectamente perceptible la relación entre los dos niveles previos y este tercer nivel, el cual sería dedicado a que el estudiante se familiarice con los diferentes programas que existen para enfrentar esos problemas y sus factores condicionantes. Esto se haría tanto en la esfera oficial como privada, revisando los objetivos programáticos establecidos, así como las instituciones y organismos involucrados, estructura, metodologías de trabajo, resultados obtenidos, dificultades encontradas, forma como hayan sido enfrentadas estas dificultades, flexibilidad para adaptarse a las realidades de cada localidad, etc., todo ello examinado con un espíritu crítico que culminaría con propuestas concretas.

Cuarto nivel: Servicios de salud

La idea central de este nivel es la de familiarizar al estudiante con el funcionamiento de los servicios que existen para desarrollar los programas que se hayan diseñado, interesándolo en la calidad y distribución del personal, operatividad, estructura reticular y jerarquizada de los servicios, apoyo logístico, evaluación de resultados, etc.

Desde luego, no es posible presentar aquí un diseño completo y pormenorizado de nuestra idea, pero consideramos que lo dicho es suficiente para inspirar al menos alguna curiosidad y vislumbrar alguna vía para mejorar esta situación.

5.- TERCER TIPO DE COMPETENCIAS: LO HUMANÍSTICO

Para hablar de un tercer tipo de competencias, es preciso hacer unas reflexiones previas. Durante siglos se ha dado por descontado que la conducta del médico se generaba y se desarrollaba prácticamente en forma espontánea y natural por el solo hecho de estudiar medicina. Lamentablemente, la realidad ha terminado por hacer evidente que tal cosa no es verdad. Por un lado, la avasallante formación



tecnológica ha minimizado el énfasis del eterno aspecto humanístico de la profesión. Por otro lado, muchos de los modelos que el alumno ve delante de sí, a lo largo de sus estudios, dejan mucho que desear en cuanto a este delicado aspecto. Todos tenemos alguna experiencia en este sentido. Innumerables han sido los llamados de alerta de distintos, variados y autorizados organismos que vienen planteando que se está notando una gran falla en la formación humanística médica. La conclusión es inevitable: ***es necesario que exista una estructura que se responsabilice específicamente por el desarrollo de los objetivos de formar y fortalecer la conducta del médico como tal médico.***

Desde otro punto de vista, apreciamos que, en algunos casos, parece existir cierta confusión conceptual y terminológica, detectable en la existencia de algunas asignaturas que, además de no poder ser encasilladas en las dos primeras categorías, apuntan a objetivos algo dispersos y no muy convincentes, según se desprende de sus variadas denominaciones y su falta de presencia en todas las Escuelas de Medicina.

Esta percepción nos lleva a plantearnos si existe realmente algo que pueda ser denominado “conducta del médico”.

Tomemos como punto de partida la definición de conducta como “... *porte o manera con que los hombres gobiernan su vida y dirigen sus acciones...*” (DRAE, 5ª acepción). La pregunta ahora es: ***¿Existe un modo o manera para dirigir sus acciones, que sea particular, propia y específica de los médicos?***

Estamos absolutamente convencidos de que la respuesta es afirmativa. Permítanme evocar aquí al insigne Maestro de Cos (Hipócrates) citado por Castiglioni:

“... (el médico) *debe saber callar en el justo momento y llevar una vida reglada... Su comportamiento debe ser el de un hombre honesto, y como tal debe mostrarse ante todos los hombres honestos, amable y tolerante...No debe obrar impulsiva ni precipitadamente, debe mostrar sobre todo un rostro tranquilo, sereno y no estar nunca de mal humor, más por otra parte tampoco demasiado alegre...* (Hipócrates, Del Médico) (*)



“... todas las cualidades del buen filósofo deben encontrarse también en el médico: desinterés, celo, pudor, aspecto digno, seriedad, juicio tranquilo, serenidad, decisión, pureza de vida, hábito de sentencia, conocimiento de lo que en la vida es útil y necesario, reprobación de las cosas malas, ánimo libre de sospechas...(Hipócrates, Del Comportamiento del médico) (**)

“...Cuando entre en la estancia del enfermo recuerde el médico estar atento al modo de sentarse, al modo de comportarse; debe ir bien vestido, mostrar el rostro tranquilo, ser sereno en el obrar, atender con cuidado al enfermo, responder con tranquilidad a las objeciones y no perder la paciencia ni la calma ante las dificultades que surjan... Todas las prescripciones del médico deben hacerse en forma amigablemente tranquila... Los médicos que se encuentren reunidos en consulta, nunca deben disputar agriamente entre sí ni ridiculizarse mutuamente...”
(Hipócrates, De las prescripciones) (***)

(*) Castiglioni, A.: Historia de la Medicina. Milano, Società Editrice “Unitas”. 1927. Pág. 153.

(**) Ibidem

(***) Castiglioni, A.: Historia de la Medicina. Milano, Società Editrice “Unitas”. 1927. Pp. 153-154

Factores que determinan la conducta humana y, por ende, la conducta del médico

Sin pretensión alguna de ser exhaustivos, y más bien con formal invitación a que se produzca una constructiva deliberación, consideramos que, *entre los factores que determinan la conducta humana, se encuentran los conceptos, los valores, los ejemplos y las leyes*. Ciertamente lo hacen desde ángulos diferentes, pero puede sostenerse que todos **son confluente en su objetivo de ayudar a modelar la conducta humana**. Simplificando al máximo nuestro planteamiento, por razones obvias, asumimos lo siguiente:

Los conceptos son materia de la competencia de la Filosofía

Los valores son campo de competencia de la Ética

Los ejemplos son campo de competencia de la Historia

Las disposiciones legales son campo de competencia del Derecho



Ahora nuestra pregunta se hace más concreta: *¿Existen conceptos, valores, ejemplos y disposiciones legales que sean específicos para determinar la conducta de los médicos? Veamos.*

Conceptos:

Ciertamente, algunos conceptos son, según cómo los haya asumido, indudablemente determinantes de la conducta de un médico. Permítannos, a modo de ejemplo, que presentemos algunos de ellos en forma de preguntas: ¿Qué es la vida?, ¿Qué es la salud?, ¿Es la medicina una ciencia, un arte, una técnica o un servicio, o es todo eso, siquiera parcialmente?, ¿Qué es un médico?, ¿Qué es un paciente?, ¿Qué es un enfermo?, ¿Sólo es enfermo el que se queja, aunque no le detectemos ninguna anomalía orgánica o funcional, o lo es el que tiene alguna anomalía, aunque no se queje, o lo son ambos, o existe otra definición?, ¿Los minusválidos: son enfermos eternos?, ¿Puede una sustancia u otro recurso ser un medicamento en algún caso, y no en otros?, ¿Qué es un medio terapéutico realmente?. Estimamos que los ejemplos presentados son suficientes para ilustrar nuestra idea de que debe existir una asignatura bajo la denominación de **FILOSOFÍA DE LA MEDICINA**. Esta propuesta exige una clarificación adicional. Ciertamente, creemos muy útil que, durante los estudios médicos se expongan las relaciones de los sistemas filosóficos con la medicina, originados aquellos ya sea en Aristóteles, Kant, Leibnitz, Descartes, Spinoza o cualquier otro maestro de la Filosofía. Sin embargo, consideramos que esto no es Filosofía de la Medicina, sino **Filosofía en la Medicina**, ciertamente interesante y útil, pero netamente diferente en sus objetivos.

Valores

La importancia de los valores como determinantes de la conducta de toda persona es absolutamente incuestionable. Esto es especialmente importante en el caso de los médicos, cuyo objeto de trabajo es algo tan especial como la vida y la salud de las personas, incluso a veces en forma absoluta. Puede uno, por ejemplo, preguntarse si existen o no valores de carácter universal, o si, por el contrario, lo decisivo es el entorno social, teniendo en cuenta la inocultable diferencia entre una y otra sociedad, por su respectiva carga cultural. En todo caso, es preciso detallar y destacar una lista de valores, incluyendo aquellas que sin ser necesariamente exclusivas del médico, deben ser en él aún más notables. Permítanme citar aquí a nuestro eminente Dr. Luis Razetti (1862-1932), quien señaló:



“... El ejercicio de la medicina necesita limitaciones morales, no porque se presuma mala fe en los médicos, sino porque la medicina no es una simple profesión liberal como otras: la medicina es un apostolado, cuyo único objeto es hacer el bien. Todo lo que en el ejercicio de la medicina pueda desviar al médico de la práctica del bien, es inmoral...”^(*)

Cierto es que los valores no son necesariamente idénticos de un lugar a otro, ni de una época a otra, pero es igualmente cierto que toda sociedad o grupo poblacional, en un determinado tiempo y lugar, tiene una escala de valores. Esto es lo que explica la aparición de la asignatura **BIOÉTICA**, bien que en otros sitios se prefiera la denominación de *Ética*, *Moral Médica*, *Deontología*, *Ética Clínica*, *Ética Médica*, etc.

^(*) Razetti, L.: *Moral Médica*. Caracas, Tipografía Americana. 1928. Pág. 14

Ejemplos

El ejemplo es, quizás, el factor más fácilmente reconocible como determinante de la conducta en general, y médica en particular. Mención aparte del papel de los profesores, no fácilmente traducible en un plan de estudios, queremos referirnos a la fuente de ejemplos *originada en la historia*. Es la historia la que nos enseña la forma cómo han evolucionado las ideas de quienes han laborado en el campo de la salud y la medicina a través del tiempo y las distancias; nos enseña también cómo han evolucionado los hechos, ofreciéndonos ejemplos acerca de cómo se relacionan los de otras épocas o lugares con los contemporáneos. Pero, sobre todo, ***nos enseña cómo han actuado los hombres que han estado inmersos en esos hechos o ideas, así como sobre su capacidad de observación y forma de reflexionar, su actitud y las acciones que desarrollaron según sus circunstancias***, todo lo cual constituye una serie de extraordinarias lecciones acerca de cuál debería ser nuestro propio comportamiento para casos análogos. La Historia nos da una lección adicional, ésta es, la forma cómo los *conceptos* (factor filosófico) y los *valores* (factor ético) que manejamos son estructurados por decantación en el devenir del tiempo. Todo lo aquí expresado no es más que una muestra de la necesidad y conveniencia de la asignatura **HISTORIA DE LA MEDICINA**. Pero, colateralmente, también nos alerta sobre que debemos revisar sus programas en función de objetivos diferentes a los clásicos de “conocer el pasado”, y procurar estructurarlos en función de “*examinar los personajes del*



pasado y sus circunstancias (vidas, ideas y hechos) como ejemplos dinámicos para los actores del presente”

Disposiciones legales

La importancia de las leyes como modeladoras de la conducta médica es tan incuestionable, ya sea por el ángulo de lo que permiten o por lo que prohíben, que no necesita argumentación. Sin embargo, creemos necesario hacer cierta puntualización. En los planes de estudios médicos suele existir una asignatura bajo la genérica denominación de Medicina Legal, pero la experiencia común es que su desarrollo se ha centrado en la Medicina Forense. Este aspecto es incuestionablemente importante, pero lamentablemente ha llevado a una minimización de lo que proponemos aquí: el *conocimiento de las leyes, decretos, resoluciones y reglamentos que definen las condiciones del ejercicio profesional en función de modelar la conducta del médico*, tal como ocurre en los casos de enfermedades incurables, consentimiento informado, aborto, eutanasia, praxis médica, medidas a tomar en casos de epidemias o enfermedades de denuncia obligatoria, entre muchos otros. Es esto lo que justifica nuestra propuesta de que se cree una asignatura nueva que, perfectamente separada de la Medicina Forense, contemple estos aspectos, bajo una nueva denominación que bien podría ser la de **DERECHO MÉDICO**.

Experiencias actuales en diversas universidades

Desde luego, estamos en pleno conocimiento de que ya existen algunas de las cátedras que proponemos aquí. En aras de la utilidad, veamos una lista referencial de los Departamentos de algunas universidades de diversas partes del mundo para luego hacer breves comentarios

<i>Universidad</i>	<i>Departamento, Programa o Instituto</i>
Aarhus (Dinamarca)	Departamento de Historia de la Ciencia
Atenas (Grecia)	Programa de Historia y Filosofía de la Ciencia y la Tecnología
Augsburg (Alemania)	Departamento de Filosofía de la Ciencia
Bahía (Brasil)	Programa de Educación, Filosofía e Historia de la Ciencia
Barcelona	Programa Doctoral en Historia de la Ciencia
Bar-Ilan (Israel)	Programa de Historia y Filosofía de la Ciencia, Tecnología y Medicina



Berlín	Instituto de Historia de la Medicina
Bialystok (Polonia)	Departamento de Historia y Filosofía de la Ciencia
Bolonia	Programa de Historia de la Ciencia
Boston	Departamento de Leyes en Salud, Bioética y Derechos Humanos
Bucarest	Departamento de Historia de la Medicina et Ética Biomédica
Buffalo	Centro de Ética Clínica y Humanidades en Cuidados de Salud
California	Departamento de Antropología, Historia y Medicina Social
Cambridge	Departamento de Historia y Filosofía de la Ciencia
Carolina Este	Departamento de Humanidades Médicas
Chicago	Programa de Estudios Conceptuales e Históricos de la Ciencia
Colonia:	Instituto de Historia y Ética Médica
Columbia	Centro de Historia de la Ética y la Salud Pública
Copenhague	Departamento de Historia de la Medicina
Dusseldorf	Instituto de Historia de la Medicina
Elche (Alicante)	División de Historia de la Medicina (Departamento de Salud Pública)
Eotvos Lorand (Budapest)	Departamento de Historia y Filosofía de la Ciencia
Estado de Washington	Departamento de Historia de la Medicina y Ética
Estambul	Departamento de Historia de la Medicina y de Ética médica
Florida	Programa de Historia de la Ciencia
Georgia	Programa de Historia de la Ciencia, Medicina y Ambiente
Ginebra	Instituto de Historia de la Medicina y la Salud
Glasgow	Centro de Historia de la Medicina
Goteborg (Suecia)	Departamento de Historia de las Ideas y Teoría de la Ciencia
Gottingen (Alemania)	Departamento de Ética e Historia de la Medicina
Göttingen (Alemania)	Departamento de Ética Médica e Historia de la Medicina
Hamamutsu (Japón)	Departamento de Medicina Legal
Hannover	Departamento de Historia, Ética y Filosofía de la Medicina
Harvard	Departamento de Historia de la Ciencia (Programa interdisciplinario)
Heidelberg	Instituto de Historia de la Clínica Médica
Houston	Departamento de Historia. Especialización en Historia de la Ciencia
Indiana	Departamento de Historia y Filosofía de la Ciencia
Jena (Alemania)	Instituto de Historia de la Medicina, Ciencias Naturales y Tecnología



Jerusalén	Program de Historia, Filosofía y Sociología de la Ciencia
Johns Hopkins	Departamento de Historia de la Medicina y Bibliografía
Kansas	Departamentos de Medicina Preventiva y de Historia y Filosofía de la Medicina
Leeds (Reino Unido)	División de Historia y Filosofía de la Ciencia
Londres	Centro de Historia de la Ciencia, Tecnología y Medicina
Lubeck (Alemania)	Instituto de Historia de la Medicina y la Ciencia
Madrid	Unidad Docente de Historia de la Ciencia
Mainz (Alemania)	Instituto de Historia de la Medicina
Manchester (Reino Unido)	Centro de Historia de la Ciencia, Medicina y Ambiente
Manitoba	Departamento de Historia de la Medicina
Melbourne	Departamento de Historia y Filosofía de la Ciencia
México:	Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina
Minnesota	Departamento de Historia de la Medicina
Munich	Departamento de Historia de la Ciencia
Montana	Programa de Historia y Filosofía de la Ciencia
Munster (Alemania)	Instituto de Ética, Historia y Teoría de la Medicina
Nagoya (Japón)	Departamento de Medicina Legal y Bioética
Navarra	Departamento de Humanidades Biomédicas (por fusión de los Departamentos de Historia de la Medicina y de Bioética)
New Jersey	Programa de Historia de la Ciencia, Tecnología, Medicina y Ambiente
New York	Programa de Historia de la Ciencia, Tecnología, Medicina y Ambiente
Nueva Gales del Sur	Departamento de Historia y Filosofía de la Ciencia
Nimega (Holanda)	Departamento de Historia de la Medicina y Ética.
Oklahoma	Departamento de Historia de la Ciencia
Oregon	Programa de Historia de la Ciencia
Osaka (Japón)	Departamento de Medicina Legal.
Oxford	Departamento de Historia de la Medicina, Ciencia y Tecnología
Pennsylvania	Departamento de Ética Médica
Pennsylvania	Departamento de Historia y Sociología de la Ciencia
Pittsburg	Departamento de Historia y Filosofía de la Ciencia



Salamanca	<i>Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica, Medicina Legal e Historia de la Medicina</i>
San Francisco	Departamento de Antropología, Historia y Medicina Social
Sydney	Departamento de Historia y Filosofía de la Ciencia
Texas	Departamento de Humanidades Médicas
Toronto	Centro de Bioética
Toronto	Instituto de Historia y Filosofía de la Ciencia y de la Tecnología
Universidad de Padua	Instituto de Historia de la Medicina
Valencia	Departamento de Historia de la Ciencia y la Documentación
Valencia	Departamento de Lógica y Filosofía de la Ciencia
Vanderbilt	Cátedra de Ética Médica y Filosofía de la Medicina
Viena (Univ. Médica):	Departamento de Historia de la Medicina
Viena:	Departamento de Ética y Leyes en Medicina
Wisconsin	Departamento de Historia Médica y Bioética
Wurzberg (Alemania)	Instituto de Historia de la Medicina
Washington (Seattle)	Programa de Historia de la Ciencia, Tecnología y Medicina
Wisconsin	Departamento de Historia de la Ciencia, Medicina y Tecnología
Washington	Departamento de Historia de la Medicina y Ética
Yale	Departamento de Historia de la Medicina e Historia de la Ciencia
Zurich	Instituto de Historia de la Medicina y Museo

Nuestro primer comentario es que la diversidad de denominaciones apunta como prueba suficiente de la falta de un criterio consensual sobre la ubicación organizativa de las cátedras que hemos venido manejando en este trabajo. Basta considerar para ello observar que dichas denominaciones se constituyen simplemente en un agregado de cátedras, más no en la precisión de algún objetivo que les fuese común.

Por otro lado, algunas de las cátedras que aparecen en unas universidades no existen en otras, las cuales, a su vez, tienen otras cátedras que no existen en las primeras. En ocasiones son ofrecidas como electivas u opcionales (a veces sólo en cursos de postgrado), todo ello en franco y abierto contraste con la consideración de que todas ellas tienen un carácter fundamental y decisivo en la modelación de la



conducta del médico. Esta situación se refleja inexorablemente en la organización departamental de la institución respectiva.

Tampoco ayudan mucho las argumentaciones utilizadas para justificar su presencia en los planes de estudio, argumentaciones que, sin perder valor práctico en la esfera en la que se les menciona, sólo abordan tangencialmente el eje central que hemos mencionado, esto es: modelar la conducta de los médicos. Así, por ejemplo, algunos han sostenido que la historia, la antropología o el derecho capacitan a los médicos para manejar los valores sociales y culturales de los pacientes, valores que se entrecruzan con los hechos biológicos en la práctica clínica; otros, por su parte, dicen que la ética médica ayuda a resolver problemas normativos y morales en la investigación y en el trabajo clínico, pero sin referencia alguna al aspecto filosófico, esto es el de los conceptos. Finalmente, para no extendernos demasiado, hay quienes plantean que la mezcla de la historia, la ética y la filosofía podría resultar beneficiosa, pero desde un punto de vista metodológico. Desde luego, no es esa nuestra posición, por cuanto sostenemos que la conjunción de estas materias radica en una unidad de objetivos. Permítasenos, apenas, agregar que, por idéntica razón, no estamos de acuerdo con la denominación de Departamento de Humanidades Médicas, por no dar la relevancia que hace falta para aclarar el papel y la responsabilidad del mismo en la formación médica.

Nos permitimos asegurar que, aparte de que, en general, los objetivos expresos de esas cátedras no suelen ser descritos en función del logro del objetivo maestro de modelar la conducta del médico (*que debe ser el eje básico de su formulación*), tampoco coinciden necesariamente en universidades diferentes (en este caso nos referimos, como es natural, a cátedras con idéntica denominación), produciendo como consecuencia una desconcertantemente contradictoria ubicación de las asignaturas correspondientes en el plan de estudios. Valga como ejemplo una referencia a la Historia de la Medicina, cuya ubicación en el primer año de la carrera perseguiría solamente un objetivo meramente descriptivo, siendo que su propósito fundamental debería ser claramente aplicativo, consideración académica que obliga a su ubicación al final de la carrera. El marco de esta observación es el principio de que la ubicación de cada asignatura debe estar en perfecta coherencia con el papel formativo que se espera de ella; lo contrario la deforma.



El Departamento de Humanismo Médico: una necesidad educativa

En resumen, la *falta de claridad conceptual* que percibimos en cuanto a la función que deben cumplir en la formación médica las cátedras que hemos venido considerando es lo que nos ha llevado a proponer formalmente que en cada Escuela de Medicina se cree una estructura que se responsabilice por la programación y el desarrollo de este aspecto, estructura que bien podría denominarse **DEPARTAMENTO DE HUMANISMO MÉDICO**. El mismo debería estar conformado, en principio, por las siguientes cuatro cátedras: Historia de la Medicina, la Bioética, la Filosofía de la Medicina y el Derecho en Medicina. Otras podrían ser consideradas en la medida en que sus objetivos pudieran ser identificados en la misma dirección que proponemos: modelación de la conducta del médico.

La propuesta que presentamos tiene dos niveles de revisión. El primero se refiere al análisis de si realmente hace falta o no robustecer la preparación humanística del médico en formación. En el caso de que la respuesta sea afirmativa, entraría en consideración el segundo nivel, que sería el de si la propuesta de la creación de un Departamento de Humanismo Médico en cada Escuela de Medicina sería o no el camino apropiado para desarrollar esa preparación, puesto que admitimos la posibilidad de que pudiera haber otra idea mejor que la nuestra. En todo caso, sería con el mismo objetivo, que es lo realmente importante.

Una información conclusiva

Inmersos en la redacción de este trabajo, hemos recibido una grata y alentadora información, que creemos muy oportuno traer a este evento. Se refiere al hecho de que, en el marco del XL Congreso Internacional de Historia de la Medicina, celebrado el pasado año en Budapest, Hungría, bajo el patrocinio de la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina, solicitamos que nuestra propuesta fuera sometida a la consideración de todas las Escuelas médicas del mundo en cuanto a la conveniencia y eventual factibilidad a la cual acabamos de hacer referencia. La Sociedad Internacional de Historia de la Medicina ha colocado nuestra propuesta en la dirección <http://www.ishm2006.hu/scientific/abstract.php?ID=87>, y ha presentado en su Revista Vesalius un editorial (*) por medio del cual exhorta a todas las escuelas médicas a que se pronuncien al respecto. Nos permitimos considerar que esta iniciativa, de alguna manera, abre una expectativa a nuestra idea,



por lo que somos optimistas respecto a que también este evento que hoy se celebra en nuestra capital produzca un resultado igualmente esperanzador.

(*) Lellouch, A; Wright, D.: Editorial: Une proposition dont il faut débattre: la création d'un Département d'Humanités médicales dans chaque école de médecine (A proposal for debate: that all medical schools set up Departments de Medical Humanism). En : Rev. Vesalius 2006; XII(2):62

CURRICULUM VITAE

Nativo de La Guaira. Graduado de médico (Universidad de Salamanca, 1960). Maestría en Salud Pública y Doctorado en Ciencias Médicas en la U.C.V. Funcionario del Ministerio de Sanidad durante 37 años. Docencia en diversas áreas, actualmente Jefe de Cátedra (Historia de la Medicina, Escuela "Luis Razetti"). Miembro de diversas sociedades científicas, entre ellas Academia Nacional de Medicina, Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina y Societas Internationalis Historiae Medicinae. Algunas publicaciones: *Seis Rectores americanos de la Universidad de Salamanca*, *Significado de la Edad Media en la Medicina*, *Lorenzo Campins y Ballester (Biografía)*, *Los estudios médicos en la U.C.V.*