

## ARTÍCULOS ESPECIALES

# LA EDUCACIÓN HUMANÍSTICA EN MEDICINA<sup>1</sup>

Dr. Jorge Luis Manzini<sup>2</sup>

“La educación es el proceso –distinto de la instrucción- destinado a hacer posible el desarrollo de un humanismo, a formar una personalidad, y la Universidad constituye uno de los organismos más importantes para esa función.

Como toda educación, la educación médica significa formación de la personalidad del médico, formación que debe ser integral u holística, auténticamente universitaria; no basta la instrucción, o el aprendizaje, que es sólo una parte de ella, la científico-técnica, pues la medicina no es oficio sino profesión misional. La educación universitaria, que es educación superior, tiende a formar a quien posea vocación por ser médico, -que es una vocación humanista, perfil de su vida-, no sólo un profesional sino además un hombre, con condiciones intelectuales, espirituales y morales.”

Egidio Mazzei, 1971<sup>1</sup>

Según la tópica definición dada hace dos mil años por el colega romano Escribonio Largo, el médico debe ser un *vir bonus, medendi peritus*. O sea, un varón (en esa época no había médicas) que fuera, en primer lugar, buena persona, y además, experto en el arte y la ciencia de la medicina. La frase no termina ahí: “...*vir bonus, medendi peritus, plenus misericordia et humanitas...*”, y es parte de un largo discurso, considerado el manifiesto más importante acerca del humanismo médico en la antigüedad<sup>2</sup>.

Esto es coherente con la tradición griega hipocrática, en la cual el médico es *medeo* (de ahí *medicus*, en latín), en realidad un verbo cuyo significado es “cuidar a otro”<sup>3</sup>, y cuya imagen bien podría ser la de la parábola del buen samaritano, del cristianismo<sup>4</sup>.

Dice Mainetti: “*El juramento hipocrático [...] contiene un triple mensaje [...] Primeramente el sentido de la medicina como profesión, professio o confesión, vocación o llamado que implica cambio de estado e imprime carácter a todos los gestos de una vida; el médico se hace médico ontológicamente, su ser es to be or not to be.*”<sup>5</sup>. Concepciones semejantes se encuentran en culturas orientales, y en las peyorativamente llamadas “sociedades primitivas”, acerca de sus médicos, curanderos, shamanes, etc.

Entrando a considerar ahora la evolución de las ideas sobre el ser médico en Occidente a través del tiempo agregaré, respecto de la medicina grecorromana, que ésta tenía una base ética aristocrática, correspondiendo a la filosofía política de esos estados: la practicaba un asclepiade hipocrático-galénico libre, con –más que sobre- un paciente que también era un hombre libre; a los esclavos, en tanto, los atendían generalmente los esclavos de los médicos, de una manera totalmente distinta. En cuanto a sus aspectos técnicos, esa medicina era científica, en el sentido de separarla de la religión y buscar una explicación racional de los fenómenos.

En la época medieval hubo un gran cambio de dirección, y la medicina se tiñó de misticismo, sobre todo en la alta Edad Media, practicándose casi exclusivamente en los monasterios (medicina monástica); el cristianismo privilegió los aspectos humanísticos de la asistencia, que se otorgaba a todos por igual, como donación (el ágape, la caridad), y los medios utilizados eran la oración, los sacramentos, la imposición de las manos. Se crearon los primeros *hospitia* (singular: *hospitium*), origen del hospital que terminaría siendo el eje de la actividad médica varios siglos después. Sus aspectos técnicos eran muy pobres, y combinaban lo que los monjes conservaban de los textos de la medicina clásica con la tradición y la medicina folklórica propia de cada región. Más adelante, dentro del proceso fundacional de las primeras universidades que terminaron estableciéndose en el siglo XII, vino la que se conoce como etapa escolástica de la medicina medieval, en escuelas como las de Salerno, Chartres, Toledo, que implicó la progresiva vuelta a la medicina laica y a las doctrinas greco-árabes, y las

<sup>1</sup> A partir de un documento de trabajo entregado a los asistentes a la Mesa Redonda: «Educación humanística en medicina», que el autor coordinara en las IV Jornadas de Bioética del Consejo Superior del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. En Morón, el 30/08/03. <sup>2</sup> Médico. Especialista Universitario en Bioética. Hospital Privado de Comunidad. Programa de Bioética de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata. Argentina. E-mail: manzmdq@sinectis.com.ar

primeras regulaciones para la enseñanza y el ejercicio de la profesión.

El Renacimiento implicó grandes avances en los fundamentos científico-naturales, como los originados en la anatomía y la alquimia-química. Pero a pesar de solitarios adelantados como Vesalio y Paré, Sydenham, Morgagni, Galvani, Hunter y tantos otros, estos conocimientos no se volcaron a la práctica médica, y la currícula de las escuelas siguió centrada en el método deductivo aristotélico y las doctrinas de Galeno, Avicena y Paracelso. Con el paso de los siglos se fue abriendo una brecha cada vez más grande entre lo que se seguía enseñando en las universidades y lo que se iba descubriendo en las academias y las incipientes sociedades científicas<sup>6</sup>.

Este panorama no presentó cambios importantes hasta la primera mitad del siglo XIX, configurándose, en la segunda mitad del mismo, nuevas corrientes que pretendieron superar el oscurantismo y la parálisis epistemológica en que se manejaba la práctica. Sus cultores se entusiasmaron con el positivismo de Augusto Comte (*primero fue la religión, después la filosofía, ahora es el turno de la ciencia*), filosofía que estaba eclosionando para esa época, y que tuviera tanto predicamento en las ciencias de la salud hasta el presente.

Estas corrientes identificaron al médico con el científico, y a la medicina con la ciencia. El ejemplo superlativo es el de Claude Bernard, con aquello de que *"El verdadero santuario de la ciencia médica es el laboratorio"*<sup>7</sup>. Cabe aclarar en su descargo que también dijo: *"el médico debe tener en cuenta para sus tratamientos consideraciones de orden familiar y moral que nada tienen que ver con la ciencia"*<sup>8</sup> (hoy diríamos: no tienen que ver con la ciencia natural; aunque sí tienen mucho que ver con las ciencias del hombre). Este modelo, flexneriano<sup>9</sup>, básicamente científico-natural en lo epistemológico, con el gran hospital como teatro de operaciones en lo organizacional y la enseñanza de la medicina sobre el paciente horizontal (hospitalizado), fue eficaz durante toda la primera mitad del siglo XX, y sirvió sobre todo para combatir las enfermedades que más dañaban a las poblaciones, que eran las infecciosas (especialmente bacterianas). Primero los quimioterápicos como el Salvarsán, luego las sulfas y los antibióticos, fueron su instrumento principal, y tan promisorio parecía, que se fue extendiendo su aplicación a todo problema de salud (modelo infeccioso) con el fracaso previsible (por aplicar igual trato a los desiguales) para las enfermedades degenerativas, mentales, "de la civilización", ¡la vejez!, que son las que dañan y matan hoy en los grupos poblacionales mínimamente "desarrollados".

Fue entonces que otras ideas acerca de la medicina, originadas especialmente en lo social, y que ve-

nían bregando con el paradigma científico-natural desde hacía mucho (ya en 1848 el gran patólogo Virchow consideraba a la medicina como una ciencia social), empezaron a ser tomadas en cuenta. Figuras como Gehlen, Freud, Jaspers, von Weizsäcker, Bingswanger, fueron incorporando lo antropológico, lo psicológico y lo psicosomático. Se comenzó a reconocer la insuficiencia del concepto de la medicina como una ciencia (al menos, como una ciencia fisico-natural) y a construir el paradigma de la medicina entendida como *praxis* social de base científica (Gracia Guillén, comunicación personal, 1988). Ortega y Gasset, ya en la tercera década del siglo, consideraba a la medicina como una *praxis*, y marcaba claramente las diferencias entre ella y una ciencia, como entre el médico y el científico, reaccionando ante el científicismo dominante en su época<sup>10</sup>. Esta nueva interpretación de lo que es la medicina conjuga, en esa irrenunciable base científica, a las ciencias fisico-naturales y las ciencias del hombre, y al humanismo insito en la base de la elección de la carrera por parte del futuro médico, en su orientación y contenidos curriculares, y en su ejercicio.

De ninguna manera quiere esto decir que el paradigma decimonónico haya sido sustituido. En el proceso que describe Kühn en *"La estructura de las revoluciones científicas"*<sup>11</sup>, estaríamos a lo más en la pugna entre un paradigma en retiro, y otro que va eclosionando porque el primero es incapaz de contestar muchas preguntas que han ido apareciendo con el tiempo.

Ejemplificaré esta afirmación, primeramente con una anécdota no muy reciente, y acerca de algo que ocurría fuera de nuestro país. En 1994, en ocasión del II Congreso Mundial de Bioética, visitó la Argentina Mark Siegler, famoso profesor de Ética Clínica de Chicago; en la conferencia que diera en una sesión para homenajear al maestro Pedro Laín Entralgo, hizo un comentario acerca de la disección de cadáveres, que en esa escuela seguía prelujiendo el estudio de la medicina; yo le pregunté cómo era posible que su actividad en la cátedra de Ética Clínica no hubiera podido revertir esa práctica; mi pregunta apuntaba a que es bien sabido que esa especie de ceremonia iniciática es una manera (deliberada o inconsciente) de "templar el carácter" del futuro médico -que ninguno se desmaye ante la visión de cosas desagradables...- y de "objetivar" (observar como a un objeto, cosa) al ser humano del que se va a ocupar durante toda su vida, todo lo contrario de la promoción de la empatía y la compasión, aceptadas como cualidades que deberían cultivarse como primarias<sup>12</sup>.

La respuesta de Siegler atribuyó el fracaso al superior *status* asignado en la escuela a los profesores de ciencias básicas, frente a los que enseñaban conte-

nidos considerados como “filosóficos” y “científico-sociales”. Laín Entralgo, a propósito de “la relación médico-enfermo” que, entre los tipos de relaciones humanas posibles, ubica como “relación de ayuda”, ha escrito que el hombre es un *ens indigens* (la tesis del *Homo Infirmus*, desarrollada por Mainetti<sup>13</sup>), es decir, que tiene una “menesterosidad radical”; pero que a la vez es un *ens offerens*, capaz de salirse de sí mismo para ayudar al otro. “*Esa compleja menesterosidad radical pide desde su seno actos de ayuda, muy especialmente en ciertas situaciones, entre ellas la enfermedad; ayuda que no sería completa si quedase limitada al afán de lucro o al cumplimiento de una relación contractual, si no fuese donación amorosa de otro u otros hombres. [...] En el binomio menester-amor tiene la relación médica, pues, su verdadero fundamento...*”<sup>14</sup>. Renuncio a preguntarme qué lugar y forma ocupa la enseñanza de la anatomía en 2003 en la mayoría de nuestras facultades...

Tomando otro ejemplo del extranjero, dice LeBaron: “*En biología debes matar para aprender. Quizás esto es en gran medida inevitable. Pero ¿qué ocurre cuando los estudiantes de medicina son entrenados primero como científicos biólogos y sólo secundariamente, casi como un complemento, como médicos? ¿Es fácil descartar ese punto de vista primariamente aprendido cuando finalmente están frente a un ser humano enfermo al que atender?*”<sup>15</sup>.

Volviendo a la Argentina, sí consignaré que en muchas de nuestras escuelas de medicina, las materias que se deben aprobar para el ingreso siguen siendo las mismas que me exigieron a mí hace 41 años: Biología, Física, Química, Matemáticas..., y nada más ¡Y esto es lo peor! Porque, ¿cuál es el mensaje al futuro estudiante?: que el médico es un científico (de ciencias físico-naturales) que debe saber mucho de esas disciplinas, que serán la base de lo que va a estudiar ¿Y el hombre del que se va a ocupar, dónde aparece? Con mucho esfuerzo semiótico logro vislumbrarlo en la palabra biología, porque *bios* es el nombre que los griegos reservaban en exclusiva para la vida humana, y esto en un sentido antropológico y no orgánico. Pero si miramos los programas de la Biología que se enseña, nos damos cuenta que la intención no es hablarles y comprometerlos acerca del hombre... (al respecto dice Ortega y Gasset que el inventor del término biología, Lamarck, lo usó mal porque no sabía griego; le dio el mismo sentido que tiene en *zoé* -vida en su sentido físico, orgánico-<sup>16</sup>).

También quiero comentar una encuesta realizada en el país en 1987 acerca de cuáles serían las cualidades deseables en los médicos. Como todas las encuestas, describe una muestra de un universo acotado; en este caso, los aspirantes a profesores titulares y adjuntos de Medicina de la Universidad de Buenos Ai-

res, y a la Residencia en Medicina de un importante hospital privado de esa ciudad.

El autor manifiesta sentirse decepcionado por sus resultados, que mostraron un nivel de exigencia muy bajo para las cualidades que, como aclara, él consideró más pertinentes, y cuya lista subagrupaba en motivacionales, cognoscitivas, afectivas, estratégicas y éticas.

Creo que si sus resultados hubieran sido mejores quizás no estaríamos, quince años después, haciéndonos estos cuestionamientos que, aunque circunscritos sólo a los aspectos humanísticos de la educación en medicina, apuntan, igual que el colega, a la excelencia en el ejercicio de la profesión.

Lo que quiero citar de ese muy interesante trabajo (e interesante sería repetirlo en la actualidad, en diversos ámbitos), es una afirmación, mezcla de reproche, anhelo y encargo para quienes lo sucedan, que ya he citado en alguna otra parte: “*Nos hacemos médicos siendo médicos, pero debe existir un método para madurar mejor y más rápido para que los pacientes, la sociedad y nosotros mismos no pagemos un costo excesivo de menor sobrevivencia y peor calidad de vida*”<sup>17</sup>.

Quisiera que quedara bien claro que, a pesar de mis latinazgos y “griegazgos” y de los muchos nombres citados (quizás con elegancia), la idea de enfatizar en la educación humanística no es para “dar lustre”, “adornar” al futuro médico con una cultura humanística, cuya inclusión en la currícula era la regla en la educación universitaria clásica, desde el siglo XIII hasta por lo menos el XIX, fuera cual fuese la carrera que se hubiera elegido. Aunque, de todos modos, muchos pensamos que ese “barniz” no nos vendría mal (*el que sólo medicina sabe, ni siquiera medicina sabe*, es ya un tópico).

Pero la intención es más pragmática: darle al médico elementos formativos indispensables para una profesión que debe entenderse, primero que nada, como una de ayuda al prójimo. Como dice el Prof. Torsoli, de la Universidad La Sapienza, de Roma: “*En otras palabras, para el médico, las humanidades no son un ornamento que haga más bella el alma, o como dijera Sir William Osler, un medio para convertirse en el caballero (gentleman) que todo médico debe ser; representan más bien un instrumento para lograr que las acciones profesionales sean más prudentes y eficaces*” (prudencia, en el sentido primario, aristotélico, de *phronesis*: hacer lo que se debe hacer, cuando y como debe hacerse). Por lo anterior, al nombre también posible de “Humanidades y Medicina” para la disciplina, el autor prefiere el de “Humanidades Médicas”, para mostrar la ligazón íntima entre ambos campos de estudio.

Torsoli justifica el recurso a las humanidades, sobre todo por su capacidad para suscitar reflexiones sobre el sufrimiento derivado del enfermar, la pobre-

za extrema, la violencia, el morir y la muerte, todos asuntos existenciales cuya significación más allá de lo biológico, no suele ser abordada en los cursos de las disciplinas médicas “clásicas”. Además, dice, proporcionan un entrenamiento para el aprendizaje centrado en la resolución de problemas<sup>18</sup>.

Ver a la medicina primariamente como una relación de ayuda evoca la antiquísima pregunta de ¿quién es mi prójimo?<sup>19</sup>. Ésa fue la pregunta que originó la respuesta evangélica de la parábola del buen samaritano que cité al principio, que está en la base de corrientes éticas actuales como las que siguen a Apel y Habermas, Levinas, entre otros, y que han permitido ir desarrollando el concepto de autonomía intersubjetivamente construida<sup>20</sup>. A su vez, la ética de Apel y Habermas, ética discursiva, pragmática trascendental, como ellos la llaman, se apoya en la teoría fenomenológica de la intersubjetividad, de Husserl, y en la filosofía del cuerpo de Gabriel Marcel y otros. En cuanto a Levinas, su ética ha sido definida como “puro humanismo del Otro”<sup>21</sup>. Y esta sería la razón de ser de las llamadas Humanidades Médicas (*Medical Humanities*, en inglés) que empezaron a arribar a las escuelas de medicina en la década del '60.

Ahora bien: ¿de qué hablamos en realidad cuando hablamos de humanismo, humanidades, y humanidades médicas? Para contestar este punto, sigo casi literalmente al Prof. José Alberto Mainetti, quien las introdujera en el país simultáneamente con su desarrollo en Estados Unidos, a fines de la década del '60.

Dice Mainetti: “*Las humanidades médicas son un conjunto de disciplinas inspiradas en un común proyecto humanista (humanismo médico) e integradas al estatuto epistemológico de la medicina en cuanto ciencia del hombre (antropología médica)*”.

Según él, el humanismo del que se habla es el que implica la reflexión del hombre acerca de sí mismo. Que cabe desterrar (porque choca a la sensibilidad contemporánea, por etnocentrista y segregacionista) la primitiva visión helénica (y luego latina) de unos estilos opuestos de vida entre el *homo barbarus* y el *homo humanus* (este último, el poseedor de la cultura greco-latina), que fue como empezó abordándose el asunto entre los primeros humanistas renacentistas.

Llama “modernas humanidades” a las ciencias sociales (Psicología, Sociología, Antropología), siempre y cuando éstas se orienten en un sentido humanista, y “no cedan a la tentación positivista”<sup>22</sup>.

Según este autor, el Humanismo y la Medicina están consustanciados desde la primera Academia, la de Platón<sup>23</sup>. El *leitmotiv* del humanismo es la pregunta por ¿qué significa ser humano? Y en el fondo, de lo que se está hablando es de la dignidad del ser humano y del respeto que merece.

Mainetti distingue cuatro sentidos diferentes de la

polisémica palabra humanismo: en un sentido histórico, es el movimiento renacentista del cultivo de las letras grecolatinas con que se inicia la modernidad; en sentido pedagógico, es la cultura de las Humanidades o educación humanística, portadora de los valores humanos, distinta de la cultura científica, axiológicamente neutra; desde el punto de vista filosófico, son las teorías que ponen al hombre como centro y medida en la concepción del mundo, equilibrio reflexivo entre los polos de las visiones naturalista (griega, la *physis*) y religiosa, el fisiocentrismo y el teocentrismo; finalmente, en sentido literal, se trata de la procura de la *humanitas* -la cualidad humana, a diferencia de la *hominitas*, o realidad humana-. Para Aulo Gelio, la *humanitas* tiene dos componentes, la *philantropia* -amor al hombre, humanitarismo, humanismo compasivo- y la *paideia* -educación, cultura, humanismo culto<sup>24</sup>.

En cuanto al humanismo médico, el único que para Mainetti tiene sentido es el humanitario, la *philantropia* de Aulo Gelio, y “*su nota diferencial es el hombre sub specie infirmitatis*, [según la tesis de] *el homo infirmus*, [que revela a la vez] *la miseria y la grandeza del hombre, su humildad y dignidad*”. Sus cualidades distintivas son la compasión y el respeto<sup>25</sup>.

Las modernas Humanidades Médicas, como estudios sistematizados, nacieron, a su vez, en EE.UU. en 1965 por un proyecto parlamentario que proclamaba la necesaria presencia, de modo equilibrado, de la tradición, el pragmatismo y la utopía, infundibles a través de la enseñanza de las humanidades, en la formación de los profesionales que deben tomar cruciales decisiones axiológicas en la sociedad científico-técnica. Su cometido fundamental se considera la pregunta por *el sentido de las cosas*, más allá de la pretendida visión “realista” sin más, de la *ciencia* (físico-natural).

Mainetti afirma que son seis las disciplinas se consideran como Humanidades Médicas paradigmáticas: Historia (la tradición), Filosofía (lo especulativo), Teología (lo espiritual), Literatura (lo imaginario), Lingüística, Retórica, (lo evocativo) y Ética (lo normativo).

Sobre este punto, cita a Clouser, quien afirma que la educación humanística en medicina es capaz de estimular el cultivo de la capacidad crítica; la flexibilidad de perspectiva, permitiendo por ejemplo, otras visiones del cuerpo humano que la médica, como la del arte; de la salud y la enfermedad desde la historia de la cultura; del sufrimiento desde la teología; una postura antidogmática, a través del estudio de las disputas entre dogmáticos y metódicos en la historia de la medicina; la educación en valores, no sólo morales, sino también vitales, estéticos y religiosos, y también la empatía y el autoconocimiento, a través de páginas escogidas de la literatura de ficción<sup>26</sup>.

Juan Carlos Tealdi, por su parte, aborda el tema epistemológico de la categorización disciplinar de las humanidades médicas, y lo hace desde la Teoría del Cierre Categorical de Gustavo Bueno, que pretende una sistematización crítica de las ciencias. Luego de un largo recorrido se pregunta "¿qué hay de común, gnoseológicamente hablando, en las Humanidades Médicas?". Afirma que, desde la teoría de Bueno "es posible distinguir a las ciencias naturales de las llamadas ciencias humanas, ubicando a cada una de ellas dentro del plan de estudios de medicina" y ver si es necesario discriminar entre ellas a las ciencias humanas de un lado y a las humanidades médicas *stricto sensu* del otro. Sus conclusiones coinciden con las que venimos viendo, aunque -contrariamente a la opinión de Mainetti- afirma que las ciencias sociomédicas no son, en un sentido estricto, humanidades<sup>27</sup>.

Ahora bien, ¿cómo incorporar Humanidades Médicas a la currícula?

Los intentos "por oposición", de agregar contenidos de Humanidades a lo que ya se está enseñando, en general no han dado resultados satisfactorios. Las causas deben buscarse en la imposibilidad material de "digerir" una currícula hipertrofiada, por un lado, y por otro, en que, dado el paradigma aún predominante, por una cuestión de *status* académico, son consideradas de menor importancia que las materias "duras" y por tanto, el estudiante les presta menos atención.

Además se ha objetado que la incorporación de este tipo de disciplinas a la currícula resta tiempo para la adquisición de los imprescindibles conocimientos científico-naturales, las habilidades, etc.

Esto último puede refutarse atendiendo a que, si es verdad que el 50% de los conocimientos científico-técnicos son obsoletos en 5 años<sup>28</sup>, o menos, como se está diciendo, ¿qué sentido tiene seguir con la pretensión enciclopedista de "llenar la botella vacía", para lo cual, de todas maneras, el tiempo será siempre insuficiente?

Sin duda, para este cometido, los parches no sirven. Habrá que desplazar a los modelos anquilosados, carentes de creatividad, que ante nuevos problemas, nuevas demandas y nuevas características de los pacientes y del mundo en que nos toca vivir, sólo pueden responder haciendo "*sempre di più la stessa cosa*", según la cita de Watzlawick recogida por Spinsanti<sup>29</sup>.

La idea, sería, entonces, atravesar transversalmente la currícula con humanidades, de alguna manera<sup>30</sup>.

¡Debe existir un método mejor para hacernos médicos!, decía Agrest<sup>17</sup>. La pregunta es ¿cuál sería ese método?

Tendrá que ser algo radicalmente diferente. Esta nueva forma implicará forzosamente (por mesura, y por disponibilidad de tiempo) que, más que trasva-

sar los conocimientos científico-naturales, habrá que enseñar a buscarlos, permanentemente, como hacemos los médicos en ejercicio. Y una buena manera de adiestrarse en el ejercicio es el aprendizaje mediante la resolución de problemas. Entonces se podrá ir entrelazando los distintos aspectos de la atención de la salud, incluidos los aspectos humanísticos.

En nuestro país existe desde 1999 una resolución ministerial que contempla estos asuntos, y otros que también hacen a una enseñanza actualizada para necesidades poblacionales actuales, como el "perfil deseable" del egresado: en cuanto a éste, los educadores y los organismos de salud internacionales coinciden en que debe ser el de un generalista, apto para aplicar el modelo de la Atención Primaria de la Salud de la OMS.

Dice la resolución ministerial: "*la formación del médico general debe considerar un enfoque científico, antropológico, social y humanístico, para lo cual deberá tener en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, éticos, culturales, económicos y políticos, además de los científico-técnicos que lo capaciten para la atención de pacientes*". Se debe tener en cuenta el "*Enfoque epidemiológico. Favorecer el pensamiento crítico*", los conocimientos, actitudes y habilidades necesarios para "*la investigación y la docencia. El autoaprendizaje y la formación permanente*". Privilegiar la estrategia de "*Atención Primaria de la Salud*". Orientarse hacia el aprendizaje mediante la "*resolución de problemas*"...<sup>31</sup>.

En esta dirección quiero comentar brevemente que en la Universidad de Rosario se ha lanzado a comienzos de 2002 un modelo curricular, a mi juicio revolucionario, que pone todo "patas para arriba": el aprendizaje es *centrado en problemas* de complejidad creciente. Luego de que los alumnos han trabajado los materiales didácticos *ad-hoc*, preparados por el cuerpo docente en equipo (el biólogo, el médico, el antropólogo, el filósofo, el abogado), se reúnen con los docentes a discutir el problema presentado cada vez. Cada problema es abordado al mismo tiempo desde todas sus facetas reconocibles. La enseñanza es tutoriada. La práctica, permanente, desde el comienzo, en escuelas, unidades sanitarias urbanas y rurales, hospitales<sup>32</sup>.

Termino con una cita de Stella Maris Martínez, una de las propulsoras de ese cambio curricular, profesora de Biología de la Facultad de Medicina de Rosario, integrante de la Mesa Redonda para la que se escribió este documento originalmente:

Nuestra propuesta "*es simple*"... "*Si rearmamos al hombre fragmentado, estático y aislado, si abandonamos la enseñanza por atosigamiento y la reemplazamos por aprendizaje continuo interdisciplinario, si respetamos profundamente a los alumnos y los escuchamos, y si de entrada están en contacto con la comunidad y sus necesidades para que vayan generando una actitud de servicio y compromiso, y poco más*", tendremos mejores médicos.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Mazzei E. La educación médica y sus problemas. *Quirón* 1971;2:93-101
2. Escribionio Largo, De Remediis, siglo I d. C. (ver Gracia Guillén D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema; 1989, p. 74, y Mainetti JA. *Ética Médica*. Introducción histórica. La Plata: Quirón; 1989, p. 22. La frase, en p. 25). Esta definición evoca la recomendación de Catón el viejo a su hijo, acerca de las virtudes deseables en un buen rétor: honorabilidad y elocuencia (*vir bonus, dicendi peritus*).
3. Mainetti JA. La relación médico-paciente. En "Estudios Bioéticos". La Plata: Quirón; 1993; 103
4. Evangelio de Lucas 10, 25-37
5. Mainetti, JA, op. cit. en nota 2; 26
6. Gracia Guillén D. *Ética aristocrática*. En *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema; 1989, pp. 29-31 - Leoni F. *La medicina monástica ed suoi aspetti religiosi*. *Quirón* 1992;23(3):21-28 - Mainetti JA, op. cit. en nota 2, Cap. V *La Medicina Medieval*, pp. 39-45 - Lyons AS, Petrucci R. *Medicine- An Illustrated history*. New York: Abradale Press-Harry N. Abrams Inc; 1978 - Foucault M. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI Eds.; 2003; especialmente el Cap. 5, *La lección de los hospitales (sobre el inicio de las sociedades científicas en el siglo XVIII)*
7. Citado por Conde Gutiérrez F. en *Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina*. *Rev. Esp Salud Pública* 2002;76:395-408, p. 403
8. Citado por Laín Entralgo P. en *Antropología Médica*. Barcelona: Salvat. 1984; 353
9. Flexneriano, por Abraham Flexner, especialmente por su informe *Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching (New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910)*. Ver Patiño Restrepo JF: *Abraham Flexner y el Flexnerismo. Fundamento Impercedero de la Educación Médica Moderna*. <http://www.encolombia.com/medicina/academicedicina/flexner.htm>
10. Ortega y Gasset J. *Misión de la Universidad*. Madrid: Revista de Occidente; 1965, pp. 24 y ss., y 71 y ss.
11. Kuhn TS. *La estructura de las revoluciones científicas*. Mexico: Fondo de Cultura Económica; 1972
12. Subcommittee on Evaluation of Humanistic Qualities in the Internist. *American Board of Internal Medicine: Evaluation of Humanistic Qualities in the Internist*. *Ann Intern Med* 1983;99:720-4
13. Mainetti JA. *Homo Infirmus*. La Plata: Quirón; 1983
14. Laín Entralgo, P., op. cit. en nota 8, p. 345.
15. LeBaron C. *Gentle Vengeance: An Account of the First Year at Harvard Medical School*. New York: Penguin; 1981. Citado por Stern DT, en: *Practicing What We Preach? An Analysis of the Curriculum of Values in Medical Education*. *Am J Med* 1998;104:569-75
16. Ortega y Gasset J. *Pasado y porvenir para el hombre actual*. En *Obras Completas*. Madrid: Revista de Occidente; 1965. Tomo IX, p. 650
17. Agrest A. *Cualidades deseables en los médicos*. *Medicina (Buenos Aires)* 1988;48:201-11
18. Torsoli A. *Prepararsi al futuro: l'educazione medica agli inizi del XXI secolo*. *Janus (Roma)* 2002;2:142-7
19. Ver al respecto Laguna J. *El Ser Social, el Ser Moral y el Misterio*. Buenos Aires: Tiempo de Ideas; 1993; 58-62.
20. Manzini JL "Los límites de la autonomía en la relación terapéutica", aporte a la Mesa Redonda "Libertad y coacción en la relación sanitaria", II Jornadas Nacionales "Agora Philosophica": *Libertad: implicaciones sociales y filosóficas*, organizadas por la Asociación Argentina de Investigaciones Éticas (AAIE); Mar del Plata, 23-26 de octubre de 2002. Aceptada para publicación en *Agora Philosophica*, revista marplatense de Filosofía.
21. Ferrater Mora J, *Diccionario de Filosofía*. Barcelona: Ariel Filosofía. 1999; 2124
22. Mainetti JA. *Las Humanidades médicas y la filosofía de la medicina*. *Quirón* 1975;5:89-97
23. Mainetti, JA en *La transformación de la medicina*. La Plata: Quirón; 1992, p. 7
24. *Ibid*, pp. 15-6
25. *Ibid*, pp. 15-7
26. Clouser KD. *Humanities in medical Education: Some Contributions*. *The Journal of Medicine and Philosophy* 1990;15:289-301. Citado por Mainetti, JA en *La transformación de la medicina*, op. cit. en nota 23, p. 33. Ver también Bolton G. *Medicine, the arts, and the humanities [Commentary]*. *Lancet* 2003;362:93-4
27. Tealdi JC. *Aproximación al significado gnoseológico de las humanidades médicas desde la teoría del cierre categorial*. *Quirón* 1990; 21(2):26-30
28. Gracia Guillén D. *Medicina y Humanidades (Aporte a una mesa Redonda en la Acreditación Médica Platense, 17/11/985)*. *Quirón* 1988;19:115-7
29. Spinsanti S. *Verso una medicina antropológica*. *Quirón* 1989;20:8-13
30. Montero Labbé J. *Expandiendo el paradigma médico. Proposiciones para cambios a nivel de la educación médica*. En Lolas Stepke F, Florenzano R, Gyarmati G, Trejo C, Eds. *Ciencias Sociales y Medicina. Perspectivas Latinoamericanas*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1992, pp. 220-27, espec. 224-6 - Manzini JL. *El lugar de los Cuidados Paliativos y de la Bioética en la formación profesional del médico*. *Jornadas sobre Formación del Recurso Humano en salud, organizadas por la Universidad F.A.S.T.A. Mar del Plata, 30/10/92*
31. Ministerio de Cultura y Educación de la Nación, *Resolución 535/99*
32. Chiara R, Dargoltz D, Alech Risso Z. *Experiencia de reforma curricular en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario*. En: *Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001*. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. OPS/OMS. Buenos Aires, 2001, pp 71-77 - Abramzón M. *Cambio curricular, algunas experiencias recientes*. En: *Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001*. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. OPS/OMS. Buenos Aires, 2001; 59-69.