

REUNION CON MIEMBROS DE LOS CONSEJOS DE DOCENCIA DEL AREA CLINICA  
(Medicinas I, II, III, IV y V).

TEMA: CAMBIOS CURRICULARES EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

Sala de Sesiones, 23 de noviembre de 1973

---

DR. VIEYRA: Los compañeros Arcuri, D'Otavio y Troncoso forman parte de una comisión un poco más amplia que ha elaborado algunas ideas que han dado forma en un documento. Pero, entendiendo fundamentalmente que toda modificación del plan de estudios debe basarse en una discusión con todos los sectores interesados, tanto docente como alumnos, es que hemos promovido esta reunión, que es la primera de toda una serie que va a ser larga; no tan larga que nos impida poner en práctica el plan de estudios el año próximo, pero sí lo suficiente como para que discutamos en profundidad las ideas que cada uno tiene. Para dar comienzo a la reunión, porque los hemos invitado para que Uds. expongan, propondría que tomándose todo el tiempo que Uds. quieran, demos una vuelta y opinemos sobre el plan de estudios actual, qué es lo que esperan del plan de estudios, qué aportes creen que pueden dar y qué trabajo de ahora en adelante creen que se debe llevar a cabo para concretar esas modificaciones a las que eventualmente puedan aspirar.

Un primer documento ya se envió a las Comisiones Coordinadoras.

DRA. TRONCOSO: El documento se repartió en una reunión general de Coordinadora con Consejos de Docencia, en octubre y a estas reuniones generales habitualmente no van todos los Consejos de docencia. Por eso probablemente aquellos consejos de docencia que no estuvieron no lo pudieron recibir. Además se avisó que en Secretaría quedaban copias para que los retiraran, pero evidentemente todavía no tenemos perfeccionados los canales de comunicación.

Como decía el Dr. Vieyra hace un momento, nos interesaba escuchar las opiniones de Uds. porque nosotros sabemos— no suponemos— que la mayoría de los docentes alguna vez y de los estudiantes también, han pensado en la necesidad de cambios en el plan de estudios. E incluso mucha gente ha elaborado cosas pensando en cambios en el plan de estudios. Por ello en esta primera reunión nosotros queríamos ver qué cosas podrían aportar que ya estuvieran pensadas de parte de Uds. para enriquecer el trabajo de esta Comisión y empezar a establecer el diálogo para poder elaborar en conjunto, es decir que lo que salga o sea un plan de estudios que sea el resultado del trabajo de todos en cierta medida.

DR. VIEYRA: Esta primera reunión con el área de la Medicina Interna va a ser seguida con reuniones con el área de las Cirugías y con el área de las especialidades críticas, con el área de las materias básicas, con el área de salud mental. Y siempre con la participación de la gente de Medicina Preventiva, que es un enfoque que se le va a dar a las distintas áreas de la carrera. Y después programaremos reuniones en conjunto, por ejemplo Farmacología con Medicina Interna, de las Medicinas con la Cirugía. Incluso es muy importante que los clínicos hagan su aporte de cómo debe enseñarse la cirugía y para qué debe enseñarse la cirugía, o viceversa.

DR. DOTTAVIO: Primero se hicieron las bases o fundamentos para la elaboración de los cambios curriculares. Al final del documento se establecen los objetivos generales y específicos de la enseñanza de la medicina, no de la Facultad de Medicina. Y partiendo de esos objetivos, que son los que nos van a indicar el médico que queremos, es que la primera reunión la realizamos con el área clínica, luego lo haremos con el área quirúrgica y luego con las materias básicas. Es decir, que vamos del final hacia el principio, que es la manera que nos parecía más adecuada y lógica de trabajar.

En el primer párrafo también señalábamos la necesidad de la participación de todos en estas reuniones, que no cumplen un papel formal, por supuesto, sino que realmente queremos establecer un diálogo y que nos den sus aportes, para poder trabajar en forma conjunta.

DR. IMHOFF: (Instructor Medicina II) Yo voy a analizar desde el punto de vista de cómo llega el alumno a la cátedra, de qué elementos carece. Nosotros nos encontramos con un alumno, en 4to. año, pasadas las materias básicas, que desconoce fundamentalmente cuál es su rol social, ya sea como universitario y en el futuro como médico. Desconoce totalmente su futuro, qué aspira hacer en la medicina y qué necesita el país o el país o la comunidad. Solamente conoce quien tuvo inquietud, es decir no tiene la formación universitaria de un "auténtico trabajador de la salud". Ello le hace encarar la medicina de una forma individualista, tema que Uds. tratan, de ninguna forma le hacen encarar la medicina como un hecho social interesante. Es decir, que lo que yo pienso es que desconoce el rol social del médico en la Argentina. Sobre el segundo punto que Uds. ponen acá, el alumno que llega a 4to. año desconoce qué es una metodología científica, evidentemente porque no se le ha enseñado, la conocerá alguno que -vuelvo a insistir- haya tenido la inquietud de conocer ese método. Además llega con una información teórica brutal; brutal por que ha pasado por materias donde se le ha exigido información teórica importante y que desgraciadamente está olvidada, probablemente por el mé-

todo de enseñanza que se ha aplicado. Desconoce tanto que por ejemplo, tiene dificultad de localizar en el ser humano, en el vivo, la carótida o la femoral.

Evidentemente que eso en su mayoría todos lo conocen; evidentemente eso demuestra que el estudiante no está preparado para afrontar lo que es la práctica de la medicina que es en el hombre vivo.

En cuarto lugar nos encontramos con alumnos que desconocen absolutamente ya en 4º año lo que es relación médico-paciente. Llegan sin saber semiología, sin haber tenido contacto con el enfermo. Y lo que es grave, estudiantes universitarios que hacen una práctica médica, que pienso que es delictuosa, porque son muchos que hacen guardias hospitalarias. Yo diría que hay un porcentaje alto de alumnos en cuarto año que desconocen la práctica médica, pero que la han hecho, a través de urgencias, en clínicas privadas y entonces por supuesto, todo el que conoce mal o el que tiene mala experiencia de vida, tiene una carga de resentimientos atroz y exige que se le enseñe cómo defenderse en esa situación, cosa que a nosotros en Cardiología específicamente nos trae un grave problema, porque nos exigen por ejemplo, conocer el tratamiento del edema agudo de pulmón, en forma empírica y cuando le queremos enseñar qué es el edema agudo de pulmón siguiendo una metodología ordenada, empezando por fisiopatología por ejemplo, llegan a decir que eso es cientificismo, que lo que ellos necesitan es saber cómo digitalizar al enfermo, si darle o no morfina. Entonces niegan el por qué de las cosas. Solamente quieren saber para qué. Evidentemente porque están haciendo una práctica médica ya. Hecho real que quisiera que si alguno no tiene esa experiencia nos la transmita; nosotros en Cardiología tenemos un grave problema con las urgencias médicas, porque muchos alumnos las están viviendo.

En quinto lugar nosotros nos encontramos en este momento, con alumnos que no han hecho Semiología, que no han dado fisiopatología y con alumnos que van a enfrentar una materia de Cardiología y Nefrología y específicamente en el área de Nefrología, separada de la Urología. Concepto que en la práctica médica sabemos que Nefrología y Urología es prácticamente una sola especialidad que es Nefrourología. Entonces nos piden experiencia // práctica en nefrología, por ejemplo la simple aplicación de una sonda vesical y nosotros lo decimos "eso es del urólogo" y nos dicen "entonces cómo vamos a saber una anuria obstructiva?". Estoy contando anécdotas domésticas prácticamente para darnos en la triste realidad de cómo llega el alumno a 4to. año de medicina.

Podría ser esta la base para decir los problemas con los que nos enfrentamos en la parte docente para luego poner el dedo en algo tremendo que en este momento es la parte asistencial en el área de cardiología. Hemos hablado con el Compañero Vieyra en el Consejo de Docencia, hemos refrescado un día todo lo que sufre en este momento la parte asistencial

del área de nuestra materia, que nos verdaderamente dramatiza la situación. Y con eso quiero poner todo lo que ustedes quieran poner, cualquier defecto cabe, desde la falta de elementos técnicos hasta la falta de personal idóneo para manejarlo, como incluso a veces la falta de médicos y no digamos lo que es el ambiente físico. Entonces nos encontramos -y así nosotros en el C.de Docencia marcamos el problema de este año, que la docencia que depende de la asistencia se realiza muy mal, porque el elemento básico para realizarla o sea paciente-estudiante-docente, están enfrentados muchas veces por ideas, por situaciones físicas y como ya les dije anteriormente, están enfrentados por una distinta observación, un distinto punto de vista del problema. Si alguno quisiera preguntarme algo, que me haya olvidado de relatar en este resumen.

\*\*\*\*\*

Nosotros hemos pensado primero que el alumno no puede llegar a Cardiología como primera materia clínica. El alumno debe tener contacto con el enfermo, con el paciente, desde que inicia la carrera.

Pensamos que la anatomía del muerto es una necesidad, pero el alumno debe tener contacto con la anatomía del vivo desde que se inicia en sus estudios universitarios.

Pensamos que el individuo que hace Medicina debe conocer lo que es el método científico y su aplicación a la medicina.

Pensamos que el individuo debe tener un profundo conocimiento social antes de llegar a enfrentar al enfermo.

Y pensamos que el alumno debe tener perfectamente establecido cuáles son los derechos y deberes del hombre médico, del trabajador de la salud, cosa que evidentemente desconocen cuando llegan a 4to. año.

Pensamos que alguna formación debe traer el alumno cuando enfrenta al paciente, alguna formación humanística. La Universidad lo tiene que dar ese tipo de formación social. Y es un drama del alumno cuando enfrenta al paciente.

Con los trabajos prácticos, un paciente recibe por día dos comisiones de 10 alumnos durante 3 meses. Es decir que el hecho de que nosotros como médicos lo hemos sufrido, no porque se nos haya enseñado sino porque lo hemos sufrido en la relación médico-paciente y hemos tratado de sobre-llevar mejor, evidentemente que nuestra experiencia, nuestro conocimiento no lo podemos transmitir al alumno porque no están dadas las condiciones humanas mínimas para hacer una relación médico-paciente no discretamente aceptable, diría humana. Por eso creemos que el alumno debe llegar con una formación científica y social y si se quiere filosófica de lo que está haciendo, para qué lo está haciendo y con quién lo está haciendo.

Lo que yo planteo es que sea desde anatomía, y previa a la anatomía. Es decir qué va a ser el hombre médico, qué va a ser el hombre cuando sea un verdadero trabajador de la salud. Es una información que debiera

recibir el alumno antes de empezar la parte técnica. Por eso lo planteo como formación filosófica, social y científica.

Nosotros planteamos que el alumno no puede aprender la anatomía de un cadáver cuando no va a utilizar la anatomía del cadáver, sino la anatomía del vivo.

DR. YELIN: Las dificultades básicas que se dan en las materias básicas son justamente esas, dar un conocimiento científico y que ese conocimiento científico esté dirigido hacia su utilización en la práctica clínica. No transferir al estudiante una mentalidad enciclopedista, nada más que por la formación enciclopedista. Es decir que estén muy ricos en conocimientos y que después esos conocimientos no sean bien transferidos a la práctica clínica.

Ese es un problema que nosotros tuvimos la oportunidad de enfrentarlo en semiología: los estudiantes nos exigían prácticamente un libro, llevábamos casi dos meses del dictado de semiología y nos exigían un libro. No les convencía que semiología se aprende con el paciente y en la práctica cotidiana con el paciente. Hay algunos conocimientos teóricos que al principio saben muy poco y que les vamos a transmitir, que luego serán más amplios cuando se hayan asentado los conocimientos prácticos, pero que se irán dando en las clases teóricas. Pero no, necesitaban un libro, es decir, necesitaban un control, el control formado por la mentalidad enciclopedista de las materias básicas. Es decir, que un cambio será que las materias de los tres primeros años tendrán que aprender a seleccionar de una manera criteriosa los conocimientos a entregar a los estudiantes. Es decir, que esos conocimientos realmente sean proyectivos; seleccionar mejor los conocimientos que se han de entregar al estudiante en las materias básicas, para que esos conocimientos tengan realmente su auténtica aplicación y no atribuirlo con una mentalidad enciclopedista que no tenga después utilidad práctica. Y es una tendencia que está ya injertada en el estudiante, que por supuesto hay que tratar de desterrar para mejorar.

Con respecto a la relación médico-paciente es indudable que el conocimiento de esa problemática recién la tengamos los graduados tres o cuatro años después de recibimos, es decir lo tiene que tener el estudiante en el debut del contacto con el paciente. Por supuesto no se puede enseñar relación médico-paciente antes que exista ese contacto, porque eso es inaprendible, no se puede enseñar a hacer historias clínicas en las clases teóricas, si no se hacen historias clínicas. Las H. Clínicas como Uds. muy bien saben se aprenden haciéndolas. Y la relación médico-paciente creo que es un problema de la cátedra de Semiología básicamente. Ahí debe iniciarse la relación médico-paciente. Nosotros hemos tenido bastantes buenos resultados, hay un grupo de instructores que se encargan de dar clase de relación médico-paciente y los estudiantes están muy satisfechos de cómo han ido trabajando, sobre todo aplicando técnicas grupales.

Nosotros en Sociología otra cosa con la que nos hemos encontrado es con un entusiasmo verdaderamente extraordinario para el aprendizaje, pero sobre todo para el aprendizaje automático. Vemos en las clases una tendencia del estudiante a esquematizar "si este paciente tiene tal cosa y tal otra? qué tiene", "una leucemia", no dice "una patología ganglionar que tiene el compromiso del sistema ganglionar cervical..." es decir el automatismo de los conocimientos. Y justamente una de las claves que también encontramos en el C.de Docencia de Medicina V es eso, el estudiante viene con esquemas muy bien transmitidos por cada una de las Medicinas, pero como si fueran conocimientos de compartimientos estancos que no pueden ser integrados. De tal manera que algunas enfermedades que pueden tener sintomatología polimorfa, correspondiente a cada una de las Medicinas, esas son las más problemáticas para el diagnóstico. Es decir, hay que desarrollar de alguna manera, dentro de las materias básicas una tendencia al razonamiento de los conocimientos.

DR. SANTHIA: Yo estaba pensando en algunas de las cosas que dijo Imhoff y pienso que son el fruto de la fragmentación. Y también algo de lo que dijo el Dr. Yelin de que estábamos trabajando con criterios de compartimientos estancos. Nosotros interpretamos, en relación a lo que planteaba el Dr. Imhoff que Medicina Preventiva no tendría que funcionar como un Departamento o una cátedra que le dé a los alumnos ciertos aspectos que no se dan en las otras disciplinas que hacen a la curricula, sobre todo si uno piensa en una atención médica integral, que involucre no sólo medicina de la reparación sino substancialmente prevención y sobre todo el capítulo de rehabilitación. Es decir que lo ideal sería precisamente que el alumno pudiera en el transcurso de su paso por las clínicas o las especialidades hacer precisamente esa integración. Nosotros pensamos porqué no es posible en la Facultad de Medicina que el alumno aprenda epidemiología en el transcurso por las clínicas? En qué medida no se puede concomitantemente con ese desarrollo del conocimiento del método científico por ejemplo, lo que implica el método estadístico o el método epidemiológico, en función de una determinada actividad profesional o el desarrollo de una determinada asignatura. Lo que pasa es que hay un total y absoluto divorcio entre la estructura de la atención médica y la estructura educacional. Muchas veces hablamos nosotros de relación médico-paciente y habría que hablar también de relación paciente-institución. Yo pienso que el alumno a lo mejor no le asigna importancia a la Historia Clínica porque sabe perfectamente bien que como profesional la historia clínica es una cosa totalmente accesoria, que no la va a utilizar más. Adquiere conciencia de su importancia cuando tiene que realizar una investigación, a los fines puramente individuales, con un criterio clínico o en función de la recolección

de algún antecedente que le sirva para la presentación de un trabajo. Entonces ahí toma conciencia de que hay un elemento que es la H.Cl. que le puede ser de suma utilidad. Y uno se pregunta por qué continuamos trabajando fragmentariamente, por qué no formamos un trabajador de la salud en función de un determinado sistema de atención médica. Y si propugnamos un sistema de atención médica integral, no podemos caer en la contradicción de seguir enseñando puramente medicina reparadora. Nosotros hemos hecho un análisis del desarrollo de nuestro Departamento y pose a que en este momento damos en 2º, 3º, 4º y 5º año, no es nuestra aspiración seguir desarrollándonos en ese aspecto y estaríamos mucho más contentos de desaparecer integrados en otras asignaturas porque desapareceríamos en función de un objetivo mucho más trascendente que el hecho de mantener una cátedra o un Departamento para decir "tenemos un lugar dentro de la estructura universitaria".

Lamentablemente esto es consecuencia de una formación crudamente individualista que se impone superar si es que queremos modificar substancialmente las características de nuestro sistema de atención médica y si es que realmente nosotros queremos satisfacer las necesidades de salud de la población, si no estamos formando un profesional simplemente para el desarrollo de una actividad en función de sus propios intereses individuales y dentro de una estructura liberal de la medicina donde la salud y la enfermedad juegan como otros procesos de un mercado de oferta y demanda, pero no en una visión integral, filosófica, humanista y totalizadora de lo que debe ser la acción profesional.

DR. KOZAMEH: No conozco el documento elaborado por la Comisión, de manera que no sería descartable que yo dijera cosas que ya están dichas allí si el pensamiento es coincidente o que tenga el rechazo si no es coincidente. De cualquier manera estimo que sería conveniente para la marcha provechosa de ésta y las demás reuniones que sigamos teniendo, que hagamos planteos de orden más bien general, más que entrar en parcializaciones, porque estimo que seguiríamos cometiendo errores que se han venido repitiendo a través de décadas para llegar a esto, a una nueva necesidad de cambio. Dentro del pensamiento de la revisión de un plan de estudios, creo que primero debiéramos plantearnos "es legítima la necesidad de un cambio?" es necesario un nuevo plan de estudios?" y segundo interrogante "qué alcances deben tener los cambios si los aceptamos como necesarios?", tercero el sentido, la orientación direccional de tales cambios, su procesamiento, etc.

En lo que hace al primer y gran interrogante que me planteo yo, si es necesario o no un cambio, yo creo que la respuesta debe ser dada en mi opinión, pensando en qué elementos deben ser el piso, el substructum de un plan de estudio. Estimo que para que el país pueda marchar hacia sus grandes objetivos de liberación nacional, de lucha contra los privilegios y

contra las elites mínimas, debe no encontrar dificultades en ninguna de las instituciones que hacen al propio país. Y la Universidad juega un rol importantísimo. Es decir que necesitamos una Universidad más concretamente una Fac. de Medicina que cumpla su misión específica preparando profesionales que puedan servir a esos cambios. Porque pretender analizar y definir un profesional o mejor dicho un plan como bueno o malo con un sentido esencialista no tiene ninguna razón de ser. Digamos por ejemplo si una vaca que sirve a las necesidades alimentarias de una familia reducida puede parecer mucho, pero que de servir para alimentar a todos los negritos de Biafra es muy poco. Es decir, que desde un sentido materialista y existencial, estimo que debemos ajustar el plan con referencia a algo y ese algo en nuestro caso es "cuáles son los objetivos y cuáles son las orientaciones que hacen a una marcha del país hacia sus grandes destinos sin tropiezos". El médico inserto en este contexto cómo debe ser?, que es el segundo interrogante. Cualquiera plan que elaboremos debe tener el substractum primario de definir qué médico queremos para ese contexto. Y tal contexto está respaldado en elementos que hacen a sus conducciones políticas, sociales, económicas y sobre la base de una estructura física muy particular. Me refiero a su geografía, a su población étnica, al aglutinamiento o la dispersión de su población, etc. Es decir que el plan de estudio debe estar condicionado a las necesidades, a los perfiles que debe tener el médico que queremos preparar. Ejemplo, el hombre se desgasta en un largo período de su vida para ingresar a la lucha efectiva, productiva y ser un elemento de producción. Cuesta mucho al Estado un médico que dilata su existencia tras el aprendizaje hasta la obtención de un título habilitante. Claro que la corrección de este defecto que yo puntualizo de acuerdo a mi pensamiento no ha de ser en comprimir las materias, reducir el número de años, dejarlos ausencias en el aprendizaje, no darles algunas materias o darla por la mitad. No, está en otro aspecto. El médico que nosotros queremos y que deba ir a trasladarse a Zapla para asistir una colectividad que urgentemente necesita nada más que le curen sus dolencias, tal vez habremos desgastado esfuerzo, dinero y tiempo en preparar un hombre con una mentalidad científicista o de investigación que no va a tener aplicación, frustrante para él o inútil para la colectividad a la que va a servir. De manera que creo que debemos estar con el pensamiento de elaborar un camino para la preparación de un médico adaptado a estas necesidades materiales que siempre han sido soslayadas.

Cierto es que existe la crítica de que no es posible desandar lo andado, si la ciencia ha tenido los logros que tiene, por qué negarlos? es que no es necesario negarlos. Estimo que por ejemplo, la enseñanza de la medicina está conectada a distintas corrientes direccionales que podrán ocuparse de formar al médico, por un lado, de la investigación científica por otro y de la parte docente por otro. Es decir, la investiga-

ción, la medicina práctica y la carrera docente son aspectos totalmente distintos. No tiene por qué el médico práctico ignorar lo que es la investigación científica ni las posibilidades de la seducción de realizar la carrera docente si en el ejercicio de su profesión estima que esa es su vocación. Es decir que en tal caso el médico práctico podrá tener los elementos básicos en su formación para revertir su posición cuando las circunstancias o su voluntad así lo indiquen, pero sin insistir en cargar excesivamente esa mente y retardar el tiempo de su aprendizaje con la profundización en esos elementos, de cuya idoneidad tendrá que dar pruebas en exámenes.

Concretamente diría entonces que el ordenamiento de estas reuniones debe ser definimos primeramente si realmente entendemos que el plan de estudios que existe es inadecuado para el momento, para la orientación social, económica, política del país, para sus objetivos, si es inadecuado para la realidad física, geográfica, étnica, etc. del país; segundo, qué profundidad deberán tener esos alcances; temero, qué tipo de médico queremos formar. Y una vez que definimos que tipo de médico queremos formar y lo aceptamos, recién creo que habrá llegado el momento de la discusión y consideración de cuáles son las materias que hay que dar, qué profundidad tendrán que tener y cuál será la forma de realizar su enseñanza.

No doy mi opinión personal para no entrar en detalles, pero sí estoy de acuerdo con lo que ya se ha dicho acá en el sentido de que necesitamos una medicina no mercantilizada. Pero ahí no se ha dicho todo sobre la necesidad del médico que necesitamos, porque no es cuestión solamente de recitarlo al concepto, sino de conscientizarlo y aplicarlo.

DR. LAUDANO: Complementando los objetivos de la Facultad de Medicina, creo que tienen que ampliarse con qué tipo de médico queremos nosotros en el futuro. En este momento muchos de nosotros somos docentes. Y me hago esta pregunta: cómo nos formamos nosotros como docentes?. Venimos heredando cosas de nuestros profesores, y qué formación docente tuvieron ellos? Por herencia, por lo que escuchamos, algunos hicimos la carrera docente, pero cómo la hicimos?. Entonces partimos desde esa base, una autoevaluación que es fundamental a nivel de los docentes. No podemos en cierta medida exigir o plantear un plan de estudios a los estudiantes cuando no tenemos conciencia nosotros los docentes de cómo vamos a desarrollar la docencia, qué formación docente tenemos nosotros, para luego aplicar el criterio de formación filosófica, social, científica, de nuestra carrera de medicina, de nuestros planes de estudios. Creo que el punto básico, fundamental, es partir de nuestra formación docente. En otros aspectos que se han planteado, referente a la cátedra de medicina III, simplemente diré que estamos prácticamente la mayoría en acuerdo en el son-

tipo de que el estudiante llega a 5to. año y prácticamente a lo único que aspira es a rendir la materia rápidamente y recibirse, que ya conoce la angustia de recibirse de médico. Ya allí el estudiante toma conciencia de que va a recibirse de médico y que va a salir a luchar en una sociedad con todos sus problemas socioeconómicos que lo angustian. Tenemos una serie de médicos jóvenes, recién recibidos que vienen al servicio a pedir permiso para trabajar, para hacer algo y a veces encuentran eso o no. Es un problema real que lo vivimos nosotros a nivel de Sala de Clínica y seguramente también a nivel de Sala de Cirugía. El médico que se recibe es también un toma que también se podrá conversar en otras oportunidades, el médico que se recibe y no sabe dónde va a parar. Eso está involucrado en los objetivos de la Facultad, en qué tipo de médico queremos, médicos asistenciales, médicos docentes, médicos investigadores. Sabemos que el médico asistencial tiene que desarrollar también parte de la función docente y el docente entrar en el área asistencial y también tener cierta vocación de investigador. El investigador también tiene que tener cualidades docentes. Pero quién nos enseña esas cualidades docentes? Quién despierta esa vocación al estudiante que inicia?

Con respecto al plan de estudio estamos también todos convencidos de que el ciclo básico es un monstruo docente que debilita la vocación al estudiante. Llega el alumno a 4to. año y recién toma contacto con el enfermo. El viene a estudiar medicina, él sabe del enfermo, de las enfermedades y se le empieza a dar Anatomía, Histología, Fisiología, etc. que generalmente hacen que la mayoría de los alumnos pierdan la carrera en esas materias básicas y los que siguen adelante llegan a 4to. o 5to. año sin tener ni idea de fisiología de física, de química. Y no hablemos de fisiopatología porque es una <sup>mala</sup> palabra en las medicinas preguntar algo de fisiopatología. Que sepan los síntomas, los signos y cómo diagnosticar una enfermedad y con eso nos conformamos. En un examen eso es lo que pedimos, sintomatología, diagnóstico y tratamiento. Ni hablamos de fisiopatología porque primero no tenemos tiempo por el plan de estudios, segundo porque el estudiante ya ha olvidado cosas elementales de la fisiología en general. No hablemos de Anatomía ni de histología y ahora con la semiología, que llegan a nuestro Servicio, a 5to. año y no saben palpar un abdomen. En este momento estamos tomando examen y prácticamente los aplazos surgen de eso, que no saben palpar un hígado o un bazo. Esa es una aberración que confirma lo dicho por el Dr. Yelin de que es fundamental la cátedra de Semiología.

Hay otros aspectos que consideramos importante, que es dentro de la autocrítica que tenemos que hacernos los docentes, la capacidad y dedicación. Qué capacidad docente tenemos nosotros y cómo nos dedicamos. Cual es nuestra dedicación docente, En ese sentido, el manejo actual,

llega el Instructor, cumple con su hora o su hora y media o dos horas de trabajos prácticos y se terminó el trabajo del día. Prácticamente ni conoce al alumno o conoce muy poco, ni al enfermo. Va a dar un trabajo práctico y los tocó la cama tal y en ese momento se enteró el docente y el alumno qué tipo de enfermedad van a desarrollar. En ese sentido estamos convencidos de que el estudiante tiene que estar más en contacto con el docente y que el docente tiene que estar a disposición del estudiante en todo momento, mañana, tarde, a cualquier hora. El estudiante necesita de su formación. Hay estudiantes que trabajan de mañana, hay otro que trabajan de tarde, otros que trabajan de noche; hay muchos estudiantes que trabajan, que no pueden venir a tal clase o tal trabajo práctico y no encuentran docente, no encuentran quién los enseñe. Un grupo de docentes tiene que estar en la Facultad, y también participarían los Residentes de tarde, como lo hacen y que no solamente cumplen una tarea asistencial, sino muchas veces tarea docente.

En resumen quería hacernos eco de las palabras de los colegas, dentro de los objetivos de la Facultad, también queremos definir qué tipo de médico queremos. Si, médicos prácticos, pero dentro de lo práctico, qué sentido? médicos asistenciales, exclusivamente asistenciales, que tengan una formación básica elemental para salir a la sociedad? o formamos también médicos prácticos con inclinación docente, o formamos médicos prácticos con inclinación a la investigación? Todo eso tendrá que contemplarse minuciosamente.

DR. YELIN: Con respecto al ordenamiento de nuestra discusión, para que sea un poco más productiva, pienso que básicamente se nos ha citado para una opinión del ciclo clínico sobre el cambio del plan de estudio. Uno podría separar en dos aspectos básicamente, en primer lugar cuál es el déficit nuestros y cuál es el déficit que nosotros observamos en el ciclo básico y que nos perjudica a nosotros. O sea ordenar de tal manera que podamos estudiar las dos cosas. Con respecto a esto hay mucha discusión sobre qué es lo que tiene que formar la Facultad, la Facultad tiene que formar un buen médico, por definición. Ahora cuál es la definición de un buen médico? ahí viene toda la problemática. El buen médico es el que necesita la sociedad. El médico que necesita la sociedad es un médico práctico es decir que ya tiene el desarrollo de habilidades. Práctica que le permita enfrentar cualquier situación clínica cotidiana, es decir, que sepa atender un parto, que sepa hacer pequeña cirugía, que tenga una formación teórica básica que le permita enfrentar cualquier situación clínica sencilla, por supuesto no hacer un ecoteterismo. Ahora ese de formación docente o de investigación es post grado. Tiene que ser post grado. Nosotros tenemos la obligación de formar un médico práctico destinado a las necesidades básicas de la población. Lo demás tendrá que ser en una formación de post

grado que tendremos que ya empezar a programar. Con respecto al déficit de docentes que dice Laudano, la realidad es que ya existe un staff docente lo único que podemos hacer es tratar de mejorarlo, pero empezar a formar un estudiante con inclinación docente es muy peligroso. Directamente nosotros tenemos que formar un buen médico, que después evidencie una inclinación a la docencia, habrá que estimularlo y comenzarlo dentro de un ciclo de formación docente. Pero no podemos iniciar a transmitir la inquietud de investigación cuando está en 4to. año y tiene que aprender cosas básicas de la medicina práctica.

DR. LAUDANO: Estamos de acuerdo en la formación del médico post-gradado pero en el estudiante también se puede despertar la inclinación o la vocación hacia alguna actividad en particular. Yo digo la formación docente elemental, simple, no digo de darle una formación básica docente, pero el estudiante viene sólo a dar trabajo práctico o asistir a una clase. Hay muchas formas de cultivarle la actividad docente, una de ellas puede ser un simple coloquio, reunirse en grupos de trabajos, de discusión, acá tenemos una biblioteca a la que vienen lamentablemente muy pocos estudiantes, no conocen una revista, no leen. No se los enseña lo que es una monografía, no hay grupos de trabajos que digan "vamos a actualizar un tema tal". A esas cosas elementales me refiero yo. Que sepan escribir, que sepan redactar un tema, un trabajo, que sepan hacer una actualización. Cosas básicas dentro de la formación del estudiante.

DR. KOZAMEH: Quisiera aclarar algunos conceptos y ampliar en forma mínima mi enfoque. Cuando yo digo que debemos definirnos en qué médico queremos tampoco tenemos libertad para opinar y trazar los perfiles del médico que queremos, porque eso sería un capricho. El médico que queremos está dictado por las necesidades, es decir que se nos da en cierta manera impuesto el médico que queremos. Es decir que sería transfiriendo idiomáticamente, qué médico queremos por qué médico necesitamos. Yelin dice muy bien, la cosa se reduce a términos simples: preparar un buen médico, que sepa curar, estamos de acuerdo, pero qué podría ocurrir?. Yo he hecho una cita un poco retórica dando el ejemplo de la vaca, quisiera que se aceptara el ejemplo en este sentido: un médico puede ser muy bueno, muy bien preparado para curar enfermedades que son obras del refinamiento y de los esquisiteces del hombre satisfecho de las grandes capitales, pero por circunstancias de cualquier dirección va a Formosa y no puede curar una micosis de esa gente del campo, desprotegida. Yo creo que todos estos elementos debemos tomarlos en consideración al elaborar el plan de estudios cuando decimos un plan que se adapte cumplidamente a las necesidades de crear un médico práctico, que deben estar de cierta manera desvinculados de la necesidad de crear un médico dedicado a la investigación científica y a la

labor docente. No es que han de hacerse en establecimientos diferentes ni con otro status académico, ni tampoco en momentos diferentes, Todo ello puede seguir paralelamente con la mente puesta en que el título que va a recibir es el título habilitante de médico, adaptado a las diferentes circunstancias que he estado apuntando.

Yo creo que es violentamente cruento ver que un médico que recién se recibe y que ha tenido la misma formación que otros, tienen que ir a la calle a una lucha despareja a pelearlo a disputarlo a un profesor un enfermo de una mutual, Es indiscutible la seducción y la atracción que crea el título de profesor. No puede aprovecharse eso en beneficio de una ventaja en detrimento de quien realmente lo está necesitando. De tal manera que posiblemente podría elaborarse estos planes concatenados, interdependientes y también en cierta medida desvinculados en cuanto a tiempo, espacio e intencionalidad.

Yo creo que en ese sentido Laudano hizo alguna referencia tangencial apuntando a la necesidad de que la tarea docente deba estar en un régimen full-time. Es decir que quien accede a la cátedra, no puede hacer la medicina asistencial privadamente. En las mismas condiciones y con mayor motivo y por otras circunstancias, el que está en la investigación científica. Todo su esfuerzo debe estar en ello, no menguarlo con otro tipo de actividad ni tampoco aprovechar ese prestigiamiento que le da ello en detrimento de quien realmente lo está necesitando.

Estimo también que el pequeño sacrificio rotaceo en la administración de la enseñanza en este cúmulo de materias y su extensión tremenda no va a perjudicar la formación del médico que habiendo llegado nada más que a médico quiera después tener otras inclinaciones, pero el paso previo a todo esto debe ser el post grado y allí si creo que el post-grado debe demandar un esfuerzo extraordinario y no tomarlo en el sentido de que sirva para una élites que le permita acceder más fácilmente que otros a los grandes cargos, etc.

DR. LENCIONI: Respecto a nuestra cátedra, que es Medicina Int.IV que incluye Endocrinología y Reumatología, dos materias de evidente relación social por los problemas que tratamos, nosotros consideramos que evidentemente en nuestra estructura curricular deben realizarse modificaciones y cambios; desde el punto de vista político, económico, etc. sería una aberración considerar que podemos dejar la estructura curricular tal cual está ahora. Debemos adaptarla y perfeccionarla.

He escuchado con mucha atención a los colegas que me han precedido en el uso de la palabra y en general estoy totalmente de acuerdo con los conceptos que han expresado.

Nosotros en Medicina Int.IV notamos que hay deficiencias importantes en los alumnos antes que nos lleguen a nosotros y en la misma cátedra.

De antes, nosotros hemos corroborado lo que se ha dicho acá de que el estudiante llega con un olvido de las materias básicas. Yo personalmente, por haber sido profesor de Fisiología me resulta muy urticante que cuando estoy tomando una prueba de evaluación cuando se toca un tema de fisiopatología o de fisiología, compruebo que el alumno al cual uno estimó que se le enseñó bien en esa etapa de la formación médica ha olvidado todo lo que se le enseñó. Eso indica que evidentemente hay una deficiencia en la formación, que no fue tan bien como lo enseñamos. Posiblemente el defecto esté en el exagerado enciclopedismo de las materias básicas y poca orientación hacia la fisiopatología o la anatomía aplicada o la histología aplicada, todo lo que fuera la aplicación en relación directa al problema del hombre enfermo. Creo que el defecto que tenemos en nuestra formación es que quizás pretendemos hacer especialistas y nos olvidamos a lo largo de toda la carrera que nuestra obligación principal es hacer médicos prácticos.

Luego lo de la docencia y lo de la investigación son materias de post-gradó.

También concuerdo con que los estudiantes que nos llegan a nosotros tienen una deficiencia en el conocimiento de lo que es la buena medicina en <sup>la</sup> relación trabajador de la salud con hombre enfermo.

La tercera deficiencia es la falta de un aprendizaje en Semiología que actualmente estamos tratando de mejorar, pero es evidente que el estudiante que nos llega a nosotros tiene una deficiencia en ese sentido.

Estimo también que el contacto docente-estudiantil es un contacto deficitario, tenemos que tratar de armonizar la relación entre los estudiantes y los docentes con el objeto de conseguir un mayor intercambio de conocimientos.

En nuestra materia nosotros observamos que falta una integración con las otras ramas de la medicina interna, sería ideal que nos pudiéramos integrar con las otras ramas de la Med. Interna, de tal forma de establecer un contacto que permita al estudiante ver que la Medicina Interna es una sola y que estos son capítulos que están totalmente integrados. Eso podría realizarse por medio de seminarios comunes, intercambio de docentes que participen en mesas redondas, con el objeto de dar al estudiante esa noción de integración.

Luego, dentro del análisis de nuestra cátedra creo que tendremos que ir a conocimientos más prácticos, sacándonos todo eso que sea de contenido enciclopedista, en esa tendencia estamos. En los últimos cursos con el Dr. Aiello hemos estado reduciendo el contenido de la materia tratando de constreñirnos a los tópicos que realmente consideramos que son fundamentales para la formación del médico práctico.

Yo estimo que nuestra misión, además de formar médicos prácticos, lo que es muy importante, es desarrollar en los alumnos el sentido común necesario para que después cuando esté solo frente al caso clínico especial pueda resolver cualquier problema que le surja.

DR. NANNINI: Evidentemente al escuchar a los colegas que me precedieron (yo pertenezco a Medicina Int. I que abarca Neumología y Alergia) el problema se puede plantear como bien lo hacen los autores de este documento, en objetivos generales y específicos. En lo general comparto lo que se ha dicho, respecto al médico que queremos para nuestro país y creo que también los autores de este trabajo lo han definido como médico general, clínico y con destreza suficiente en cirugía menor, que entienda al hombre como una unidad biopsicosocial y apto para desempeñarse adecuadamente en diversas zonas del país. Creo que es una definición muy aceptable. Creo que la especialización debe provenir luego de una base fundamental de Medicina clínica. No creo que se pueda formar especialistas en el curso de la carrera, aunque pueda haber una cierta orientación vocacional, pero no es conveniente. Y como dijo el Dr. Kozamch, a veces no podemos decir el médico que queremos, sino lo que el país está necesitando, en base a los aspectos socio-económicos, que son de todos conocidos, con sus respectivas Facultades regionales.

En lo que respecta a cómo conseguir ese objetivo, el problema creo que es muy complejo. Y nosotros como Uds. estarán conscientes no lo vamos a resolver acá. Pero también yo diría que la base para entendernos y conseguir ese objetivo se basa en dos cosas fundamentales: una es el conocimiento y otra es la conducta. Quizás sea más fácil dar conocimiento, aunque la teoría del aprendizaje demuestra que tampoco podemos decir que estemos a nivel de perfección. Por eso es que comenzaría por decir que quizás haya que revisar a nivel docente las formas de aprendizaje que también algo se ha dicho acá, relación docente-alumno, tiempo de dedicación, motivaciones, etc.

Y también la comisión ha definido cómo hacer a ese médico, es decir hacerlo científicamente apto en el método, que abarca toda la medicina. Yo no creo que se pueda hablar del médico que está haciendo medicina científica porque está haciendo un trabajo científico, en absoluto. El médico delante de su enfermo está haciendo siempre metodología científica, debe hacer metodología científica, no es solamente para un trabajo científico sino para su propia medicina general, para su propia medicina que está haciendo todos los días, que está aplicando. Y el método científico no exige una materia especial. El médico o docente formado en ese ambiente de la metodología científica está haciendo docencia en su cátedra en

base al método científico, de lo contrario sería cualquier otra cosa. Eso creo que no exige una materia en especial, sino que el docente, el ambiente, el estado docente esté imbuido de esa metodología que creo que no debe faltar lógicamente en ningún docente. Y también dice la Comisión "y eminentemente práctico en la labor asistencial". Acá hay problemas y hay problemas porque tendríamos que analizar una cosa urticante como dijo el Dr. Lencioni, que es la posibilidad de esa practicidad de los estudiantes, no digo en el pre grado sino que estoy hablando también en el postgrado. La relación médicos-capacidad de camas y hospitales, la relación alumnos-docentes. Es un tema que abarcaría todo un capítulo para discutir.

Entrando ya en lo que a nuestra cátedra se refiere, creemos que falta una base semiológica que ya está en vías de corrección. Evidentemente semiotecnia no cumplía el objetivo que pretendía cumplir, lo hacía en forma estadísticamente despreciable diría yo.

Con respecto a las materias básicas, creo que es explicable el fenómeno Dr. Lencioni, si el alumno toma la información y no la aplica de inmediato, es poco probable que ese conocimiento tome vivencia. Entonces se adquiere como una información que se olvida. Y creo que el conocimiento madura y se fortalece en la práctica. Entonces quizás el secreto de las Ciencias Básicas sea aprender el razonamiento general que permita luego aplicarlo a cada caso particular. Esto es en Semiología, esto es en Fisiopatología, que pretende enseñarle una la base fisiopatológica para qué? para entender los síntomas, yo creo que la medicina no puede ser más que de esa manera, con base fisiopatológica, el síntoma a través de la fisiopatología y nada más, no podemos buscar otra interpretación, etiológica, todo lo que quieran, pero en definitiva es el síntoma a través de la explicación fisiopatológica.

Y también el déficit hasta que lo vemos y, el déficit de nuestra cátedra y el déficit después. Ahora, acá falta un parámetro fundamental, quién evaluó a un recién graduado? No tenemos esa otra opinión que podrá estar después en esta mesa en forma quizás parcializada, informal o no, pero yo no he escuchado todavía a un médico recién graduado, no sé cuáles son sus angustias; es decir, sé las que debo tener, pero todavía no las escucho, lo sé porque los escucho hablar en la biblioteca sobre lo que van a hacer o dejan de hacer. Es decir, después viene el gran problema existencial de la aplicación, dos problemas: uno el desacuerdo entre lo que le enseñamos y lo que encuentra en la calle en la práctica, que hay una discordancia absoluta, porque le enseñamos una H. Clínica en la Sala que dura 40 minutos y una asistencia médica a nivel de cualquiera de las instituciones muy conocidas por todos en que son 20 enfermos que se ven en una hora. Absoluta discordancia que habrá que corregir. Es decir que la corrección trasciende la esfera de nuestra Facultad y se traslada al medio en que vivimos. Y eso vendrá luego con la interrelación, pero no dejemos

de reconocer de que aunque los formemos bien, hagamos un buen médico, va a encontrar siempre problemas cuando se enfrente a su realidad, porque va a encontrar discordancia entre lo que le enseñaron en Semiología, una buena H. Clínica, con todos los antecedentes y lo que tiene que hacer para cubrir, para llenar una necesidad imperiosa, porque es legítima, necesita de eso, tiene que vivir y a veces tiene que hacer cosas que le están repugnando, por lo tanto frustración. Yo interrogaría cuántos médicos recién graduados ya están frustrados en nuestro medio.;

Y como método de corrección, creo que esto tiene que subdividirse quizás sea en grupos. Yo he aprendido muchísimo, no había leído esto, y creo que esta comisión ha trabajado concienzudamente, en profundidad y diría que casi pondría la mano en su forma de expresión de la última página.

Quedaría la metodología, <sup>en</sup>mi impresión en estas reuniones, que sería ciclo básico, ciclo clínico, aprendizaje, etc. etc.

DRA. MARTINEZ: Yo vengo por la cátedra de Medicina V. Nosotros recibimos a los alumnos que ya están por recibirse en la cátedra de Integración. Los alumnos llegan a nuestra cátedra con una total falta de conocimientos tanto metodológicos, científicos, etc. A pesar de que ellos han hecho las distintas materias en forma intensiva, parece que eso después hace que olviden los conocimientos que han adquirido.

Los alumnos que hacen esta materia, la hacen durante dos meses nada más y descontando los feriados, etc., son unos pocos días que van a hacer Clínica Médica; muchos de ellos rinden la última materia que es Clínica estando en esos prácticos, es decir, que se reciben y tienen que ir a trabajar. Ellos mismos, a través de <sup>las opiniones recogidas en</sup> las reuniones de Consejo de Docencia dicen que se van a recibir y no saben qué van a hacer. Desconocen el tratamiento de las enfermedades más simples, con las que nosotros nos encontramos a diario. Incluso plantean que ellos se reciben sin haber hecho ningún practicanato ni ninguna residencia. El alumno que queda en la ciudad, que son muchos, siguen adquiriendo conocimientos en el Hospital e en otros lugares, pero también se plantea el hecho de que muchos alumnos que se van a trabajar a lugares distantes, en donde no tienen contacto con médicos de mayor experiencia, ni con hospitales, ni nada por el estilo, es decir que van a hacer una medicina de acuerdo a lo que puedan hacer, es decir, una medicina muy mala. Algunos de los alumnos que se reciben van a hacer la residencia, pero son muy pocos. Es decir que nosotros consideramos que las residencias están dedicadas a una pequeña elite, en la que entran los alumnos que económicamente están mejor, porque no necesitan ir a trabajar y ganarse la vida, entonces las residencias se reducen a una pequeña elite de alumnos acomodados, que generalmente son hijos

de profesionales o de profesores, etc. y los demás que son la mayoría de los alumnos no reciben ninguna práctica ni formación. Antes por lo menos se hacía un año de practicanato que de algo servía, ahora se reduce solo a la Residencia la práctica médica del recién graduado, que son muy pocos los que la pueden hacer.

Por otro lado acá se habló mucho de la relación médico-paciente pero nosotros nos enfrentamos con que un gran porcentaje de alumnos que se reciben tienen ellos mismos déficits psicológicos. Es decir que sugiero que la Facultad de Medicina cuide la salud mental del estudiante de medicina desde que ingresa a la Facultad. En estos momentos nosotros sabemos y todos lo saben, que los conocimientos psicológicos se adquieren fuera de la Facultad de Medicina, en grupos seleccionados, donde la adquisición de conocimientos es muy cara, en instituciones que se dedican a eso, siendo que la Facultad es la que tiene que dar esos conocimientos y por otro lado lo pueden adquirir alumnos que pueden hacerlo monetariamente. Es decir, siempre estamos frente al hecho de que la Medicina se hace bien para los alumnos que tienen dinero.

Por eso sugerimos que la salud mental de los estudiantes de medicina sea considerada desde que ingresa a la Facultad, porque si no nos vamos a encontrar con que una mesa examinadora de cualquier materia donde el alumno ya está pronto para recibirse emite un juicio de que tal alumno no puede ser médico porque es un neurótico por ejemplo. Pero ese alumno ingresó a la Facultad de Medicina aprobando las distintas materias, sin que nadie se ocupara de cuidar la salud mental de ese alumno. Entonces él muy mal puede tener una relación con el enfermo, si él mismo es un enfermo.

DR. KOZAMEH: Quiero hacer una acotación. La Dra. ha puntualizado un aspecto importantísimo y justiciero. Cuando yo estuve al frente del Centro de Salud Univ. que yo había creado, yo había empezado esa encuesta y efectivamente se encontraban grandes fallas de conducta y de ubicación social en muchos de los estudiantes, en forma tal que había recogido que el 15% no estaban perfectamente equilibrados en el medio. Les dio un ejemplo solamente; una muchacha que ingresa a Obstetricia, el psicólogo entre las preguntas comunes que tenía ya estipuladas le preguntó por qué estudiaba obstetricia, la respuesta fue ésta "yo estudio obstetricia porque se gana mucho dinero con poco esfuerzo. Ud. sabe lo que se pagan por los abortos?" Esto está documentado en una ficha, que es una de las tantas de ese tenor. Yo estuve tentado de no darle el certificado para entrar, porque me parecía más grave y más contagioso que una tuberculosis que no recibe el certificado.

Estimo y perdonen la insistencia, que todos estos aspectos servirán de base para la elaboración de los planes.

DRA. MARTINEZ: Yo quería agregar que esta reunión que ya está significan-  
do una disociación de lo que es orgánico y de lo que es psicológico, a  
lejado un poco de lo que se definió al principio como una conducta que  
abrazaba todos los aspectos sociales, psicológicos y orgánicos, porque de  
entrada se mencionó el hecho de que los médicos que se dedican a la salud  
mental van a participar de otra reunión. Yo creo que en toda cátedra de  
la Facultad de Medicina, los médicos que se dedican a ello deben estar  
integrados de entrada a estas reuniones.

DR. VIEYRA: El propósito por el cual se hicieron estas reuniones separa-  
das es un poco el reconocimiento de una situación histórica. Ya bastante  
triunfo es que desde las distintas áreas de la Medicina Interna puedan  
convergir a una reunión y conversar integradamente. Pero yo había anun-  
ciado al principio que después se harían reuniones de grupos comunes y  
el de Salud Mental va a estar después en todas las que se hagan en todas  
las demás áreas.

DRA. MARTINEZ: Claro, porque nosotros desde hace años reconocemos una  
división fundamental que es la calle Suipacha y nosotros sabemos que a  
diario nos encontramos con enfermos que debemos tratar nosotros y no la  
calle Suipacha. Y me refiero a casos específicos y tan comunes como pueden  
ser el alcoholismo, si le va a ver un gastroenterólogo a un psicótico,  
etc.

DR. AIELLO: Yo quería opinar algo acerca del problema de considerar qué  
médico queremos formar. Creo que hay que reconocer que el médico que me-  
jor podemos formar es lo máximo que llegado el momento somos nosotros.  
Es decir que los alumnos como los hijos aprenden con el ejemplo y desde  
la fábula del cangrejo se sabe que el cangrejo va para atrás y el cangre-  
jito no quería ir para atrás. Parece una cosa tan grave que el que  
estudia obstetricia haya querido seguir la carrera para lograr un medio  
fácil de ganarse la vida sin esfuerzos. Y yo pregunto: cuando empezamos  
nosotros nuestra carrera cuántos no tuvimos también ese tipo de ambición,  
verdaderamente cuántos la hemos cambiado con sinceridad o la seguimos te-  
niendo un poco disimulada?...

DR. KOZAMEH: Pero haciendo abortos criminales?

DR. AIELLO: No, eso no, pero operando 3 o 4 veces más que los enfer-  
mos que hay que operar, con una mortalidad del 1% o 2% quizás sí.

Luego la Dra. quiere mandar a los estudiantes a estudios psicológi-  
cos o cosa parecida, pero no sé por qué vamos a estudiar al estudiante  
solo y no al grupo formado por estudiantes y docentes. Hoy la psicolo-  
gía una de las primeras cosas que dice es que cuando alguien no anda bien  
el grupo donde está esa persona es a quien habrá que estudiar.

DRA. MARTINEZ: Yo me referí a cuidar la salud mental del estudiante.

DR. AIELLO: Bueno, cuidar la salud mental de los profesores no sería una mala idea.

Imhoff

Después, por ejemplo opinó que era delictuoso lo que hacían los estudiantes que sin tener título habilitante estaban practicando en algunos sanatorios. Creo que el delictuoso es el dueño del sanatorio porque está explotando a esos estudiantes que no tienen de qué vivir.

DR. IMHOFF: El delictuoso es el sistema, no tengo dudas, porque el sistema permite que haya individuos que sean dueños de un sanatorio, que permite que ocurra eso. Es decir, la madre del borrego es el sistema. A eso combate, yo no combato a ningún individuo.

DR. AIELLO: Yo quería aclarar una cosa que dijo el Dr. Laudano también, porque a mí me toca un poco directamente, yo no creo que haga falta una dedicación exclusiva para poder enseñar en la Facultad. Mi maestro y mi único maestro que se puede decir que tuvo en la Facultad fue el Prof. Silberstein, el cual no se caracterizaba por venir demasiadas horas a la Facultad, pero Silberstein antepone la cátedra a sus otros intereses personales, al ejercicio privado de la medicina e incluso los antepone a sus otras cosas como persona. Yo opino que entre un médico que venga durante 2 o 3 horas y anteponga todo en beneficio de la cátedra y un médico que esté full-time porque lo interese más su progreso personal, cuál es mejor clínico o mejor docente? No creo que dependa solamente de las horas que se quedó acá.

También se ha hablado de la relación enfermo-médico, de la relación docente-alumno. Yo creo que esas relaciones son directamente de distintos tipos de relaciones interpersonales y para tener una buena relación interpersonal con alguien, con cualquiera que sea, hay que ser buena persona, si no es imposible tenerla. Me gustaría referirme un poco a la relación docente-alumno porque a mi criterio la actividad y la enseñanza tiene características muy particulares, por empezar es una acción totalmente transitiva. Es decir que no puede enseñar el profesor si no ha habido alumnos que hayan aprendido. La medida de la enseñanza, su cantidad y su calidad está dada por la cantidad y la calidad de lo que ha aprendido el alumno. Es decir que todo lo que uno constata que los alumnos saben, tenemos que entender que nosotros se lo hemos enseñado. En ese sentido, en Medicina, creo que la cantidad y la calidad tienen una relación bastante inversa, porque existe el profesor que tiene tendencia a que el alumno acumule cantidad, o sea que acumule información, en cambio hay pocos que quieren que acumule calidad, es decir que acumule elaboración conceptual.

Acerca de acumular información, por más que la información sea verdadera, yo la comparaba a la guía de Teléfonos de Amsterdam y ahora

que me estoy independizando culturalmente la compare con la de Buenos Aires, que son cuatro tomos llenos de información variada, pero sin ningún conocimiento, ya que el conocimiento es una cosa dinámica, variable. Eso el alumno tiene que entender que la información le tiene que servir para formar el conocimiento; una vez que se adquiere el conocimiento, la información no tiene ningún sentido, se la puede olvidar.

Ahora bien, al alumno se le tiene que hacer comprender esa relación de dependencia que el profesor tiene para con él, que si él no aprende es el único culpable. La tarea del profesor no es transmitir conocimientos, porque toda transmisión se pierde energía. Lo que tiene que hacer el profesor es estimular al alumno, guiarlo, instarlo, para que por su cuenta conozca, es decir, elabore su conocimiento.

Por otra parte el alumno con el profesor, su relación con él (y yo lo digo por experiencia propia), se puede definir solamente como una relación de colaboración en que ambos están compartiendo una tarea que fundamentalmente es la de aprender. Los alumnos fundamentalmente aprenden, pero también enseñan y los docentes fundamentalmente enseñan, pero también aprenden.

Además es indudable que conocer es una cosa y el conocimiento otra. Ortega y Gasset dice que el conocimiento es "un instrumento para aprehender la realidad. Yo lo digo gráficamente, si allá hay una bandeja de masas, el conocimiento es una pinza que está para agarrar la masa, pero después que tengo la pinza y tengo la masa, tengo que comerme la masa y tirar la pinza. Y hay gente en cambio que come la pinza y tira la masa. No utiliza el conocimiento para ver la realidad, sino que adapta la realidad a su conocimiento.

Una vez que uno ha formado su verdadero conocimiento es que tiene (aunque es una palabra pasada de moda) sabiduría, que quiere decir saber hacer. Eso desde la primaria, el alumno conoce la letra y sabe leer, el alumno no conoce la table de multiplicar, pero sabe multiplicar. Conocer es una cosa y saber es otra.

Ahora bien, nosotros a los alumnos lo que le tenemos que enseñar es a que sepan hacer. En ese sentido yo siempre insisto en la parte de oficio que tiene la medicina. A mí de las definiciones que he escuchado sobre medicina, la que más me gusta es la de David Staffieri "ciencia muy difícil, arte muy complejo, oficio muy humilde" y la de que dice que la medicina no es el arte de curar las enfermedades, es el arte de estar con el enfermo tratando de aliviarlo, de acertarle la enfermedad o en caso de ser esto imposible, de dejarlo más contento a él y a la familia. Es decir que cuidar el enfermo sigue siendo todavía para mí el hecho fundamental de la medicina. Y eso es lo que el alumno tiene que aprender, aprender el oficio, que lo va a aprender viendo que el médico hace el oficio en la Facultad.

Ahora eso de aprender el oficio tiene que relacionarse como se ha dicho acá con sus obligaciones reales y presentes, en relación con la sociedad que lo cubija. Pero si nosotros pretendemos seguir enseñándoles los mismos valores de ética profesional de hace 20 o 30 años, al médico de hoy, diría que estamos cometiendo un error bastante poco inteligente o sino una negligencia culpable.

Sobre la actividad asistencial e investigación, hay una cosa fundamental que todo médico, yo diría que toda persona tiene que investigar y es investigar la realidad, porque hay una primera investigación que se puede hacer inclusive sin experimentos, que es investigar la realidad. Es decir, cuando cualquier médico le da a un enfermo un tratamiento, cuando el enfermo viene a los 15 días lo que hace ese médico, si es médico verdadero, es investigar. E investigar en ese caso es ver si está mejor o está peor ese enfermo, si se equivocó o acertó en lo que le dio. O sea que la investigación es una cosa que para el médico tiene que estar permanentemente ligada al oficio.

Esta profunda diferencia de preparación que tenemos en la Facultad entre conocer y saber, para mí está dada por la diferencia entre la teoría y la práctica. Es decir, como dice el Decano de la Facultad de Buenos Aires nosotros mostramos en la práctica el 1 % de la medicina que se ve ... no lo llevamos al alumno fuera, no lo llevamos con nosotros ... uno actuó en base a ese problema de la enseñanza que tradicionalmente se distingue en teórica y práctica.

Se ha dicho mucho acá que los alumnos no conocen. Y claro, es difícil conocer, es imposible conocer. Todos sabemos, el alumno conoce del libro, conoce la teoría del conocimiento. Si no la ha vivido, si no lo ha hecho, si no ha aprendido a hacerlo, se lo olvida; o sea que al final no lo conoce.

Es decir que no hay dos formas de conocer: una haciendo y otra no haciendo, sino que hay dos formas de hacer: conociendo o no conociendo. Porque el que conoce y no hace, no conoce. Es decir, fundamentalmente al alumno tenemos que hacerlo hacer. Si hace conociendo, mejor. Pero que conozca sin hacer es tiempo perdido.

En base a ese tipo de concepto, yo ya desde que entré de profesor había planteado que nosotros considerábamos la enseñanza en la enseñanza teórica y práctica. Llamamos enseñanza teórica cuando se da la información más o menos ordenada y esquematizada sobre conceptos, teorías y maniobras; incluso una comprensión de todo el tema en conjunto. Y enseñanza práctica tendría que constituir la aplicación práctica de la enseñanza teórica. Pero la mayoría de las veces lo que hace el alumno es ver cómo el docente practica.

Por otro lado muchas veces la enseñanza práctica consiste en dar los fundamentos teóricos de la práctica.

Y quiero que quede claro, yo creo en la enseñanza práctica, pero qué es lo que se practica? se practica la teoría y la teoría es lo que lleva a la práctica. Es irreal <sup>querer</sup> que el alumno practique, cuando todavía no sabe. Tiene primero que aprender la teoría indispensable, tiene que saberla y recién después podrá empezar a practicar.

Yo propongo que a la enseñanza actual la denominemos de dos formas: enseñanza real y enseñanza irreal. La enseñanza real es enseñar lo que la realidad muestra, como la realidad muestra, en el momento <sup>en</sup> que la realidad muestra, referido a la circunstancia de una materia de tipo clínica. En este sentido, enseñar tendría que implicar en forma conjunta mostrar, hacer comprender, hacer participar y aceptar la colaboración de los alumnos en nuestra tarea de asistencia clínica hospitalaria.

Por lo tanto el esquema de tareas a realizar en el hospital no puede seguir dividido en asistencia y docencia, sino en docencia teórica o enseñanza teórica y asistencia, que lleva implícita la enseñanza práctica.

También la enseñanza teórica debe ser dada en forma sucinta, antes de comenzar la enseñanza práctica, transmitiendo todos los conocimientos necesarios para comprender lo que se hace. Pero hay que evaluar bien los conocimientos y que sean conocimientos teóricos indispensables, porque el alumno lo que necesita es comprender el proceso fisiopatológico. Ahora los que enseñan teoría deben enseñarla bien, primeramente enseñar lo que se sabe seguro y no como sucede a veces que se enseñan ocho teorías distintas patogénicas de una enfermedad que no se sabe cómo se produce.

Finalmente, cuando se habla de la relación médico-enfermo, yo quería insistir en algo, no quiero entrar en discusiones metafísicas acerca de lo que es la enfermedad. A mí me causa una impresión un poco desagradable de que se emplee nada más que la palabra salud y que ya no se emplee más la palabra enfermedad, porque además de todo lo nuevo y de hacer medicina preventiva, todavía la medicina es el oficio de atender el enfermo. Y hay dos cosas que en ese sentido a la medicina le han caído mal: la ciencia es una cosa nueva en medicina, tiene 100 años. Está bien que no existiendo mucho el espíritu científico existe. Ahora, el espíritu científico ante el enfermo es el espíritu clínico, adaptarse a la realidad. Pero como D. y Gasset dice, cuando se termina la ciencia.

Es decir, eso también hay que enseñar, no pretender que siempre hagamos las cosas científicamente, porque eso lleva a la conclusión que uno ve todos los días, cuando un enfermo canceroso está desahuciado ningún médico lo quiere atender porque no lo puede curar.

Entonces yo creo que en este asunto de la salud, aunque yo estoy muy de acuerdo en prevenir la salud y todo, pero no perdamos ni nos olvidemos : que el médico es una persona que está dedicada a curar la salud

enferma, porque por muchos años yo creo que todavía tendremos que seguir curando las enfermedades.

En ese sentido creo que la Medicina un poco se ha dejado de preocupar, incluso, de lo que es la enfermedad, porque al final yo considero que la enfermedad es la complicación biológica de cada individuo, como hay otras complicaciones que son sociales, etc. ...

que son las complicaciones, que son las cosas que nos ocurren como persona; no cuando uno anda bien, sino cuando anda mal. Y nos preocupamos los médicos cuando un enfermo tiene una enfermedad de ver cómo queda la persona después de la afección? Incluso, en aquellas enfermedades de tipo crónicas que es muy importante la psicología del enfermo, no en el sentido de que se sienta enfermo, sino de que no se sienta enfermo.

Yo por ejemplo a los diabéticos juveniles les digo que si ellos están bien tratados, a ellos les falta la insulina del páncreas, lo cual tiene el mismo significado que si les faltara un ojo o si tuvieran una pierna de palo. Tienen una lesión, no una enfermedad. Es decir, en vez de considerarlo curable, lo considero no enfermo, depende de cómo se trate él, de cómo se cuide para que eso fundamentalmente sea nada más que una lesión y no sano o no sano, o sea una enfermedad.

Todos conocemos por otra parte que hay enfermedades que al final el pronóstico no depende tanto del plano estructural, sino del tipo de persona que lo tiene, por ejemplo lo que yo considero de un infarto en un hombre de 60 años que tiene una madurez psicológica de 30 se va a morir al año, porque no se va a querer curar. Es el clásico viejo verde, que está muy bien empleado, porque está como la fruta, está verde todavía a pesar de haber pasado mucho tiempo.

Es decir, hay enfermedades que el pronóstico lo da el tipo de persona que tiene la enfermedad.

Todo esto lo decía W. Osler que era el maestro de mi maestro, que; decía eso es lo relativo del método científico en clínica, es mucho más importante y el médico debería darse cuenta cuál es la persona que tiene la enfermedad y no la enfermedad en sí.

DR. BEREZOVSKY: Sin duda me ha resultado muy interesante escuchar lo dicho por mis colegas. Considero que es sumamente necesario que nuestra Facultad o incluso que todas las facultades periódicamente se planteen el cambio de su sistema curricular, en función de muchos factores. Primero, la evolución de la medicina propiamente dicha. Segundo, cambios en el desarrollo industrial que reclama médicos con conocimientos de la nueva patología laboral, en nuestro medio especialmente. Tercero, nuevas modalidades en el ordenamiento social del país. Para mencionar : los más importantes que en este momento justifican a nuestra Facultad que se aboque al cambio curricular.

En nuestro plan de estudios no existe una evaluación exacta de qué

aprende cada estudiante, de qué es lo que sabe, de cómo se encuentra, de manera que el profesor que tiene que enfrentarse a una materia- y hablo específicamente de clínica médica, -por ser la materia en la cual estoy trabajando ahora- me encontré cuando me hice cargo de la cátedra hace 3 años con <sup>ese problema de</sup> que no sabían como para organizar un sistema de enseñanza desarrollado, de metodología científica, me encontré que hacían falta muchos elementos.

En primer lugar la Facultad no me decía qué médicos debemos formar. Y en primer lugar para desarrollar la enseñanza tengo que saber qué médico tengo que formar.

Segundo, qué conocimiento trae el estudiante cuando llega a Clínica Médica? Cómo debía enseñar una patología si él no conoce su sintomatología, su signología y su semiología? Cómo le voy a enseñar a razonar si no sé qué elementos conoce? Si conoce las técnicas auxiliares, si conoce laboratorio...

Y tercero, tenía que abocarme a elegir la metodología, previo reconocimiento del tiempo que pierdo y de lo que tengo que enseñar prioritariamente en este tiempo.

Es decir, yo les voy a referir una experiencia, realizada en la cátedra, que puede ser que aclare en cierta medida algunas inquietudes que aquí se han planteado, debido a que se han puesto en práctica muchas de las inquietudes planteadas por los colegas que me han sucedido en la palabra. Me voy a limitar a referir a relatar una experiencia realizada durante 6 ciclos lectivos. Nosotros tuvimos que hacer nuestra propia definición sobre qué médico queríamos formar y pensamos que queríamos formar un médico clínico general, por supuesto con un enfoque somatopsíquico del enfermo e imbuido en la función social que el médico indefectiblemente debe desarrollar. Con conocimiento de la patología prevalente; con conocimiento (y eso lo enfatizamos) de sus propias limitaciones. Con pleno dominio de la urgencia médica, con manejo en lo posible de la medicina preventiva y con información actualizada en métodos diagnósticos y terapéuticos- y digo "información"- para saber cómo derivar los enfermos y dónde debía derivarlos.

En función de esta primera definición sabíamos ya para nosotros y para el estudiante.

Al estudiante lo comprendíamos totalmente de nuestros objetivos, de nuestras definiciones. Es imposible que el estudiante trabaje si él trabaja por un lado y nosotros queremos otra cosa.

Destinamos mucho tiempo a que el estudiante se identifique o discuta con nosotros los objetivos trazados por la cátedra.

El segundo punto que se nos planteaba era ~~xxxxxxx~~ qué conocimientos traía el estudiante. Para ello confeccionamos una ficha de autoevaluación, en la cual teníamos muchos objetivos. Los más importantes eran cono-

cor, saber, ahí estaban todas las materias desarrolladas hasta ahora, con los temas principales que corresponden a cada materia, en las cuales tenía que venir a contestar si tenían conocimientos teóricos y si tenían conocimientos prácticos de cada uno de esos ítems enseñados, circulato- rios, respiratorias, etc.

DR. AIELLO: Todos los instructores tenían esos conocimientos? Los Ins- tructores de la cátedra sabían eso?

DR. BEREZOVSKY: Ya lo voy a contestar. Queríamos saber (dentro de esos conocimientos teóricos estaban clasificados en 4 categorías, A, B, C y D) qué grado de conocimiento tenían en lo teórico y qué grado tenía en lo prác- tico.

Luego teníamos las técnicas auxiliares de diagnóstico, que deberían ha- berse enseñado en cada materia, si había conocimientos teóricos y si ha- bía conocimientos prácticos y también su clasificación.

Luego las técnicas auxiliares de laboratorio, qué es lo que cono- cían teóricamente y qué conocían en la práctica.

Con esto en la mano, los resultados que obtuvimos, desgraciadamen- te fueron sumamente deficientes.

Los conocimientos teóricos, muchos de ellos, gran parte de ellos los habían visto, pero lo que ellos recordaban como se dijo aquí era muy poco. No digo que no se lo hayan enseñado, estoy diciendo lo que ellos re- cordaban.

De los conocimientos prácticos, realmente era lamentable ver la falta de conocimientos prácticos.

Incluso eso se mandó a Estadísticas, tomamos los datos estadísti- cos, Porque le hacíamos una ficha de autoevaluación cuando iniciaban y lo hacíamos una ficha de autoevaluación cuando se iban de la cátedra.

Para ver qué aprendieron en ese interin los mandamos a estadís- tica y Estadística nos informa que no hubo aprovechamiento en general.

Voy a volver a la ficha de aquí a un momento. Voy a tratar de ser lo más breve posible.

Luego, en vista de esta situación y considerando el tiempo que no- sotros teníamos para enseñar clínica médica, que es irrisorio, ocho sema- nas, nosotros aplicamos una metodología para enseñar clínica médica. Pen- samos que clínica médica, e incluso todas las materias clínicas deben en señarse con

Y para aprender, en base a lo que hemos visto que ha pasado hasta ahora, resolvimos utilizar técnicas grupales en la enseñanza de la medi- cina. Para eso nos reunimos primero el cuerpo docente y utilizamos desde el primer día la técnica grupal.

Es decir, en la cátedra no existe verticalidad, todo se resuelve, todo se hace en función del cuerpo docente, desde hace tres años.

Hicimos también un curso de pedagogía con un grupo que había antes de psicología, utilizando la técnica grupal, también para capacitar a los

instructores en el manejo.

Avieruo que no tuvimos la pretensión de usar una técnica grupal ortodoxa, de ninguna manera. Aplicamos algunas de las cosas de la técnica grupal en la enseñanza de la medicina, que voy a puntualizar enseguida y que fundamentalmente es la siguiente: Primero que el alumno debe hacer y efectuar su propio aprendizaje, debe ser un elemento activo en su aprendizaje. El es el que debe examinar al enfermo, hacer las hipótesis diagnósticas, formular los diagnósticos diferenciales, con la presencia permanente del Instructor que funciona nada más que como coordinador y orientador. Cuando el grupo se desvía, cuando el grupo desconoce el problema, él es el que actúa como coordinador. El estudiante está las 4 horas de la mañana con su enfermo. El 85% al 90% de la enseñanza es eminentemente práctica. Se dan 6 horas para cada paciente, en la sala, de manera que el estudiante tiene siempre tiempo de ir a su casa y estudiar a ese paciente en función de lo que le encuentra, es decir, motivado por su enfermo. Le repite todos los días, incluso los decimos antes de rendir, que no estudien por aparatos, que aprendan en función del interés que les despierta cada enfermo, que es lo único que queda.

Todo el esfuerzo nuestro se orienta a integrar al paciente y a refrescar, cada grupo con su instructor, en base a la autoevaluación reconoce las deficiencias de los 5 o 6 muchachos que están con él. Ellos analizan la ficha de pre-evaluación y cada grupo se maneja en forma distinta, cada grupo con su instructor tiene que desarrollar un programa de términos generales que se le entrega a cada estudiante el día que viene. Todo el programa de trabajo, qué entiende la cátedra por el médico que se quiere realizar, qué es la técnica grupal. Alumno por alumno recibe un plan de trabajo con todos los detalles de la técnica grupal. Qué significa la técnica grupal. Qué se le va a enseñar. Qué <sup>se</sup> pretende. Se eligen también los temas de cada aparato que se va a enseñar. Es decir, no se le va a enseñar ninguna enfermedad rara, se le enseña la patología prevalente en el tiempo que hay. Está terminantemente prohibido enseñar alguna enfermedad rara porque el tiempo no alcanza y hay que usarlo para la enfermedad prevalente de la clínica de nuestro medio. Esa es el aprendizaje que se debe hacer.

Además, hacen mucho consultorio externo, por lo que se dijo aquí, que el estudiante salía y tenía dificultades de manejarse en una forma un poco más rápida con el enfermo. Entonces hacen permanentemente consultorio externo, con gente experimentada, pero son ellos los que hacen consultorio. Se les da una cantidad de enfermos y ellos son los que revisan al paciente, ellos tienen que recetar, así que además de aprender trabajan. No son más receptores de enseñanza. Ellos discuten junto con el Instructor la problemática.

Lo mismo sucede en la sala. Se ha calculado el tiempo para hacer 20 historias clínicas, pero pueden hacer 28 o pueden hacer 17 o 18. Es decir, lo importante es que cada grupo trabaje de acuerdo a su capacidad y

y no forzarlos. Que se sientan motivados. A ningún estudiante se le toma presente y prácticamente nadie falta. Es decir que ellos tienen que asumir la responsabilidad de su carrera y de su estudio y de su autoformación.

Se trata de hacerlos ver que la medicina cambia, que cada 6 años se renueva en un 50 %, de que lo que hoy es cierto mañana no lo es y que ellos tienen que estar en la función activa, que deben ver el enfermo en ese momento como si ese enfermo fuera a su casa y ellos deben ir asumiendo ya la atención del enfermo. Y la asumen.

Por otro lado, en lo que corresponde a nosotros, recorremos todos los días comisiones, los informamos, conversamos con los estudiantes y también les damos seminarios prácticos. No existen más clases. El profesor no se sienta nunca de este lado de la mesa, sino que está en el grupo, forma parte del grupo. El los trae el caso y los estudiantes lo discuten, se trae la historia clínica y después se orienta la discusión, se sigue una metodología, cómo se trabaja, cómo se hace para enfocar un estudio clínico, cómo se hace para aproximarse a una hipótesis diagnóstica; y en función de ella qué análisis requiere.

También se necesita bastante patología para poder hacerlo. Y esa es otra gran problemática, se necesitan enfermos y lugares de trabajo para que 5 muchachos puedan estar con un jefe y tener una suficiente y diversa patología. Nosotros felizmente lo hemos conseguido porque con tres salas en el Clemente Alvarez y una sala en el Baigorria hemos distribuido los 70 muchachos ( a veces a 100 y a veces 120) con los Instructores (tenemos varios Jefes ad-honorem) y podemos felizmente tener un Jefe cada 5 o 6, nunca más de 7 y por excepción. Entonces el trabajo se organiza bien.

También tratamos de suplir, a los estudiantes que no saben por ejemplo poner inyecciones, que no saben poner suero, pueden venir a las 7 de la mañana y la enfermera le da lugar para que lo aprenda, no es una obligación pero se les facilita.

Se habló a los laboratorios de los dos hospitales para que (y eso se hace, aunque resulta a veces difícil) los enseñe a los que no tuvieron la práctica, que prácticamente son todos, algunas cosas elementales de laboratorio. Se los enseña un sondaje, se los enseña una punción, es decir las pequeñas cosas prácticas que son indispensables.

Otro punto que figura en la definición de médico y que es el conocimiento previo de las urgencias, nosotros ya lo vimos a esto hace muchos años cuando estábamos en el Hospital Centenario y venían los muchachos de la guardia desesperados a preguntar qué hacer, fue cuando hace más de 10 años iniciamos por primera vez, cuando yo estuve en Patología Médica, un curso de urgencia en Medicina, porque los muchachos estaban desesperados. Le damos un curso especial de urgencias en medicina a todos. Un curso práctico, discutido, no es práctico en el sentido de que le damos el enfermo, pero es teórico y discutido. Es decir, no es cuestión que se le informe y se le pregunte qué sabe de tal o cual cosa.



Y se hace un pequeño curso teórico de terapéutica además. Que no sé si corresponde a la cátedra, pero nosotros no podemos manejarlo con lo que corresponde o no corresponde, sino que tenemos que tratar de cumplir con la formación del estudiante en función de la ficha de autoevaluación que se le hace. Y entonces se les hace un pequeño curso de terapéutica. No le damos más de dos o tres medicamentos por enfermedad como máximo, pero explicándoles con plenitud la hiatrogenia y los inconvenientes de cada uno de los medicamentos. Y además los decimos qué deben manejar, qué deben hacer y qué no deben hacer.

Ayer por ejemplo le dimos en la mesa de urgencia, qué era de infarto de miocardio, paro cardíaco, shock; y se quisieron poner hablar de shock, de fisiopatología, y les dije "miren, no están en condiciones de tratarlo; les decimos dos o tres palabras para darle información", lisa y llanamente. En terapéutica de las leucemias, citostáticos y demás les decimos "miren; eso hay tiempo, Uds. lo pueden derivar y ahí pueden aprender" y en ese tiempo les estamos mostrando las cosas más importantes que van a encontrar todos los días y le damos algo de terapéutica. Le damos información de lo nuevo que existe, no para preguntar sino para que sepan dónde derivar...

DRA. MARTINEZ: Doctor, y quién trata el shock en el enfermo internado. Desgraciadamente son médicos recién recibidos que hacen la guardia, entonces no saben controlar un shock.

DR. BEREZOVSKY: Hay un médico, un Jefe de Servicio en todas las unidades de Terapia Intensiva que le van a indicar qué deben hacer.

Además en todos los servicios existe una sistemática. Nosotros tenemos una unidad y la unidad tiene una sistemática para que el que caiga en la unidad pueda seguir esa sistemática hasta tanto venga el Jefe que la pueda hacer. Ahora si hay servicios que no tienen una sistemática o no tienen quién los atienda y queda todo a cargo de ellos, yo me eximo de eso porque es una irregularidad.

DRA. MARTINEZ: Pero es la realidad.

DR. BEREZOVSKY: De todas maneras yo no digo que el estudiante no debería saberlo, pero creo que hay cosas que en 2 meses Ud. está obligada a elegir lo más importante y no hacer una enciclopedia del médico. El médico tiene que tener el conocimiento de sus propias limitaciones y es fundamental.

Además, esa es una técnica dinámica, no hay nada fijo, nosotros hemos modificado el sistema una enorme cantidad de veces. En un comienzo dábamos las clases por la tarde, las clases teóricas de Terapéutica, los estudiantes dijeron que no tenían tiempo para ir a clase y lo modificamos. Teníamos horas determinadas para consultorio, los alumnos decían que no y lo modificamos. Dos veces por semana nos reunimos con los estudiantes y discutimos la marcha del plan de estudio en mesa de trabajo. Desde hace tres



años estamos haciendo dos voces por semana. Yo los doy 4 días de seminario, dos horas cada uno y los primeros 15 o 20 minutos discutimos cómo va el trabajo. En un comienzo hay dificultades, el estudiante no se anima, a los pocos días el estudiante se anima y plantea los problemas. Hay un problema de que un Jefe no puede llegar a determinada hora, hay el problema de un Jefe que tiene que hacer al mismo tiempo labor asistencial, cómo se resuelve?, en fin, hay problemas todos los días, que se van resolviendo y el estudiante se compromete, conoce la dificultad, conoce el problema y el manejo se hace mucho mejor, no se siente frustrado y es un colaborador muy efectivo, extraordinario para la marcha de la tarea.

Conjuntamente trabajamos. El estudiante tiene que saber que es el objetivo de la enseñanza y él forma parte del estudio del plan de estudio. Tanto es así que nosotros al final del curso, además de hacer otra ficha de <sup>auto</sup>evaluación, hacemos sistemáticamente una ficha de evaluación, que también se las vamos a traer, en la cual el estudiante evalúa los métodos de enseñanza y sugiere todas las modificaciones que cree conveniente, que a mí me resultó muy útil. Eso también los primeros años lo mandamos a estadística y que nos sirve a nosotros de gran información, a pesar de que ahora ya nos resulta menos útil porque hemos conseguido hacer una relación con el estudiante que él nos dice tranquilamente las dificultades y los problemas, es muy poco lo que agregan esas fichas sin firmas.

Quería agregar una cosa en este momento, aunque no está muy hilvanado con lo que estoy diciendo: se habla mucho de la relación médico-paciente y creo que se debería hablar mucho de la relación docente-alumno. No podemos pedirle al alumno que tenga una relación humana, clara llana con el paciente si el docente no la tiene con él. La única forma de enseñar y ya alguien lo dijo acá es con el ejemplo, con la práctica. Si el alumno se siente tratado como ser humano, si el alumno puede intervenir, puede trabajar y puede elaborar, se siente comprendido, el alumno transmitirá por carácter transitivo esa actitud aprendida con respecto al paciente.

Yo pienso que puede tener más conocimientos psicológicos. También lo tiene que tener el docente. Pero creo que hay una cosa muy importante, que es conocido desde hace mucho tiempo y por todas nuestras madres y es la parte humana, la autenticidad del médico con respecto al paciente, es fundamental. Siendo auténtico, queriendo a su profesión, identificando la función social que cumple, el médico va a ayudar al enfermo en la medida de sus posibilidades. No podemos hacer de cada médico un psicólogo, porque es una especialidad distinta, como no podemos hacer de cada médico un cirujano. Podemos hacer que él reconozca cuando el paciente tiene una problemática que no puede resolver él ayudado con su buen criterio, con su espíritu humano, con su espíritu solidario, con su identificación con el enfermo, deberá derivarlo al especializado que es el que va a resolver el problema en la medida de lo posible, dado lo costoso que es ese tipo de tratamiento. De todas maneras pienso que el médico debe tener una mejor formación psico-

lógica que la que tiene.

DRA. MARTINEZ: No sería tan costosa si se hiciera en el hospital. Son costosos precisamente porque son privados.

DR. BEREZOVSKY: Me refiero al paciente no al médico en sí

DRA. MARTINEZ: Claro, eso digo.

DR. BEREZOVSKY: Otra cosa que le preguntamos al estudiante es si sabía buscar bibliografía y prácticamente ninguna, desde comenzó este curso, levantó la mano indicando que sabía. Por eso desde hace tres años la cátedra les enseña a hacer monografía, con la única finalidad de que sepan buscar información para el mañana. Al comienzo cada alumno tenía que presentar una monografía. Los estudiantes protestaron y con razón, porque les llevaba mucho tiempo. Después todo el grupo tenía que hacer una sola monografía, también protestaron. Entonces ahora por lo menos se les enseña cómo hacer una monografía, sin hacerla, porque el tiempo no les alcanza; es decir, tienen que ir a la biblioteca por lo menos a aprender a buscar en una ficha y se les demuestra que no es difícil. Realizado también esto por el concepto de que el médico debe trabajar por su cuenta y tiene que estar informado, por eso forma parte del plan de trabajo.

No quiero extenderme demasiado en el plan de trabajo, solamente quiero enfatizar como un hecho de mayor trascendencia en lo que muestra nuestra experiencia, primero; que toda cátedra que hace una tarea tiene que conocer el material humano, conocer los alumnos de su cátedra. En segundo lugar tiene que trazarse objetivos claros y fundamentales por el corto tiempo que tiene. Y en tercer lugar tiene que utilizar la metodología que crea más adecuada.

Nosotros queremos dejar sentado que nuestra experiencia con la metodología grupal, en la cual fundamentalmente el estudiante es el elemento activo y aprende por sus propios medios, nos ha dado muy buenos resultados. De hecho nuestra experiencia, (que es bastante dilatada, casi 20 años, es decir, más de dos décadas dedicadas a la enseñanza) nos dice que este tipo de método a nosotros nos ha dado un resultado excelente, con relación a los otros.

Con respecto a la evaluación: ese sistema de trabajo no concuerda con rendir exámenes, no concuerda con sentarse en frente y tomar pruebas como un enemigo. Nuestra pretensión, lo dijimos en la clase inaugural, era llegar al momento en que el estudiante no tuviera necesidad de rendir, pasarse tantos meses con su instructor y con el cuerpo docente, el profesor o el adjunto que ya los conoce, porque lo ve permanentemente, reunirse y decirle "Ud. se puede promover, Ud. necesita una semana más, Ud. necesita 15 días más".

En este sentido nosotros actualmente hacemos evaluaciones conjuntamente con los Jefes de Tr.P.- esta vez tuvimos algunos inconvenientes, por

la campaña de vacunación y demás, a pesar de que las autoridades nos permitieron prolongar las clases- y esta evaluación es fundamental, primordial, pero como la exigencia está en la mesa, entonces nos reunimos con los estudiantes y los preguntamos exclusivamente lo que se enseña y lo que consideramos como objetivos fundamentales, los cuales hemos mencionado acá. Y hoy por ejemplo vino un estudiante y me dijo "necesitaría 15 días más por que no estoy en condiciones de rendir". O sea, hay que ver como se autocalifican y a veces se autocalifican menos de lo que realmente son, lo cual es un triunfo. Entonces yo le dije "vé a hablar con las autoridades, yo no tengo inconveniente, yo no me voy de vacaciones y no creo que nadie tenga inconveniente en hacerte una mesa de aquí a 15 días y quizás algún otro necesite 15 días más". Yo no tengo inconvenientes, lo que a mí me importa es que él aprenda y sea responsable.

Es decir que el estudiante no tiene que tener la idea de que estudia para rendir. El estudiante tiene que tener la convicción de que estudia para saber él.

Y estoy de acuerdo con lo que muchos dijeron acá de que lo teórico es importante pero se olvida si no está unido con la práctica médica. Y con la práctica médica no vista sino realizada, ejercitada.

Pienso que los muchachos deben trabajar por sus propios medios, con la orientación del docente, a eso da resultado. Se motivan y se motivan mucho. Y realmente pierden su omnipotencia y a veces la hacen frente a la situación del docente. A veces se deprimen, es una problemática, pero es una depresión útil, que hace que en la inmensa mayoría de los casos esa depresión resulte con una formación de reactivación de preguntarse qué debe hacer, cómo debe hacerlo y cómo debe formarse.

Y también vi-nieron a decirme los otros días "qué hacemos ahora?" y realmente sentíamos que la formación nuestra práctica es deficiente. Yo les contesté lo siguiente (ellos sintieron el impacto) "como no hay un año, los estudiantes no deben separarse de la universidad, deben mantenerse en contacto permanente y la cátedra les ofrece a través de todo su cuerpo docente, una relación permanente de post-grado". Mucha gente viene y trabaja en esa forma. Los que no pueden hacer una residencia médica, un internado, nosotros les ofrecemos las 3 salas del Clemente A. y la del Baigorria para que trabajen durante los 6 meses o durante todas las vacaciones, para hacer un poco de práctica a aquéllos que se van a otro lado. Es decir, son paliativos. Pero el muchacho siente el apoyo y tiene deseos y ganas de trabajar

Esta sería nuestra experiencia sintetizada. Nosotros hemos sido tomado un poco de sorpresa, si no yo hubiera podido traer algo en forma más explícita y mejor documentada. Pero estoy a disposición por cualquier pregunta que me quieran hacer.



DR. YELIN: Estas reuniones se van a repetir? Porque hay problemas que nosotros propondríamos a la gente del ciclo básico para que modifique en el dictado de sus materias y en segundo lugar cuáles son las modificaciones que debemos realizar nosotros. Incluso, en el ciclo básico creo que hay cosas para proponer modificar que consistiría <sup>creo que todos coincidimos</sup> en reducir la mentalidad enciclopedista del estudiante. Y por ejemplo Anatomía que enseñe sobre todo topográfica, a Fisiología que dicte la fisiopatología, a Microbiología que no enseñe cosas obsoletas como es el método de cultivo, a Patológicas que insista en la fisiopatología, a Química que enseñe la química del medio interno que es lo que lo va a ser útil al médico práctico y en Física sobre todo que no enseñe inventando un a nivel pulmonar para

Esto se podría estudiar en comisiones para transmitir a la gente del ciclo básico cuáles son las inquietudes para un cambio de la enseñanza.

Y en el ciclo clínico, todos coincidimos en la necesidad del reintegro de la semiología.

DR. AIELLO: Nosotros también consideramos que por lo menos Semiología vuelva a ser la materia más importante de 3er. año y habrá que reducir la importancia de las otras. Porque ni A. Patológica, ni Farmacología tienen la 5º parte de la importancia de la Semiología. Yo propongo personalmente que Semiología tenga una cátedra, una Sala de Semiología...

Y luego el año de internado, incluso he opinado que frente a cómo están las cosas, lo que corresponde es no seguir dando títulos sin hacer el prácticante. Creo que incluso legalmente en el curriculum existe y no está eliminado. Pero aunque legalmente se hubiera suprimido, es una barbaridad, es una enfermedad que alguien se reciba y la Facultad no sepa si ha visto un enfermo o no lo ha visto y que le dé el título de médico.

No estoy en contra del sistema de Residencias, existe en otros países, está en EEUU, está en Europa, pero en EEUU y en Europa habrá Residentes después que todo el mundo hizo un año de práctica.

Además el sistema de residencias tiene una cosa que interfiere con la enseñanza. Hace unos años al enfermo lo veía el Instructor directamente, entonces conocía bien a su enfermo, porque tenía la responsabilidad sobre el enfermo. Ahora nosotros no vemos directamente al enfermo, se lo pone en consulta tanto los instructores como uno-, no conocemos al enfermo, lo conoce el Residente. Pero el Residente no enseña. Entonces o que enseñen los Residentes o que los Instructores vean los enfermos y los traten, una de las.

DR. SANTHIA: Simplemente quiero proponer un método de trabajo, porque analizando las distintas exposiciones, hay niveles. Si hay coincidencia con respecto a las características que debe reunir supuestamente el médico que necesitamos, yo tengo por otra parte a través de las Jornadas y Congreso de

Educación Médica miles de definiciones. Incluso han sido suscriptas por profesionales de esta casa que han ido como representantes y todo quedó simplemente como una cita más y hay bastante experiencia al respecto. Sobre la base de eso cómo debe orientarse la enseñanza en el segundo nivel, en función de las apreciaciones que se han hecho acá y de los reportes.

Porque incluso hasta aquí hay también coincidencias con respecto a la base semiológica, con respecto a la integración y con respecto de materias del ciclo básico y del ciclo clínico.

En tercer lugar, el problema de la metodología de la enseñanza, que ahí significará definición de objetivos educacionales, qué pretende uno a nivel de información, qué pretende a nivel de comprensión, qué pretende a nivel de aplicación, qué pretende en el área de actividades de

Es decir, que se defina, porque precisamente de ahí surge lo prioritario, lo adicional, lo importante y lo relativo o subsidiario.

Además yo estimo que es importante que no divorciemos el sistema o lo que estamos proponiendo en materia de educación médica con el sistema de atención médica, porque si no vamos a continuar estableciendo una transición que ha distorsionado todo el proceso de la enseñanza y aprendizaje en función de lo que <sup>realmente</sup> acontece cuando profesionalmente tiene que actuar el egresado de esta casa. Eso hay que analizarlo también, porque hace al objetivo de la educación. Pero por etapas, porque si no es así nos vamos a perder.

DR. VIEYRA: Una de las metodologías de trabajo que propone la Comisión y que la Intervención hace suya es que de ahora en adelante los integrantes de esta reunión un poco sean el núcleo inicial a través del cual se discuta en profundidad todo lo que se ha aportado hoy y concretamente se transformen en la punta de lanza en sus respectivos servicios para la discusión en grupos de trabajo y por área de la orientación general de la enseñanza, de los contenidos de la enseñanza - en general primero, por área después - y en virtud de eso hacer planteos concretos para las modificaciones del curriculum, ya sea en la propia área de la Medicina Interna, de la Cirugía, la integración de sus aspectos psicológicos que Eneris Martínez planteó con una crítica muy saludable, la Medicina Preventiva y ese gran problema de las materias básicas. Y después, a partir de ahí sigamos aportando soluciones al problema del internado, del post-gradado inmediato y de todos los problemas conexos. Y lo que vos planteaste de la atención médica es vital. La educación médica se mediatiza a través de la atención médica como acá también todos coincidentemente dijeron. Entonces este problema tiene que ser discutido.

La Intervención aspira a que para mediados de diciembre ya haya una opinión concreta, a partir de esta reunión, dándose todas las instancias de discusión que Uds. planteen como necesarias, por área, por servicio o

incluso nuevamente en reuniones de este tipo y que ya a mediados de diciembre tengamos ideas claras sobre qué vamos a modificar y por qué lo vamos a modificar. Yo creo que ya por qué lo vamos a modificar lo sabemos bastante bien. Por eso lo que propongo es que de ahora en adelante todos Uds. se pongan a trabajar con sus respectivos grupos, analicen la orientación general de la enseñanza, contenido y después por áreas.

DR. IMHOFF : Hay un tema que creo que no tocó nadie y es el tema Hospital, que evidentemente es fundamental para la docencia. De ahí viene la necesidad que plantea Santhia (yo lo voy a dejar de tema de una próxima reunión) qué es un hospital, qué es la Facultad de Medicina y qué podemos pedir al hospital para que nos sirva como elemento de docencia. Nosotros en la cátedra tenemos planteado que necesitaríamos algunos epidemiólogos, de ahí que yo estoy totalmente de acuerdo de que cada cátedra, cada área debe tener su método epidemiológico, es decir, que la Universidad salga a la comunidad y no esperarla sentada en el hospital.

Nosotros en cardiología, por supuesto, porque tenemos enfermedades que se puede hacer una profilaxis como la arteriosclerosis o la hipertensión arterial, creo que sería interesante ver qué se puede hacer saliendo de la Universidad a la calle, también como tarea de grupos, con alumnos. Eso por supuesto en planes. Nosotros lo tenemos elaborado en la cátedra, no lo pudimos cumplir porque no teníamos estudios epidemiológicos, ni dónde trabajar. Pero, evidentemente nosotros, los integrantes de esta casa debemos salir para darle una confianza a la comunidad.

Yo planteo como tema de estudio, las bases de qué hospital pretendemos hacer y cómo debemos enfrentar el problema de nuestra salida a la comunidad. Y además si conviene, por ejemplo que ciertos cursos sean directamente como grupos operativos afuera de la Universidad, o qué parte de cursos se puedan dar afuera de la Universidad, si la Universidad podría dar los medios para hacer esos cursos. Es un problema que nosotros tenemos un planteamiento en la sala y que necesitaríamos por supuesto el aval de gente que conozca el tema con más profundidad que la que nosotros lo conocemos.

Quería aclarar una cosa porque me dolió un poquito, yo creo que las definiciones románticas como las del Dr. Staffieri de la medicina, a quien yo respeto porque hemos sido uno de sus últimos discípulos, ha perdido vigencia. El médico actual se define como trabajador de la salud. Y el trabajador de la salud produce, que es lo importante, produce cuando cura, cuando asiste o cuando alivia. Y se intenta introducir en la palabra asistencia la rehabilitación y la prevención de la enfermedad. Por eso cuando hablamos de arte, de ciencia, yo creo que son pensamientos de una época superada, donde con tres pavadas el alumno conoce perfectamente para qué está y que es un trabajador de la Salud. Y produce, porque en el momento actual, el elemento producción es fundamental y el elemento que produce

es remunerado. En definitiva es uno de los grandes conflictos del hombre. Y creo que dentro de una enseñanza universitaria no hay nada, específicamente nada que al alumno lo haga oscurecer la realidad socio-económica y política que vive nuestro país. Tema que debe ser tratado por la Universidad, como así también pienso que habría que agregar información, no sé dada por quién, pero pienso que hay gente muy apta en la Rca. Argentina, sobre qué es una metodología científica.

Nosotros con el Compañero Vieyra tuvimos la desgraciada experiencia de asistir a un curso de post-grado, donde un delirante paranoico nos dio epistemología o teoría del conocimiento científico, fue una experiencia terrible. Por eso la Universidad tiene que saber la realidad socio-económica y política que vive, para poner la gente que enseñe, para poner la gente que se adapte, que eso es normalidad.

En fin, yo propongo para la próxima discusión que veamos la función del hospital....

DR. AIELLO: Yo quería aclarar una cosa, arte y artesanía es lo mismo. Artesanía es la del obrero que hace bien una mesa y el arte del médico es la del individuo que se esfuerza todo lo posible, incluso más de lo que manda la Academia, por atender a un enfermo. Yo llamaría arte, si alguna vez hice algo artísticamente, cuando me internaron una acidosis diabética grave al mediodía y al día siguiente fue a la escuela ya; porque esa noche me quedé despierto y directamente lo fui controlando cada hora en vez de cada seis. Yo llamo arte, cuando vino un chico diabético bastante grave con una acidosis diabética, un 23 de diciembre, yo lo mandé a su casa con dieta libre, le puse insulina y fui yo a controlarlo a la casa, para que no se sintiera enfermo hasta el 2 de enero. Esa es la diferencia con hacer el oficio no más. Arte para el artesano es hacer lo mejor posible de la mesa y en el médico es hacer lo mejor posible en la atención médica.

\*\*\*\*\*

DRA. TRONCOSO: ...Yo querría que primero tratemos de abordar el tema partiendo del curriculum y después en una segunda etapa abordarlo a partir del plan de enseñanza. Y en último lugar la metodología de enseñanza. Porque si mezclamos todas las cosas no nos va a rendir tanto el trabajo. Yo propondría que el primer enfoque fuera el curriculum, en segundo lugar una vez diagramado el tipo de curriculum, el proceso de enseñanza, como se organizan las distintas áreas para el proceso de enseñar y al final, con mayores detalles, la metodología, porque eso ya es cómo enseñamos, la implementación. Y primero tenemos que saber qué queremos, cómo queremos hacerlo a esto y en última instancia cómo vamos a enseñar, la metodología de la enseñanza.

DR. IMHOFF: Yo quisiera que en la próxima reunión discutiéramos entre todos la labor asistencial que va conectada con la labor docente. Yo quisiera interiorizarme de todos los servicios, cómo funcionan, qué déficits tienen, cómo pueden plantearse las mejorías, porque hoy nos hemos dedicado nada más que a la función docente.

DR. TRONCOSO: Yo creo que aquí hay dos aspectos: un primer aspecto -que es insuslayable por parte nuestra- es que si nosotros estamos planeando un método de educación médica para formar profesionales de aquí en 6, 7, 10 años, al mismo tiempo que tenemos en cuenta cuáles son los conocimientos básicos que lo tenemos que dar por todo lo que se sabe de la fragilidad de nuestros conocimientos y cómo se van renovando permanentemente, tenemos que tener en cuenta para qué sistema de atención médica y para qué ejercicio profesional vamos a formar al médico. Y eso lo tenemos que tratar en todo momento. Creo que es un aspecto que debe estar integrado a nuestro trabajo de educación médica. Es decir que no podemos hacer educación médica si no tenemos en cuenta eso. Eso va a su inquietud.

DR. INHOFF: Si Dra, pero cómo no se habló del hospital, específicamente de los problemas que tiene cada área con el hospital, si pudiéramos perder 10 minutos expresando cada uno, para conocerlos, porque honestamente yo estoy muy contento de haber escuchado a cada uno su problemática, sus definiciones, sus soluciones al área de la docencia, pero no conozco la del hospital integral del área clínica, si se pudiera integrar así. Si pudiéramos perder ese tiempo en una reunión equis, para que cada uno traiga de su servicio lo que representa y cómo está funcionando. Cómo nos podríamos integrar. Yo quiero saber qué problemas enfrentan, qué asistencia brinda, los problemas existenciales de cada cátedra. Por ejemplo nosotros en cardiología tenemos un problema gravísimo asistencial. Y cada cátedra tendrá o no problemas. Yo quisiera saber cómo los van a enfrentar y cómo va a enfrentar la asistencia y la docencia junta en el plan de estudios. Está más o menos doctora en lo que Ud. decía.

DR. SANTHIA: Es importante porque por ejemplo el Dr. Berezovsky plantea cómo se desarrolla la enseñanza de Clínica Médica, los alumnos, etc. Sin embargo las estadísticas del Policlínico por ejemplo revelan que hay rechazo de pacientes y entre los rechazos, el área médica contribuye con una porción importante. O sea que son dos aspectos que habrá que concatenar los: qué es lo que pasa en la relación, entre el desenvolvimiento de la actividad docente y el desenvolvimiento de la actividad asistencial, sobre todo porque estamos funcionando con hospitales escuelas. Hay que andar con mucho cuidado.

DR. IMHOFF: Yo quiero decir un hecho práctico. En este momento se reciben en la cátedra nuestra por ejemplo 200 alumnos. Se crean las UDH y van a-

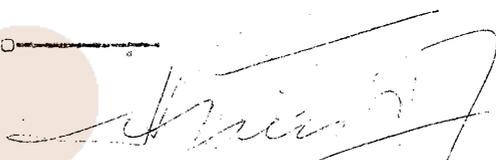
lunos a determinadas áreas. Por ejemplo, 40 al C. Alvarez, 20 a otro lado y nosotros nos quedamos con el resto. Es decir que nosotros nos quedamos con 150 alumnos para un nivel asistencial que es menor que el que recibe 10 alumnos. Es decir que ese es un grave problema. Entonces nosotros tenemos que ver nuestra realidad asistencial y qué hospital pretendemos.

DR. NANNINI: Creo que el problema es coyuntural porque eso se puede solucionar de muchas maneras prácticas, es decir que ya no es un problema esencial sino coyuntural.

DR. IMHOFF: Pero analizarlo por lo menos. Eso es lo que quiero. Yo no tengo la solución ni mucho menos, pero analizarlo por lo menos.

DR. BEREZOVSKY: Esa problemática, justamente que plantea Imhoff ya surgía hace muchos años, cuando uno tropezaba como ahora con muchos inconvenientes y tuvimos que salir extramuros. Pero había sistemas feudales y hace años que peleamos para que hubiera UDH. Hace muchos años que venimos viendo el problema de que no podíamos conseguir que un Profesor que tiene un servicio en otro lado llevara a los alumnos cuando uno aquí estaba con muy pocas camas y tenía que trabajar encimados, viendo el mismo enfermo, cuando el profesor que iba a enseñar era el mismo. Pero no se le permitía sacar los alumnos y llevarlos a otro lado. Nos es que allí fuera a ser enseñado por otra gente, el mismo profesor, el mismo docente, el mismo J. de Tr. Prácticos, si tiene un lugar donde hay muchas camas y puede enseñar, por qué no va a poder ir con los alumnos?. Es decir, hay que darle jerarquía docente y hay que utilizar todos los medios, porque el país no se puede dividir, ni decir "este hospital es de la Facultad, éste es Municipal, éste Provincial". Yo creo que todos somos una unidad, que el país es uno solo y la ciudad es una sola. Es decir que hay que aprovechar todos los medios disponibles para la enseñanza. Es la idea nuestra de hace muchísimos años. Y creo que es un criterio que va a permitir absorber muchos más alumnos y darles una mejor enseñanza práctica sobre todo.

ags

  
Adalberto Vicyra  
Secretario Académico

Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús

Aporte para la discusión:

## MÉTODOS Y TÉCNICAS DE EVALUACION

María Magdalena C. de de la Vega  
Curso de Semiología Clínica "Dr. Salvador  
Allende" - noviembre de 1973

La evaluación tiene que estar relacionada con los otros elementos del proceso aprendizaje-enseñanza y para eso partimos de los objetivos, es decir, qué es lo que queremos lograr del alumno, que se deben expresar en conductas deseables que queremos obtener del alumno.

Luego tendríamos los contenidos, que sería lo que se llama el programa.

Luego tendríamos los métodos y técnicas. Los auxiliares didácticos, la evaluación y la bibliografía.

Ese sería un esquema de planificación de trabajo de un área.

De acuerdo a las ideas que me sugirió el Dr. Hadad y las clases que observé intenté estructurárselas y darle más o menos una forma al trabajo que están haciendo Uds.

Yo les voy a leer esto que sería la parte de objetivos de este curso, los contenidos Uds. los sabrán mejor que yo, que es el programa que todavía falta estructurarlo; y los métodos y técnicas.

Los objetivos se dividen en objetivos de conocimiento, objetivos de hábitos o habilidades y objetivos de actitudes deseables. Es decir, que no tenemos que concentrarnos simplemente en el contenido de la materia que vamos a dar, sino en impartir estos conocimientos, en formar hábitos y habilidades y en desarrollar actitudes.

Conocimientos son modos de saber cosas. Sería todo lo que se refiere a la información.

Hábitos son los modos de hacer cosas.

Actitudes son modos de sentir.

Es decir, damos información, formamos hábitos y desarrollamos actitudes.

Esto hay que tenerlo en cuenta porque sino sucede lo que a Uds. les pasa a veces, que dicen "estudié cardiología y nunca ausculté un enfermo". Qué quiere decir, que a Uds. se les dio la información, se les puede haber dado la bibliografía, Uds. estudiaron, se les dieron charlas, se dio clase magistral, pero no se formaron los hábitos, no se les enseñaron los modos de hacer las cosas.

Yo les voy a leer rápidamente los objetivos de este curso, que van a determinar los métodos y técnicas. Y los métodos y técnicas /

van a determinar la forma de evaluación.

Porque yo no puedo proponerme un objetivo, enseñar de un modo y evaluar de otro. O sea, yo no puedo enseñar con un método y técnica y pretender que en el examen final o en la evaluación se use otro método o técnica de evaluación, porque eso no sería una conducta honrada del Profesor, enseñar una cosa y pretender otra del alumno. Por eso les estoy haciendo todo este esquema.

Esto a veces lleva por ejemplo al tipo de clase donde el objetivo es informar al alumno, el método y técnica es la clase magistral simplemente y la evaluación es simplemente un examen donde se pide al alumno información o mejor memorización de un tema.

Lo que yo preparé del curso que Uds. están haciendo es lo siguiente:

En cuanto a objetivos generales en materia de conocimiento:

Ayudar al estudiante a adquirir los conocimientos de Semiología Normal y Patológica para el diagnóstico.

Ayudar al estudiante a adquirir las técnicas y recursos generales para el diagnóstico, es decir, instrumentarlo.

En cuanto a hábitos y habilidades:

Establecer hábitos esenciales de autoeducación continua.

Establecer hábitos de exactitud en los procedimientos diagnósticos.

Establecer hábitos en el uso de las técnicas requeridas para la práctica. (Como Uds. ven en los conocimientos digo "información de técnicas", en hábitos "el uso de las técnicas").

Establecer <sup>hábitos</sup> de trabajo en equipo comunitario en la institución.

Establecer hábitos de consideración en el trato con el paciente.

En cuanto a las actitudes:

Desarrollar actitudes de respeto al paciente como ser humano en su totalidad.

Desarrollar el deseo de aceptar la responsabilidad clínica hacia el problema del paciente en relación con su salud.

Desarrollar actitudes positivas hacia sus obligaciones con la comunidad como médico y respeto por los derechos y dignidad del paciente.

Desarrollar la honradez intelectual y altos valores éticos sociales.

Desarrollar el deseo de ayudar a resolver las necesidades sanitarias de la comunidad.

En cuanto a los objetivos particulares, los dividimos en objetivos de las clases teóricas y las prácticas. Y los métodos son diferentes en las clases teóricas y en las prácticas.

En cuanto a las clases teóricas sería tender a la autoeducación a través de la lectura crítica y la evaluación de la información y a través del método científico en el acercamiento a los problemas médicos.

Hacer que el estudiante desempeñe un papel activo en la adquisición de la información, que eso es lo que yo creo que están haciendo Uds.

Desarrollar en el estudiante la capacidad de ubicar información, evaluarla, organizarla y estructurarla convenientemente, para la exposición (que son las clases que Uds. dieron).

Y adquirir el vocabulario técnico específico adecuado.

Estos objetivos llevan a que las clases teóricas se desarrollen de este modo.

Las clases teóricas permitirán la participación activa del estudiante.

Forma de trabajo:

Los estudiantes buscarán la información guiados por el profesor y/o personas especializadas.

Identificarán información, la relacionarán incorporándola a previas generalizaciones.

Integrarán datos, evaluarán los datos, etc.

Luego, informar al grupo sobre su investigación, (que es la parte de la exposición de Uds.) .

La exposición del alumno será seguida por la corrección, ampliación y comentario del experto o especialista.

El grupo formulará preguntas al expositor y/o al profesor sobre los puntos anteriormente tratados y darán nuevos aportes.

El profesor se encargará de seleccionar los temas o áreas en que se trabajará, Ubicará elementos y fuentes de consulta. Dispondrá locales, elementos de trabajo y horarios.

Esto en cuanto a las clases teóricas que han dado Uds.

En cuanto a los objetivos de las clases prácticas:

Adquirir destreza en la preparación de las Historias Clínicas .

Adquirir técnicas adecuadas para el diagnóstico, para la interpretación de signos y síntomas., en el establecimiento de un diagnóstico razonado.

Adquirir destreza en interpretar pruebas esenciales de laboratorio.

Capacitar para requerir e interpretar análisis hechos por especialistas. (Es decir, no sólo interpretarlos, sino saber cuáles hay que requerir).

Aprender el manejo de la relación médico-paciente.

Estos objetivos de las clases prácticas, llevarán al método de trabajo de las clases prácticas, que es el siguiente:

Planificación de experiencias y prácticas adecuadas para lograr destreza. Es decir, habilidades o destrezas.

Lograr Historias Clínicas exactas mediante la adecuada realización de examen físico y la utilización de instrumentos adecuados. Es decir, el manejo de todos los instrumentos que Uds. tienen que aprender durante este año.

Recopilación de datos mediante el ejercicio de la observación y el registro de ellos a fin de dar una apreciación de diagnóstico válido.

Interpretación de los hallazgos.

Ejercitación de técnicas requeridas para la práctica exitosa.

Aplicación de las técnicas en situaciones concretas.

Un primer paso sería presentación de casos, formulación de preguntas, discusión del problema y llegar al primer diagnóstico.

Luego, obtener datos del Laboratorio, etc. llegando a un segundo diagnóstico o a un diagnóstico definitivo.

Otro tipo de trabajo sería el estudio de casos, que sería la descripción detallada y exhaustiva de una situación real, la cual se habrá adoptado para ser presentada de modo tal que posibilite un amplio análisis e intercambio de ideas.

Este sería más o menos el esquema de las clases que yo observé y de los objetivos generales del curso y de las técnicas que están aplicando Uds.

Esto no quiere decir que estas técnicas que Uds. han aplicado en las clases teóricas y prácticas sean las únicas que hay. Hay otras técnicas de trabajo. Esto es simplemente una esquematización del trabajo que están haciendo Uds. Entonces, en base a este trabajo, nosotros vamos a tener que determinar la forma de evaluación.

Es decir, si Uds. hubiesen trabajado de otro modo, tal vez se podrían aplicar otras técnicas de evaluación.

El esquema general que yo preparé para esta parte de evaluación es: Por qué se evalúa? Quién evalúa?, Qué se evalúa?, Y Cómo se evalúa?

Por qué se evalúa? Se evalúa por muchas razones, es decir, la evaluación tiene muchas funciones.

Una podría ser la motivación. Es decir, al evaluarlo se lo motiva al alumno para seguir estudiando. Por eso yo estoy hablando desde el principio de una evaluación continua y no de una evaluación como un proceso final. Es decir, cuando el alumno sabe cómo está progresando y se evalúa cada uno de sus adelantos, esto actúa como motivador para que el alumno o vuelva a repasar lo que no ha hecho convenientemente o pueda seguir adelante.

Se evalúa también como diagnóstico. Y no vuelvo a remitir al punto anterior. Si yo evaluo al final de todo un año, no puedo hacer un diagnóstico o el diagnóstico final que yo hago no va a tener validez porque no puedo volver atrás. En cambio si yo evaluo constantemente los adelantos y los progresos de los alumnos, esto me puede servir como diagnóstico para determinar cuáles son los puntos flojos del alumno; cuáles son los puntos que hay que volver a ver; si el alumno puede seguir adelante; qué es lo que falla en él; si la parte de memorización, si la parte de <sup>información</sup> ..., la parte de destreza o habilidades o actitudes o lo que sea. Pero es un proceso continuo que va llevando poco a poco al alumno y es lo que evita en cierto modo los fracasos y deserciones. Porque cuando la evaluación es final, el alumno rinde, fracasa, vuelve a leer, vuelve a rendir, vuelve a fracasar. Esto produce una serie de frustraciones y luego produce las deserciones, tanto a nivel primario, secundario y universitario. En cambio, si hay un seguimiento del alumno, las cosas se van corrigiendo mientras van sucediendo y se pueden corregir.

Otra función de la evaluación sería la orientación. Luego del diagnóstico, orientar al alumno hacia la especialidad que le convenga.

Otras de las razones por las cuales se evalúa es no sólo para evaluar al alumno, sino para evaluar al profesor y para evaluar las técnicas que se usan. Es decir, el profesor al evaluar al alumno, tiene que determinar en parte cómo ha sido su enseñanza y cómo han sido las técnicas que él ha usado, porque si de un grupo de cien alumnos fracasan 80, esto está indicando tal vez que no es el alumno, sino que es el profesor que no ha enseñado convenientemente o que no ha usado las técnicas adecuadas.

Volviendo atrás, primero tenemos por qué se evalúa: para el diagnóstico, para la motivación, no sólo para evaluar al alumno sino para evaluar al profesor y también para evaluar las técnicas que se usan, por eso vuelvo a mi concepto anterior, si la evaluación es final, el profesor no puede hacer nada por mejorar o corregir sus técnicas. Es decir, se dio cuenta a fin de año cuando fracasó la mitad del curso que no enseñó convenientemente o que las técnicas que aplicó no eran las que correspondían.

Tal vez le sirva de experiencia para el año siguiente, pero hay una serie de fracasos que están determinando que sus técnicas o sus métodos no han sido los convenientes.

Por supuesto que también la evaluación tiene razones administrativas, razones administrativas en cuanto a la promoción del alumno, que desde el punto de vista pedagógico sería la menos importante.

Luego, vendría quién evalúa? Es decir, considerar la evaluación como un don del profesor no es lo que corresponde. Creo que todos evaluamos. Evalúa el profesor, evalúan los demás profesores la labor de su compañero, evalúan las autoridades del establecimiento, evalúan los alumnos; creo que las críticas de los alumnos son bastante acertadas y dignas de tener en cuenta. Y a través de los profesores, de las autoridades, de los estudiantes, evalúa la comunidad. Porque Uds. habrán escuchado comentarios afuera sobre tal profesor o tal otro, cómo enseña, cómo toma exámenes. Es decir, que la comunidad también evalúa el desempeño del profesor y del proceso que se está cumpliendo en tal o cual materia.

El próximo tema es: Cuándo se evalúa? Creo que comencé con este tema, no como un proceso final, sino para posibilitar el replanteo. Se hace una evaluación continua para posibilitar el replanteo, tanto de los contenidos como de los objetivos y de las técnicas. Creo que este es un tema sobre el cual Uds. tendrán que discutir más adelante. Porque Uds. me han pedido que hable de examen y entonces estamos con la evaluación como un proceso final. Pero creo que éste es un tema que Uds. se van a tener que replantear para los años subsiguientes, es decir, tratar de determinar de acuerdo con la situación real algún tipo de técnica o método de evaluación que permita la evaluación continua. Esto ya sería tema de otra charla o discusión, porque para esto hay muchas técnicas, pero me gustaría que quedara como un problema que Uds. tendrían que enfocarlo. Es decir, tendrían que informarse, tendrían que discutirlo y tendrían que planificarlo. Es decir, hoy no me voy a referir a cuándo se evalúa.

Lo siguiente sería: qué se evalúa? No evaluamos simplemente información y memorización de la materia, sino que tenemos que evaluar los conocimientos, las habilidades y destrezas y las actitudes. Ahora bien, si determinamos qué vamos a evaluar, las técnicas de evaluación, van a depender de cuáles son los objetivos que nos hemos propuesto y cuál de ellos lo consideramos más importante.

Cómo se evalúa? Acá nos acercamos al problema de los exámenes. La evaluación puede ser objetiva o subjetiva, formal o informal, (la evaluación que hacen los alumnos es una evaluación informal), puede ser escrita, puede ser oral; la evaluación escrita tiene distintos mecanismos, puede ser una evaluación escrita subjetiva, con un tipo de prueba objetiva, o puede ser con un tipo de examen de desarrollo de un tema,

Esto no lo vamos a desarrollar. Además, el tipo de prueba objetiva necesita toda una fundamentación estadística.

Nos vamos a referir a los exámenes orales. Ahora bien, qué tiene que tener un examen para que realmente responda a las necesidades del alumno y del profesor? Tiene que ser:

1º) Válido: Por válido queremos decir que el examen realmente esté evaluando lo que queremos evaluar. Es decir, si yo quiero evaluar modos de hacer las cosas o habilidades y hábitos, tengo que usar una técnica que me permita evaluar eso; y no una técnica que simplemente me esté dando información o memorización. Es decir, ponerlo al alumno en una posición tal que tenga que hacer las cosas y no simplemente que deba verbalizarlas. Eso quiere decir que sea válido. En el caso de Uds. en la medicina creo que no hay tantos problemas, pero a veces hay otras carreras en las cuales nosotros queremos medir la capacidad de razonar, de inferir, o de extrapolar y lo que estamos haciendo es pedir al alumno simplemente memorización. Entonces allí la prueba no es válida.

2º) Fidedigno: Por fidedigno se entiende que un test o un examen bien tomado debe dar el mismo resultado en distintas circunstancias. Es decir que si yo les tomo la prueba hoy, la semana que viene y el mes que viene, el resultado debe ser igual, porque si no quiero decir que están entrando otras variables en el examen que no corresponden a los conocimientos o a la información requerida. Por eso en los exámenes, el alumno tiene momentos en que no está bien, que no da un examen conveniente y dice "si me la vuelve a tomar, lo daría bien". Si es así, es que el profesor no ha tomado la prueba bien y el examen no es fidedigno. Puede ser que no sea así, que la prueba se vuelva a tomar y el concepto errado es el del alumno que cree que sabe y en realidad no sabe la materia.

3º) Económico: Por económico se entiende en cuanto a economía de tiempo. Se pretende lograr que las pruebas de evaluación requieran el menor tiempo posible. También el menor esfuerzo posible. Y también en lo que se refiere a material. Es decir, hay muchas pruebas de evaluación que son muy buenas, pero que requieren un material sumamente costoso.

Estas serían las tres características que tendría que tener un examen.

Vamos a analizar ahora rápidamente cuáles son específicamente las técnicas de examen.

Creo que la técnica clásica es la técnica del bolillero. El alumno saca bolilla, que sería la parte de los contenidos estructurados en unidades. El alumno prepara todo su programa y viene acá a ver qué bolilla le

toca. Lógicamente con el problema del azar es muy importante, es decir, le tocó la que sabía o la que no sabía. Además es un sistema que provoca bastantes tensiones. Tensiones porque generalmente el alumno tiene poco tiempo para estructurar sus conocimientos y para organizarlos convenientemente y después tiene poco tiempo para exponerlos. Si sabe la materia o si sabe el punto, le da poco tiempo para realmente demostrar que lo sabe convenientemente y sale con la sensación de que no lo dejaron decir lo // que sabía. Si no sabe, el profesor a veces está apurado y no le da tiempo al alumno para recapacitar, para pensarlo, para volver a elaborar el problema. Este sería uno de los inconvenientes que tiene.

Además es un tipo de examen que favorece al alumno que tiene facilidad de expresarse. El alumno que tiene facilidad de expresión generalmente sale mejor de un examen que aquél que puede saberlo, pero no sabe expresarse convenientemente.

Además hay otro punto que es sumamente importante y que tendrían que tener en cuenta sobre todo los profesores: al profesor le parece que en este tipo de exámenes, le toman examen igual a todos los alumnos, es decir, ellos dicen "yo les hice a todos las mismas preguntas más o menos", pero no es así, porque la dificultad de las preguntas depende de una cierta taxonomía. Es decir, el profesor puede hacer:

Preguntas de información, o sea, preguntas que requieran simplemente del alumno el volver a repetir algo que él ha memorizado, que sería la escala inferior en la graduación de dificultades del tipo de preguntas.

Preguntas de comprensión, que ya es un tipo de preguntas más difícil, porque puede comprender la traslación, la inferencia o la extrapolación. Es decir, si yo a un alumno le hago preguntas de información y a otros le hago preguntas de comprensión, no los estoy presentando a todos el mismo tipo de dificultades.

Preguntas de aplicación, o sea lo que el alumno ha estudiado aplicado a una situación dada, que ya implica otro tipo de actitud mental, otro tipo de enfocar el problema.

Preguntas de análisis, preguntas de síntesis y preguntas que impliquen una evaluación.

Entonces, cuando tomamos el examen, tenemos que tener cuidado en qué tipo de pregunta hacemos y si a cada alumno lo hacemos más o menos el mismo tipo de pregunta y le presentamos el mismo tipo de dificultades. Es decir, un alumno se puede lucir mucho porque las únicas preguntas que le hemos hecho son de información. A otro lo podemos aplazar porque le preguntamos cómo se aplicaba tal conocimiento y no lo supo hacer, pero no nos

estamos dando cuenta que este tipo de preguntas es mucho más difícil que éste, porque este implica memorización, éste implica un razonamiento y una praxis.

Preguntas de análisis, porque nos llevaría un estudio detallado de cada uno de los elementos.

Preguntas de síntesis, porque implica una generalización. Es decir, para llegar a una síntesis yo tengo que tocar el tema, analizarlo convenientemente y llegar a una generalización.

Y preguntas que impliquen una evaluación significan que yo tengo que determinar el valor de un punto o el valor de una técnica, los pro y los contras.

Esto es un tema para que el profesor lo tenga en cuenta. Es decir que al hacer las preguntas, él sepa qué tipo de preguntas está haciendo y qué dificultades presenta al alumno al hacer cada tipo de preguntas. O tal vez llevar un fichero en el que hará al alumno preguntas de información, preguntas de comprensión o de aplicación, de análisis, síntesis o de evaluación. Y no concentrar todo un mismo tipo de preguntas en un alumno y a otro alumno se le hará otro tipo de preguntas exclusivamente, por ejemplo informativas.

Este sería el tipo de examen común, que se toma, que puede ser o sacando bolilla o simplemente el profesor eligiendo un tema y dándole al alumno.

El otro tipo de examen puede ser el coloquio. En el coloquio se supone que el alumno prepara un tema y luego se le hacen preguntas sobre ese tema y sobre cualquier otro punto del programa. Es decir, el examen tendría dos partes. Tiene una ventaja sobre la técnica anterior y que es la siguiente: el alumno, al haber preparado un tema, ya no viene con la tensión del alumno que tiene que sacar una bolilla, se le da un tipo de introducción al examen para que él se sienta cómodo, que él maneje convenientemente un tema, que él empiece a exponer, se le da también un tiempo prudencial para que exponga, y luego el profesor hará preguntas intensivas o requerirá información o aplicación o evaluación o análisis sobre el tema desarrollado. Y luego, relacionándolo con este tema elegido, se podrá abarcar todo el programa. Esto también depende de la inteligencia del profesor, o sea, ser capaz de relacionar el tema elegido por el estudiante con todo el programa a desarrollar, haciéndolo inferir, extrapolar, analizar, relacionar con los otros temas.

La primera parte del examen que es la parte del coloquio implica de parte del estudiante un estudio muy exhaustivo, porque lógicamente si el estudiante ha elegido un tema tiene que dominarlo completamente; no es simplemente estudiarse los apuntes. En el coloquio se pretende que el estudiante haga un tipo de trabajo de investigación; podría ser una investigación sobre cualquiera de los puntos del programa; podría ser en el caso de Uds. el análisis detallado de un enfermo, por ejemplo, los signos y síntomas del enfermo, los análisis que se le pidieron, el tipo de técnica usada para el diagnóstico, es decir una cosa realmente completa sobre el estudio del caso que han hecho. O una investigación con una bibliografía adecuada que justifique que el alumno se lo de un tema a desarrollar. Yo no podría ir a un coloquio con una simple lectura de los apuntes, implicaría un estudio muy cuidadoso.

El inconveniente que puede tener es que a veces el alumno ha preparado convenientemente su tema y no tiene lugar o tiempo para desarrollarlo. Pero esto se puede subsanar con las preguntas que pueda hacer el profesor luego, para ver si el tema se ha profundizado o no.

Creo que en general el examen depende mucho de la habilidad del profesor. Y también en el coloquio, porque aunque el alumno exponga es el profesor el que tiene que guiarlo a relacionar el tema pedido con todos los demás contenidos para tener una visión general o panorámica de lo que el alumno sabe.

Así que tendríamos el tipo de examen clásico y el coloquio, este coloquio puede hacerse en grupos. Hay gente que trabaja en grupos, es decir, en lugar de que exponga un alumno, exponen tres o cuatro alumnos que preparan un tema de investigación en detalle y lo exponen en una especie de diálogo. Es decir, se complementan ellos en exponer el tema que han preparado y luego el examen sigue siendo una forma de diálogo o intercambio de ideas. Esto también depende del profesor. En realidad yo no me podría manejar nunca con eso, porque pienso que aunque uno no quiera, se hace siempre una comparación entre los dos, tres o cuatro estudiantes que han formado el grupo y me he dado cuenta que esto favorece al estudiante que es más extrovertido, que se expresa mejor y a veces hay alumnos que uno los conoce que son estudiantes muy capaces, muy cuidadosos, pero muy callados y que no saben cuándo intervenir y cuándo exponer y se ven avasallados por los otros. Eso depende. Hay profesores que lo usan, sobre todo porque se establece un tipo de comunicación o de diálogo muy positivo y no parece ya ese examen rígido de preguntas y respuestas, sino que se puede tomar como un tema de discusión el tema elegido para el coloquio.

Otra de las técnicas de examen sería el estudio de casos. Como

yo creo que Uds. no cuentan con un enfermo para cada estudiante, es imposible, el profesor presentaría un caso, es decir el caso de un enfermo de tal sexo, de tal edad, que viene con tales síntomas, entonces Uds. tendrían que hacer el estudio del paciente y explicar qué es lo que harían con este paciente. Sería un poco aplicar todas las técnicas que Uds. han visto para el diagnóstico, la interpretación de signos y síntomas. Entonces Uds. expondrían qué es lo que harían y tratarían de llegar a un primer diagnóstico o a un diagnóstico previo. El profesor debería darles luego, según los requerimientos de Uds. los resultados de los análisis; dirían "yo le pediría al enfermo tal análisis o realizar tal palpación", el profesor tendrían entonces que volver a darles a Uds. el resultado de los análisis y elaborarían este material para llegar a un diagnóstico definitivo. Sería el análisis completo de un caso.

Claro, esto requeriría de parte del profesor por lo menos traer a clase sus historias clínicas o tener suficiente imaginación para pensar en diferentes casos posibles que se puedan presentar. Pero creo que en el caso de Uds. es una de las técnicas con la cual se demostraría realmente si Uds. tienen un conocimiento global de todo lo que han estudiado.

Esto no quiere decir que se van a limitar a eso, porque al proponer el alumno una cierta técnica a utilizar, el profesor puede pedir información sobre ella, entonces este tipo de técnica estaría sobre todo evaluando la parte de aplicación y evaluando la parte de habilidades y destrezas. No simplemente la memorización de los apuntes.

Dada la situación como está en este momento, con las técnicas que Uds. han estudiado, estas serían las tres posibilidades de examen que hay.

Ahora quisiera que me hicieran cualquier pregunta sobre cualquier de estas tres, que Uds. decidan, discutan o me pidan más información.

PREGUNTA: Todos estos procedimientos, para qué tamaño de grupo se aplican?

RESPUESTA: Este tipo de planificación, es decir el esquema de la planificación, se aplica a cualquier tamaño de grupo, es el esquema básico. Lo que va a cambiar de acuerdo con el tamaño del grupo pueden ser los métodos y las técnicas y la forma de evaluación. Es decir, si yo estoy trabajando con 20 alumnos, yo puedo hacer un trabajo de seguimiento conveniente, porque nosotros trabajamos con 20 alumnos y tenemos fichas de evaluación en las cuales prácticamente se los evalúa semanalmente, se les hace un seguimiento continuo. De ese modo se van puliendo las actuaciones del alumno y se le va diciendo cuáles son sus puntos flojos, y qué debe ir haciendo. Por eso digo que ese tipo de evaluación se puede usar con 20 a-

lumnos, no se puede hacer con 100. Voy a esto: el esquema de la planificación de un curso es el mismo, lo que varía es lo que se decida en cada uno de estos ítems que se tienen que desarrollar.

FREGUNTA: Pero ese tipo de evaluación se puede hacer por medio de Instructores?

RESPUESTA: Claro, por eso yo les dije cuando hablé de "cuándo evaluar" que esto es un tema que Uds. tendrían que discutir para otros años. Depende de la situación real. Es decir, por lo que yo he estado viendo en este curso y... cuántos Instructores tienen Uds.?

\_\_\_\_\_: El curso estaba programado con un Profesor por grupo y un Instructor cada seis alumnos. Además no creo que sea tarde para hacer la evaluación durante este curso.

RESPUESTA: El esquema general es un profesor e instructores. Yo creo que no hay necesidad de que sean cada seis alumnos, creo que aunque sean cada 10 o un poco más, se lo puede manejar perfectamente al grupo. Nosotros estamos manejando más y hacemos una evaluación semanal. Nosotros manejamos 15 alumnos y creo que para hacer una evaluación semanal no se puede trabajar con más. Pero teniendo un Instructor cada 10 alumnos, se puede hacer un seguimiento conveniente. Pero este seguimiento tiene que estar organizado y estructurado, no es cuestión de que al instructor le parezca que está más o menos bien o más o menos mal. O sea, tenemos que acabar con los tanteos y las evaluaciones subjetivas. Es una cosa que hay que organizarla, es decir: qué es lo que el Instructor tiene que evaluar en el grupo de alumnos que tiene?

\_\_\_\_\_: Yo considero que es muy lindo, pero también un poco general, porque si el profesor o el instructor evaluara grupos de alumnos con los mismos conocimientos sería muy justo, pero habría que ver qué es lo que sabe el alumno, porque yo en mi caso particular no rendí Patológica y hay otro grupo de alumnos que tiene mucha más formación que yo...

RESPUESTA: Eso ya dependería del curriculum de la Facultad de Medicina. Creo que eso depende del curriculum. En cualquier curriculum de cualquier carrera tiene que haber una organización tal de modo que el alumno vaya tomando las materias básicas que le van a servir a los demás, es decir que tiene que haber una cierta correlatividad. No sé si Uds. tienen correlatividades, pero si no la tienen pónganse a trabajar en ella. Porque si para dar Semiología yo necesito Patológica, tengo que tener esa correlatividad y esa correlatividad tiene que estar explicitada en el curriculum.

\_\_\_\_\_: Pasa lo siguiente, cuando nosotros fuimos en una oportunidad a hablar con el Decano nos dijo "no hace falta de ninguna manera tener ..."

Patológica para poder hacer Semiología. Y yo no la hice porque tenía en preparación otra materia, que era Fisiología y me puse a hacer Semiología. Ahora me encuentro con un montón de problemas, entre ellos, que no manejo el vocabulario técnico de Patológica y algunas otras cositas...

RESPUESTA: Claro... En general cualquier curriculum se debe manejar no por años, es decir, 1er., 2do. o 3er. año. El nuevo plan que nosotros estamos preparando, el curriculum se maneja por áreas. Y entonces dentro de esas áreas tiene que haber correlatividad de materias. Y el alumno debe conocer desde primer año cuáles son las áreas y cuáles las correlatividades. Ahora por qué los pasa a Uds. esto, no sé, no es mi tema específico.

\_\_\_\_\_ : Es que se dispuso permitir realizar Semiología, para que se la cursara regular a fin de rendir Patológicas en marzo y poderse promover en marzo. Porque si nos quedábamos sin Semiología y no teniendo rendida Patológicas, estábamos en tercero con los demás.

RESPUESTA: Yo quisiera que este problema, Dr. Hadad, lo manejara Ud., porque realmente ese es problema de que el curriculum está mal hecho. Yo vengo acá a ver cómo se puede hacer la evaluación continua y a presentarles los distintos casos de exámenes.

Ahora bien, en los objetivos previos que nosotros pusimos, expresamos la necesidad de adquirir el vocabulario técnico adecuado y la capacidad de generalizar, que de acuerdo a lo que Uds. dicen necesitarían tener Patológicas para eso. Pero, Uds. no cursaron Patológicas? De los 70 alumnos que son, cuántos alumnos cursaron? La mayoría. Es decir, que para Uds. cursar una materia no quiere decir saberla?

\_\_\_\_\_ : Yo pienso que depende de dos factores saber o no la materia, por un lado el factor personal y por otro la manera que se da la información en clase. Yo pienso que el curso de Patológicas en ese sentido dejó bastante que desear porque fue dado muy aceleradamente y con muy poco tiempo. O sea que cuando llegamos al fin del curso quedó la mitad de la materia sin ver. Se dio como Semiotecnia, en 15 días.

DR. HADAD: A mí me parece interesantísimo ver como en general cuando se plantea un tema de discusión habitualmente se trabaja en el tema de discusión; porque nosotros lo pedimos a María Magdalena que nos viniera a enseñar qué eran los exámenes y que era técnica de evaluación. Ahora me llama la atención porque ninguno ha hecho ningún planteo ligado a esos temas. O sea, a mí me llama mucho la atención porque es muy normal que exista una notable diferencia entre el tema postulado y la discusión. Y es una cosa que acá ha

surgido con bastante claridad.

Además, una de las cosas que se dijo acá realmente es trágica, decir que cursar una materia no es sinónimo de saberla, me parece una cosa trágica, porque quiero decir que eso ratifica que el concepto fundamental de la docencia no está basado en . El concepto fundamental de la docencia está basado en

María Magdalena decía "el método de examen debe ser fidedigno", pero podría pasar que ustedes el día domingo supieran Semiología y dos domingos después ya no supieran Semiología...

Sra. De la Vega: Si me permiten, eso sucede según el tipo, el modo de tomar el examen. Es decir, si en el examen al alumno le estoy pidiendo información y que se meta en la cabeza los apuntes, se los va a meter todos en la cabeza y después a la semana, como tiene que rendir otra materia, lo que desea es olvidarse de todo lo que aprendió para que le entre otra cosa. Es decir, es un poco como el balde que se llena y luego se vuelca para que le entre otra cosa. Pero eso depende de la técnica que use el profesor para tomar examen. Es decir, si él lo único que va a evaluar es la memorización del alumno, entonces sí el alumno tiene que hacer este tipo de mecanismo, de llenar y vaciar para llenarlo con otra cosa. Por eso si nosotros en el examen creamos situaciones posibles para que el alumno no tenga que recordar todo lo que estudió, sino que de todo lo que estudió tenga un concepto de generalización de la información y tenga la capacidad de aplicarlo, evaluar la situación, analizarla, que implica todo un razonamiento sin memorización, esto depende de la forma de tomar examen el profesor. Si a los 15 días el alumno se olvidó es porque el método de trabajo lo lleva a ello.

En cuanto al problema de A. Patológica, no creo que esté tan desconectado de lo que yo hablé porque me parece que Uds. querían que charlara de exámenes, yo les he presentado un panorama general porque me pareció indispensable y no hablar solamente de ese examen final (Uds. vieron las razones por qué). Ahora bien, me parece acertado que hayan traído el problema de Patológicas porque para Uds. la dificultad del examen existe en eso, o sea que lo vivencian como el problema mayor del examen, por eso no creo que sea un tema descolgado y que no tenga relación con lo que estamos viendo.

DR. HADAD: Yo creo que esto plantea evidentemente el problema fundamental que es el problema de la docencia. O sea que cuando M. Magdalena decía que el examen final es un poco como una autopsia, ahora yo podría decir que el escucharlos a ustedes es un poco como estar haciendo la autopsia de lo que ha sido la docencia hasta ahora. Yo creo que el objetivo prioritario de la docencia es el tener docentes dedicados a enseñar y nada más que

a enseñar. Por lo tanto yo creo que el objetivo primordial de la docencia tendrá que ser corregir esto que ustedes han planteado, porque es una realidad lo que Uds. dicen. Y la manera de corregir esto será tener individuos que tengan todo el día dedicado a la docencia

y que en el curso de todo el día dedicado a la docencia, esos individuos vayan haciendo una evaluación constante, como sólo se puede hacer si los cargos docentes son full-time. Porque lo que ustedes dicen es un desastre, pero real.

El problema está en que nosotros tratemos, a través de estas cosas que nos da María Magdalena, de cambiar un poco la situación actual, pero de ninguna manera es la solución de un problema de fondo.

SRA. DE LA VEGA : Es decir que en este momento habría dos problemas, un problema inmediato que sería lo que se puede hacer de acá a enero, que tendría que ser algo que no fuera un parche, sino que fuera un primer paso para elaborar realmente una estructuración distinta para que haya realmente un seguimiento, para que haya relación entre los objetivos, si el profesor se propone uno, porque generalmente el profesor se concentra en los contenidos, es decir, "tengo que dar esta materia de acá a acá" y no sabe por qué lo está haciendo, no se hace un planteo real de la materia. Ese sería un problema que habrá que resolver, no sé, el año que viene, pero cualquier cosa que se haga no debe ser un parche para remendar el problema actual.

DR. HADAD: Yo me pregunto cuántas veces se les ha planteado a ustedes, que son el objeto de la pedagogía, un problema pedagógico a través de un pedagogo? Una de las cosas que tiene que entrar en la cabeza de todos es que no se puede hablar de una cosa sobre la que no se está informado. Y creo que un poco desgraciadamente, ustedes siguiendo el ejemplo que le hemos dado nosotros, han hablado de un montón de cosas sin tener información. Por eso es que se ha resuelto qué exámenes se van a tomar sin saber cuál es el método de examen y ni siquiera saber qué es un examen. Ese es el sentido de este curso de Semiología. Este curso es un poco un curso piloto que precede al cambio curricular, por eso este curso se injerta un poco en un momento determinado del año; que adolece de muchos defectos, ni con toda la organización que este curso debiera tener.

Además, yo no tengo interés en que Uds. trabajen con un instructor que se para en la cabecera de la cama, que se ponga a hablar de su experiencia personal y que no hagan lo que se debe hacer; dar el desarrollo de la técnica. Por otra parte la experiencia lo ha demostrado, el alumno que se propone desarrollar una técnica y aprender una técnica, con muy poca cosa de parte del docente y mucha voluntad de parte del estudiante, realmente aprende la técnica. Porque además, señores, estas técnicas del a

prendizaje de Semiología son intransferibles. Qué les voy a transferir yo la sensación táctil que tengo cuando palpo un bazo? Qué les voy a transferir a Uds. la sensación acústica mía cuando ausculto un soplo pleurítico? Yo digo lo básico, que me lleva muy poquito tiempo, y es decirles "acá hay un soplo pleurítico que es así, y así", pero la otra parte es trabajo de ustedes, fundamentalmente de Uds.

Por otra parte, para comprender la semántica de los temas quizás sea indispensable rendir antes A. Patológica que Semiología. Pero para aprender las técnicas, desarrollar habilidades, levantar historias clínicas, manejar la relación médico-paciente, no creo que sea indispensable primero tener aprendida A. Patológica. Sí creo que si la van estudiando paralelamente les ayude mucho, pero que no les dificulte el aprendizaje de la Semiología.

-----: De acuerdo con los que hablamos con el Decano, la Semiología es la técnica de la obtención del dato, entonces desde ese aspecto no tenemos ningún problema al no haber rendido patológica... Es decir, en el examen nos va a pedir la patología o se va a insistir fundamentalmente en la obtención del dato.

DR. HADAD: Si escucharon lo dicho por M. Magdalena, hay tres posibilidades de examen. Hay una posibilidad que sería el examen por bolilla o azar, que a mí me parece que no sólo es primitivo sino que es tratar al estudiante no con la seriedad que se merece. Pero esto puede ser discutido, porque es un enfoque personal mío. Segundo método, el coloquio. Y tercero, el caso clínico. Y recuerden Uds. que entre los cuatro objetivos fundamentales que hemos propuesto en el programa está: Relación médico-paciente, Semiología Normal, Semiología Patológica y Grandes Síndromes. O sea que este último método es inaplicable si nosotros no llegamos al tema de los grandes síndromes. Cómo podemos aplicar este método si no llegamos a grandes síndromes?

Ahora bien, desde mi punto de vista creo que la cosa fundamental que se le debe exigir al estudiante a ultranza es el desarrollo de técnicas. Eso es fundamental.

-----: Otra carencia fundamental que tenemos es la carencia de una bibliografía completa...

DR. HADAD: Perdónenme lo que les voy a decir, yo creo que ustedes tienen un vicio libresco. Parece que si no tienen un determinado libro no se sienten bien. Los libros no necesitan tenerlos, porque los libros sirven para la materia que uno cursa y después <sup>con</sup> esos libros pasa lo que con otros libros de otras materias, se envejecen y no sirven para nada. Por eso, con los apuntes que estamos haciendo estamos extractando las experiencias de

un montón de libros. Si Uds. saben en dónde consultar. Pero luego se plantea el segundo problema: el problema de que los libros son caros.

Por eso anoche la Comisión de Docencia planeó llevar al Decano una interesante proposición del compañero Gustaffson, que es un hombre muy lúcido y muy inteligente y que demuestra una gran capacidad para resolver los problemas. El nos propuso crear la librería de la Facultad, una especie de Bolsa del Libro, o sea que la Facultad sea la que adquiera los libros saltando todos los intermediarios, que encarecen el libro en un 70 % y facilitar la posibilidad de que el estudiante por un lado compre los libros a un porcentaje mucho más barato y por otro lado fomentar un poco la compra de un libro y no tener que decidirse por un apunte, porque el apunte vale 2.000.-\$ y el libro 40.000.-\$

\_\_\_\_\_ : Yo no iba a eso, sino que como programa de Semiología hasta ahora tenemos los cuatro puntos fundamentales, el problema está en saber hasta qué punto tenemos que profundizar esos temas el día de ir a rendir. El problema no es ir a la biblioteca a estudiar, el problema es que falta un programa más analítico.

DR. HADAD: Nosotros nos hemos manejado en ese sentido un poco a priori pensando que la Semiología comprende el aprendizaje de la semiología de todos los aparatos. Y creo que si seguimos al ritmo que vamos muy probablemente para el 15 de enero prácticamente habremos visto en las clases teóricas si no todo, al menos el mayor porcentaje de la parte semiológica.

El tema está planteado, ahora tenemos que ir a hacer sala.

ags.

\_\_\_\_\_  
Adalberto Vicyra  
Secretario Académico



Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús

"Pautas para elaborar un plan de estudios"

Dr. Ovide Menin

En este momento, el problema de la pedagogía universitaria y denominaciones más o menos similares, se está manejando en los países latinoamericanos en problemas concretos y en problemas teóricos.

Nosotros hoy vamos a tratar de partir de algunos supuestos básicos, de algunos puntos de vista que se supone que tenemos todos más o menos claros.

En Argentina, precisamente por ser uno de los países latinoamericanos que primero se planteó el problema de la pedagogía universitaria, alrededor del año 1958, cuando nadie hablaba de pedagogía universitaria, se empezaron a crear los primeros Departamentos, tanto en la Universidad de Buenos Aires, cuanto en la Universidad del Litoral. Y ahí murieron.

Luego lo hicieron los bolivianos, cosa curiosa, los bolivianos se plantearon el problema alrededor del año 1960, en la Universidad de San Simón. Los europeos no se lo plantearon nunca.

Los americanos, curiosamente, crearon un tipo de pedagogía que llamaron "pedagogía médica", con la cual se pretendía enseñarles a dar clases—por decir una cosa más o menos esquemática— a los médicos, odontólogos, bioquímicos, obstetras, etc. que asumían la docencia con la conciencia clara de que no tenían formación pedagógica y que los recursos pedagógicos que manejaban, para el hecho concreto de dar clases, los venía desde el punto de vista de los datos empíricos que tenían de la enseñanza y que habían heredado de profesores más o menos buenos, más o menos didácticos, algunos recursos que funcionalizar en un momento concreto, que exigían asumir la enseñanza de un modo o de otro. Los resultados han sido los más variados.

En el tema que discutimos con la Dra. teníamos decidido decir que vamos a hablar sobre pautas para elaborar un plan de estudio con sentido operativo.

Quando hablamos de sentido operativo para elaborar un plan de estudios, pensamos en dos cosas: la coyuntura histórica que está viviendo Argentina en este momento está impactando de tal modo a los universitarios, que seguramente va a conmocionar a todo el sistema curricular de las universidades, si es que en realidad se asume con toda profundidad la solución de algunos problemas, que dentro del ámbito universitario se plantean concretamente en forma periódica, alrededor de la formación de ciertos profesionales.

Evidentemente, con la Facultad con la que trabajamos, hay algunos aspectos que se manejan con particular claridad y otros, en cambio, no serán totalmente claros y habrá que discutirlos.

Ese sentido operativo que queríamos desplegar hoy, a la luz de un hecho concreto que es la posibilidad de realizar un plan de estudios, está dado por el conocimiento de la realidad concreta nacional. Eso por un lado.

Lo otro, implica tener perfectamente claro qué profesional se va a hacer, sea profesional médico, bioquímico, odontólogo, enfermero universitario, cualquiera de los profesionales que se forman en esta particular área de la salud.

Si esto estuviera claro, se facilitaría mucho la tarea concreta de volcar en el papel toda una estructura, siempre que entendamos -según yo modestamente me permito observar- este concepto de estructura como un todo orgánico y funcional.

Si esta estructura que se llama el curriculum parte de este supuesto, evidentemente la tarea ya se hace más simple.

Ahora bien, cuáles son esas pautas que van a permitir dar un sentido operativo a la organización de un plan de estudios dentro de un contexto más grande que es el problema de la pedagogía universitaria, que se nutre de toda una dimensión político-educacional, insertada en una dimensión histórica en este país. Esto implica tener en claro todo el problema de estructuras socio-económicas, etc. a lo cual yo no me voy a referir, porque obviamente esta clase necesitaría por lo menos desarrollarse en un seminario, con 10 clases por lo menos de 2 horas de duración, para ir desmenuzando diferentes aspectos. Por eso yo pido disculpas que esto no sea más que un escaqueo rápido, por el cual vamos a discutir después a la luz de las preguntas de Uds.

Estas pautas a las cuales yo me refiero son las siguientes: En primer lugar, cuando uno va a trabajar en un plan de estudios, se plantea un problema de objetivos, de objetivos generales. Luego se plantean los objetivos específicos de la carrera para la cual se elabora el plan de estudios.

A partir de ahí se van desgajando, se van desgajando todo un cuerpo, caja, urdimbre, o digamos, estructura propiamente dicha del plan, que son las asignaturas o las áreas o los agrupamientos de asignaturas o las relaciones de áreas de conocimiento o núcleos de conocimientos como también se dice, que vienen a ser la caja de resonancia de todo el plan de estudios, donde vienen a reflejarse los problemas de los objetivos generales y los demás datos a los cuales hemos hecho referencia. Y a partir de allí, de esta urdimbre de elementos de orden curricular, se establecen ciertos elementos que son eminentemente técnicos y que hacen al problema de las secuencias o correlaciones. En Chile nosotros distinguimos secuencia de correlación. En Argentina se habla indistintamente, lo más común

es hablar de correlaciones horizontales y verticales, que traban el avance del estudio, porque se parte del supuesto de que se debe administrar al estudiante cierta porción de conocimiento que está condicionada con el conocimiento de elementos anteriores. Es decir, es la forma de administrar los contenidos. Los contenidos, que toman la forma de asignaturas, áreas, núcleos de conocimiento, etc.

Quisiera detenerme en este particular aspecto, porque es capitalísima importancia, según la experiencia que nosotros tenemos, la selección de los contenidos. La selección de los contenidos no la puede hacer ningún técnico pedagógico, o en el área de la pedagogía no la puede hacer sino la persona especializada dentro del área de conocimiento o en la profesión. De esto vamos a hablar después más detenidamente, porque hay una serie de confusiones.

Especialmente entre la gente que no es pedagoga, los ingenieros, los médicos, los arquitectos, los abogados, han creado una especie de mito en torno a la pedagogía y en torno al pedagogo y creen que el pedagogo es el especialista que lo resuelve todo en materia de enseñanza, en materia de curriculum, en materia de evaluación, etc. Esto es una falacia, este es un criterio totalmente incorrecto.

El pedagogo o el psicólogo educacional -guay con los psicólogos clínicos porque dejan la escoba donde está en materia de educación, porque utilizan toda una metodología que a veces, sin querer, vulnera ciertos aspectos del trabajo- son sumamente útiles trabajando en equipos donde, si se trata de un plan de estudios de Medicina o de Enfermería o de Arquitectura, deben ir los profesionales con conocimientos al día; que manejen no solamente el problema de los contenidos específicos y actualizados, sino que puedan aportar a la luz de su experiencia personal y de la experiencia colectiva, indudablemente internacional-sin perder de vista la realidad concreta a la cual hacíamos referencia- toda una serie de elementos que el pedagogo no maneja. Esto yo quisiera fijarlo, para obviar cualquier tipo de discusión ulterior. Es decir, los pedagogos nada pueden hacer si no es en equipo, en conjunto con otros especialistas, con gran respeto por el problema de los contenidos.

Ningún pedagogo de los que yo he conocido - y perdonen la petulancia, he conocido muchos no solamente en Argentina, sino en Chile y en otras partes- urgido por cualquiera de los sistemas, está posibilitado de poder hacerlo.

El estado actual de desarrollo de las ciencias de la educación y de las ciencias específicas, exige que se maneje en equipo porque es imposible encontrar un especialista en curriculum de enseñanza superior; otra cosa se da en la enseñanza primaria, pre-primaria y hasta secundaria, pero en la enseñanza superior la cosa se complica mucho más, porque a la luz de la ciencia actual, de la ciencia contemporánea, hay una can-

tividad de elementos que hay que seleccionar para funcionalizar en este todo orgánico a que hacíamos recién referencia, que es el currículum o plan de estudios. Y por supuesto que tenemos claros los matices diferenciales entre lo que es un plan de estudios y un currículum; y se puede agregar diciendo que son sinónimos, pero que en realidad en la práctica no son realmente sinónimos. Pero como esto Uds. lo manejan con bastante claridad no vamos a detenernos.

Ahora bien, nosotros --regresando-- tenemos en claro qué tipo de profesional vamos a hacer, es una cosa que se maneja todos los días y no hay necesidad de ser especialista en pedagogía para dar respuesta a esto. Lo que ocurre es que desde el punto de vista operacional, las respuestas que damos a estos interrogantes a veces no son las más adecuadas, por diversas razones que seguramente después -- si la gente tiene interés-- podríamos profundizar; es una de las cosas más difíciles y permanentemente lo estamos discutiendo, cuando se trata de formar arquitectos, por ejemplo, y si no vean Uds. lo que pasa en las Escuelas de Arquitectura en la Argentina, intentan los talleres totales, se pelean todos los días, discuten, dicen que se enriquecen, pero parece que los únicos que se enriquecen son los profesores, mientras los alumnos siguen sin saber qué es eso de la Arquitectura.

Algo parecido pasa en algunos países, yo podría dar el ejemplo concreto de Chile, donde se preguntan con respecto a qué médico se quiere formar. En Argentina por los datos que yo tengo, no se tiene claro qué tipo de médico se quiere formar, tampoco se tiene claro qué tipo de Odontólogo se quiere formar. Probablemente se tenga claro qué tipo de Ingeniero se quiere formar.

Los chilenos se han dado una respuesta aproximativa para la formación de profesionales en el área de la salud. No se han dado respuesta aproximativa para ... y esto siempre con un sentido muy dinámico, si Uds. prefieren con un sentido dialéctico de la cosa, donde funciona todo el problema estructural y toda la dimensión histórica, que exige replanteo constante y revisión permanente de los planes de estudio.

Ahora, justamente, aquello de la revisión permanente para estar en la reforma por la reforma misma, no es toma del día. Es decir, la reforma por la reforma misma no tiene sentido, máximo si se tiene en cuenta que hay ciertos esquemas que tienen validez universal y que son vigentes a través del tiempo, particularmente respecto a cierto tipo de profesiones.

Ahora bien, si tenemos clara esa premisa, si nosotros tenemos claro también esto que llamamos "los objetivos generales"; en realidad los americanos que también suelen tener algunas cosas inteligentes, lo han resuelto con esta respuesta: "Los objetivos generales son la filosofía de la educación". Es decir, hay toda una

particular construcción filosófica del quehacer educacional que se da ahí; a partir de esto, que es general, que es genérico y que opera, con respecto a la imagen concreta del profesional -imagen concreta que ya se ha discutido- que hace a toda una política, una política educacional nacional que se dé; participar en una política general sobre qué es lo que se quiere hacer. Será a través de ciertos planes de larga, mediana, corta duración, eso ya no es de mi competencia.

A partir de ahí, los especialistas, las personas que se pongan a hacer un plan de estudios, para cualquiera de las carreras universitarias, teniendo en cuenta algunos otros problemas además, hay que desglosar los objetivos específicos.

Y estos objetivos específicos, (perdonen la reiteración, vuelvo sobre ellos porque ésta es una manera -por círculos concéntricos- de ir sacando alguna experiencia) hacen a este elemento, a esta particular concepción general, o filosofía educacional y vienen a contrarse en el problema de la carrera en el momento histórico, en un juego de coordenadas temporal y espacial, donde se ubican los objetivos específicos.

Resueltos estos problemas que todavía se plantean en el plano general, viene el problema de dar forma a esta caja de resonancia, que algunos la organizan, la estructuran con las asignaturas.

Y aquí viene el drama; es la parte más difícil de la organización de los planes de estudio. Y aquí trabajan los pedagogos o los psicólogos educacionales y los especialistas. Al cual se puede agregar otro tipo de especialista en el campo de las ciencias sociales, puede ser un sociólogo, incluso; está muy de moda incorporar sociólogos a todo tipo de trabajo; hay toda una mitología en torno a estos profesionales, que a veces hay que ubicar en su justo medio; de todas maneras son buenos aportadores de elementos y de datos, etc.

Pero todo esto lleva, además, a algunas cuestiones que hacen al sistema y a la organización interna de las unidades académicas; que se llamen facultades, que se llamen escuelas superiores, que se llamen departamentos si es que las universidades están organizadas por el sistema departamental. En Argentina tenemos respuesta para muchas de estas cosas.

Para el sistema departamental que responde al modelo americano, en Argentina hace tiempo que hemos dado la respuesta cabal. No sé si hay alguna Universidad en la Argentina (estoy un poco alejado de este problema, digamos, local) que mantenga el sistema departamentalista, que ha sido bastante repudiado y curiosamente, en algunos países latinoamericanos en los que se aplicó, algunas Universidades dieron marcha atrás y han vuelto por otro tipo de sistema o de organización interna.

Esto con respecto al sistema departamental, no por aquello de la prestación de servicio, la especificidad de las asignaturas en función del currículum y la no especificidad, porque parte del supuesto de que el conoci-

miento científico, el dato del conocimiento científico es válido y es el estudiante el que tiene que resolver.

Todos Uds., los que son docentes, saben que hace años que venimos planteando el problema de que en el tercer nivel de la enseñanza, el grado de madurez de los jóvenes que nos llegan debiera ser tal que nosotros debiéramos en cuanto docentes, administrarles ciertas dosis de conocimiento y el estudiante resolver ciertas ecuaciones. El estudiante universitario, mucho menos ahora que antes, no resuelve en el plano de la administración del conocimiento científico, múltiples ecuaciones que hacen a la adquisición de conocimientos instrumentales, por diversas razones; también las vamos a hablar después; las dejo ahí fijadas.

Con respecto de estas "pautas previas", este tercer punto que estamos desarrollando y en el cual quiero detenerme un poquitito más, ocurren algunas cosas curiosas. En estos últimos tiempos, una particular postura // científicista ha hecho que carreras (tanto en el campo de la tecnología, cuanto en el campo de la ciencia de la salud y aún en el campo de las ciencias sociales), por la vía de una mera yuxtaposición de asignaturas (cuando digo "asignaturas" hablo de porciones de conocimiento que se administran a través de diferentes métodos, procedimientos, técnicas, etc.) recarguen al estudiante en un esquema que va : Ciencias Básicas, o asignaturas básicas, asignaturas complementarias, otras electivas, etc. Hay diferente vocabulario; esto no tiene mucha importancia, porque hemos visto que unos dicen "básicas y complementarias" y le agregan "electivas", sobre la base del curriculum flexible ( que también si a alguien le interesa vamos a discutir qué se entiende por curriculum flexible y qué se entiende por curriculum fijo). Es decir que esto ha hecho que esto que se llaman "las ciencias básicas", se dé una porción, un tramo, dentro de esta caja de resonancia o de esta estructura del plan propiamente dicha, y se dé una equis cantidad de asignaturas que se llaman "Matemáticas I, II, III y IV, Física I, II, III y IV, o I y II, Biología", etc. que no tienen absolutamente ninguna relación con las asignaturas particularmente profesionalizantes que se empiezan a dar en el medio del plan o al final del plan o curriculum.

Y esto viene del departamentalismo americano y desde el punto de vista del concepto de que hay que meterle en la cabeza al estudiante una cantidad de ciencia pura o mal llamada pura, partiendo del supuesto que esos niveles de madurez son harto suficientes para hacer las ecuaciones a las cuales hacíamos referencia y enganchar esto que se da aquí como un hongo aislado, con esto y con estos otros tramos de asignaturas o agrupamientos de asignaturas; tanto estos agrupamientos de asignaturas sean verticales, cuanto que estos agrupamientos sean horizontales.

Y esto ocurre porque los señores que hacen la docencia aquí no tienen la más mínima comunicación con esta gente. Empiezan por establecer una tre

menda independencia, el viejo concepto de la cátedra autoritaria, individualista, que da status, prestigianete. Y generalmente, es lamentable decirlo, los hombres más prestigiosos en la profesión son los irreductibles y / tremendos negativistas para modificar el plan de estudios. Porque entre paréntesis, el problema del plan de estudios no es lo fundamental en la enseñanza universitaria: viejos planes de estudios, que cuentan con profesores que tienen una actitud nueva, más flexible, capaces de modificar permanentemente sus propias estructuras mentales, esos viejos planes de estudio / pueden ser renovados de los contenidos permanentemente sin necesidad de que cada 10, cada 5, cada 3 años se cambie el plan de estudios. No sé si me hago entender, porque lo otro es lo externo, lo que a nosotros nos interesa es el contenido que se maneja y la inquietud y la actitud que tienen y el grado de comunicación entre estos de la base con estos de la cúspide y los que están a nivel intermedio. Porque estos señores no se comunican nunca.

Y ocurren cosas tremendas, no sé si en el área de la salud, en la Universidad de Rosario ocurre esto, yo poco en todo caso de desconocimiento, pero puedo decir que en mi experiencia de cuatro años en la Facultad de Ingeniería Química de Santa Fe, donde fui Psicólogo de la Educación hasta el año 1964, ocurría esto. Es decir, esta concepción centricista hacía que se le metiera al muchacho mucha Matemática, mucha Química, mucha Física y ocurría después que estos profesores de esta porción del curriculum ni siquiera utilizaban la misma nomenclatura, utilizaban nomenclatura diferente, o sea que el vocabulario era extraño a uno con respecto a otro.

A nivel de profesional muy especializado, muy informado, cosa que no ocurre con el estudiante por razones obvias (que tampoco vamos a discutir ahora aquí) es imposible que esa solución de ecuaciones ideales en términos de conocimiento se puedan realizar. Porque el estudiante no tiene tiempo, no tiene condiciones ni económicas ni intelectuales para resolver todo este tipo de problemática. Es decir no tiene tiempo ni está en condiciones económicas para comprar tanta cantidad de libros, para confrontar, para ir tan lentamente incorporando nomenclaturas de la teoría tal y del profesor cual, del investigador zultano, del autor del libro tal, no tiene tiempo. Y esta es una aberración que cometemos algunos profesores, cuando no tenemos conciencia de la realidad concreta en la cual estamos pisando.

Es decir que estos señores puestos a fabricar un plan de estudios, se alejan de la realidad concreta que se llama "Argentina 1973", desde el punto de vista de la coordenada espacial (geografía) y la coordenada temporal (historia) de este país; y estado de desarrollo nacional.

Es decir, en Chile, cuando los médicos, que son profesores en la Facultad de Medicina -con quienes he tenido la suerte de trabajar en el año 1969- resuelven formar "médicos de choque". Cuando en Cuba, después de la

Revolución se quedan con 11 médicos en la isla dando clase en la Facultad de Medicina, porque se les fueron todos, absolutamente todos y tienen que resolver el problema de Medicina, ellos se preguntan qué médico van a hacer en Cuba. Esto condiciona: la extensión de la carrera que la reducen a cinco años, eliminar toda una gran cantidad de elementos del conocimiento que son superfluos y que los dejan para el post-grado; porque en esos momentos el grado de las urgencias es tal que es preciso formar un médico rápido, que atienda cierto tipo de prevalencias que se dan en el país.

Esto lo digo de Cuba, país socialista. Lo digo de Chile, país que no es socialista, que todavía está con un pié en todo un sistema capitalista. Y esto también tiene vigencia para la Argentina, que aunque nosotros los argentinos vergonzantemente digamos no somos un país subdesarrollado, somos un país en vías de desarrollo, tenemos algunas realidades concretas que manejar y que parece curioso que deban reflejarse- y tienen que reflejarse- en un plan de estudios. Esta es mi modesta opinión.

Tienen otros elementos que manejar en esta caja de resonancia; el famoso sistema semestral.

El sistema semestral no responde (como se pretendió alguna vez) a cuestiones puramente políticas, de política universitaria, de política educacional. Responde particularmente a problemas de psicología de la educación. Y está relacionado íntimamente con el ritmo del proceso del aprender; con las diferencias individuales y de grupos; además, con el proceso de decantación del conocimiento; y además con una realidad concreta que es la extensión del famoso cuatrimestre, en tiempos concretos, en clases reales que se dan y en el grado (esto también hay que subrayarlo) de dedicación que tienen los profesores.

En Argentina, que yo sepa, todavía no está solucionado, ni siquiera con la dedicación exclusiva, el problema de la dedicación en la enseñanza y en la investigación como actividades simultáneas a nivel de la Universidad. Porque tan poco trabaja - y perdonen si yo sin querer molesto con esta observación a algunos profesores universitarios- el profesor con dedicación exclusiva, como aquél designado por tiempo parcial, con 304 horas semanales, a menos que se haya resuelto en este momento.

Yo he conocido profesores de dedicación exclusiva en Facultades (a las cuales me voy a reservar individualizar por razones obvias) que no daban más de dos horas de clase. Los he conocido con dedicación exclusiva que presentaban un proyecto para investigación, pero por razones de orden económico, presupuestario, etc., no podían hacer tal investigación, la iban recortando y en consecuencia no daban nada más que una, dos y en el mejor de los casos tres horas semanales de clase.

¿Qué tiene que ver esto con el curriculum? Tiene mucho que ver. El problema de la dedicación del profesor tiene particular incidencia en esta caja de resonancia: cómo se dedica, cómo hace el seguimiento del alumno, cuáles son los niveles de comunicación que va a tener con los Departamentos internos de la unidad, se llame Facultad, escuela, instituto, etc.; ese tiempo repartido entre la docencia, la investigación y la difusión, que en nuestros países generalmente sigue como en el año 1920, por dar una referencia más o menos concreta.

Otro problema que también complica la cosa aquí, como decíamos hoy, es la selección de los contenidos. Un problema de particular competencia para los especialistas. Ningún pedagogo- como dije hace un momento- puede venir a resolver cuál es la materia actualizada que debe desarrollar y que es indispensable conocer estos objetivos específicos para formar un buen arquitecto, un buen ingeniero, una buena enfermera universitaria, un buen médico, un buen odontólogo, un buen profesional universitario. Y esto es de capitalísima importancia. Se lo recorte después al conocimiento en tres o cuatro materias, estableciendo las secuencias y las correlaciones.

Uds. saben que en el momento actual, se está haciendo una experiencia bastante revolucionaria en torno a este problema de las secuencias.

Por una actitud particularmente conservadora estamos dispuestos a sostener que indefectiblemente, en todas las áreas del conocimiento- cosa que está probada que es errada- hay que necesariamente que establecer un sistema de secuencias rigurosas de tipo lineal. Es decir que yo no puedo bajar a esta altura, si no he pasado previamente por ésta y por ésta.

La concepción estructuralista del plan: (cuando yo hablo de estructuralismo no hablo del estructuralismo como doctrina sino del estructuralismo como un método de análisis de ciertos elementos de trabajo), es decir, este tipo de secuencias lineales y este tipo de secuencias cruzadas me está trancando el avance; es decir que yo para aprobar esta asignatura, tengo que haber dado ésta en función lineal, pero ésta en función cruzada, porque suponemos que esto convence a quien ha tenido conocimiento. Y esto no es válido para todas las áreas del conocimiento.

Ya se ha demostrado, particularmente en el campo de las ciencias sociales, que se puede iniciar a partir de acá y tomar todo el elemento de la estructura; o sea, a partir de un elemento, el análisis de toda la estructura. Es decir, esto funciona también y se refleja en esta caja de resonancia que es la estructura propiamente dicha del plan de estudios.

Hay una gran resistencia a aceptar esto. Las experiencias que he realizado en la Universidad de Chile, las experiencias que he realizado en la Universidad de La Habana, ya no en estos términos rigurosos, sino en lo que ellos llaman "unidades lógicas de conocimiento", que ha destruido por ejemplo en la Facultad de Medicina la famosa Anatomía, la famosa Fisiología, la

fanosa Histología, como entidades absolutas ; viene a demostrar con esas experiencias que ya este sistema tan rígido de secuencias lineales o de correlaciones lineales o cruzadas no es válido para todas las áreas del conocimiento. Es decir, todavía subsiste para cierto tipo de ciencias, que es ineludible mantener esas secuencias; por lo menos en el tercer nivel de la enseñanza, donde se parte del supuesto básico y fundamental que el joven que llega a este nivel dispone de un bagaje de conocimientos mínimo indispensable que le permita ver todas las radiaciones.

Esto yo lo dejo planteado muy superficialmente, porque implicaría manejarlo en una mesa de trabajo, pues son cientos de aspectos que hay que analizar detenidamente para ver qué incidencia tiene en la conducción del proceso del aprender, sobre la base de leyes del aprendizaje que Uds. saben se han dado ya con cierta validez universal.

Estos problemas que hacen al plan de estudios, resueltos con las mil implicancias que tienen y puesto sobre una mesa de trabajo, hay una operatoria para la gente que le interesa resolverlo, y es esto: no partir de cero, por razones incluso de teoría del conocimiento nadie parte de cero en ningún aspecto, en ninguna ciencia, en ninguna técnica, etc. Entonces siempre se les aconseja para operar adecuadamente, realizar una comparación de los planes de estudios existentes, desde el punto de vista vertical y desde el punto de vista horizontal. Es decir, generalmente cuando se reúnen para formular un plan de estudios en torno de la carrera de Odontología, pongamos por caso, se reúnen generalmente los pedagogos que manejan una / terminología técnica, manejan o se supone que manejan ciertas pautas y se reúnen los odontólogos, probablemente médicos, bioquímicos, etc. por el tipo de conocimiento que se va a volcar y discuten la organización de este plan, como digo, no partiendo de la nada, sino de toda una trayectoria.

En consecuencia, conviene siempre tomar los planes de estudios que se han aplicado en los últimos 25 años. Generalmente es una porción de tiempo altamente significativa. ¿Qué ocurrió en la formación de odontólogos en estos 25 últimos años? ¿Qué pasó con los planes de estudio? Realmente uno ha hecho descubrimientos sensacionales. Esto es válido para otro tipo de carreras. Obviamente hay carreras, hay profesiones que son novísimas, que no tienen 25 años de vigencia en el país, son carreras muy nuevas; algunas porque no existían sencillamente y otras porque son carreras derivadas de carreras troncales, que han ido adquiriendo cierta autonomía.

Y luego, el análisis horizontal: ¿Qué ocurre con los planes de estudio de las Facultades que pertenecen a las Universidades más significativas, por ejemplo, primero del país en el cual estamos, en este caso Argentina; y si nos interesa el problema latinoamericano, ver en cuáles países no se ha hecho una traslación mecánica de planes de estudio de países al-

desarrollados, sino que ha emanado de ese país la construcción de estudios significativo en lo que hace a la formación de estos modelos necesarios para el momento histórico, en el cual el desarrollo ese país tiene una fisonomía bien clara: se llama Perú, se llama Argentina, se llama Uruguay, se llama Ecuador, se llama Puerto Rico, se llama Cuba, etc. Entonces yo hago una comparación horizontal para ver qué ha pasado y lo encuadro. O sea, ver qué ha pasado en la Argentina y en estos países en estos últimos cinco años en materia de plan de estudios. Ya tengo el primer punto de partida, la primera referencia concreta.

Luego, trato de responderme por qué está ese tipo de asignatura. Entre las cosas que uno encuentra es esta concepción cientificista de meterle a los muchachos una gran cantidad de lo que se llama "las ciencias puras", sin ninguna clase de relación más o menos clara o inmediata; en el campo del área de la salud, con las clínicas por ejemplo. Esto se ve, porque ha surgido como una moda después del impacto que ha hecho a nivel universal el descubrimiento realizado por ciertos países.; entonces se creyó que mecánicamente se podía resolver el problema del conocimiento, el problema de la formación de profesionales, etc.

Y aquí surge otro elemento: resuelto lo anterior, aparece el problema de resolver sobre el sistema de evaluación del conocimiento.

Sobre el problema de la evaluación del conocimiento en el tercer nivel de la enseñanza hay mucho dicho y mucho escrito. De esto mucho dicho y escrito, gran parte no se diferencia de lo que ocurre en la enseñanza secundaria, con un proceso de traslación: trasladan técnicas, métodos y conocimientos de la enseñanza secundaria, en el afán de romper viejos sistemas de evaluación, que generalmente se contraban en el famoso examen // con mesa de tres, donde el que preside siempre resuelve la cuestión; muy de tarde en tarde se encuentra uno con que el fiscal resuelve con su voto (con cierto afán objetivo) el examen, generalmente es el titular el que resuelve, por lo cual algunas facultades han obviado el problema y han eliminado las mesas de tres y se hacen exámenes voluntarios, se hacen coloquios, los famosos tete a tete donde está el alumno con el profesor.

De todo esto hay cosa experimental; incluso en esa famosa y aberrante promoción sin examen, sin ninguna clase de evaluación, que puede ser desde el punto de vista demagógico una cosa muy interesante, que a los estudiantes les puede caer muy bien, pero cualquier persona que tenga un mínimo de madurez mental sabe que es una de las enormes aberraciones que han cometido algunas universidades latinoamericanas, en las cuales están en franco retroceso. Es decir, la promoción sin examen, que no es el cambio del examen por otra forma de evaluación, sino lisa y llanamente la eliminación de cualquier forma más o menos rigurosa de medir cuantitativa y

lo que es más importante, cualitativamente, el conocimiento del estudiante.

Entonces esto también hay que dejarlo bien claro, la evaluación y cómo se van a dar las promociones, con una cierta flexibilidad.

Luego vendrá el aspecto formal, cuál es el título que se da y qué es lo que se deja como actividades de post-gradúo.

Con lo cual nosotros tenemos que el problema de la organización o menos operacional de un plan de estudios implica manejar una gran cantidad de elementos de orden formal y de orden substancial, que el agregar materias o asignaturas. Implica manejar una gran cantidad de datos, una gran cantidad de información que hay que funcionar a la luz de la realidad concreta, como acabábamos de decir. Y que el estudiante tiene que ver esta hipérbola.

Es decir, el estudiante cuando llega a la Facultad, a la Universidad, a la Universidad si es que ella está organizada departamentalmente debe saber por dónde empieza, cómo sigue y dónde acaba su carrera, en términos de tiempo concreto, de exigencias y en términos de créditos. O sea que esta caja de resonancia a la cual hacíamos referencia aplica también dejarle claro que en el sistema de evaluación y promoción hay un número de exigencias de modo tal que la cátedra no pueda simplemente alargar o acortar a piacere la cantidad de horas de dedicación, que el estudiante merece cierto respeto, independientemente de que nosotros nos creamos el ombligo del mundo con nuestra cátedra, porque eso puede ocurrir.

Es decir, el alumno debe saber qué cantidad de horas va a dedicar a la teoría y a la práctica, asistencia a clases, cómo debe organizar su tiempo libre, independientemente de todo el problema metodológico, al cual lo deje aparte porque debe discutirse en el Departamento o en el Instituto o si todavía se mantiene el sistema de cátedra vertical, con el Titular.

Y al respecto, el señor Titular tiene una cantidad de profesores adjuntos, de jefes de trabajos prácticos y todas esas categorías que tienen ahora las Universidades argentinas, que los hay de primero, segundo, tercer grado, cuando la tendencia actual es resolver en dos grandes categorías y en el peor de los casos en tres, aquí se han multiplicado como los panes de Cristo, y entonces hay adjuntos, hay auxiliares de 1ra. de 2da. de 3ra., cuando la administración del conocimiento la da el que sabe y no el que está más arriba o más abajo.

Titulares hay tan avejentados en sus conocimientos que son sobrepasados por sus Jefes de Trabajos Prácticos.

Y todo el mundo sabe que en materia de organización del currículum y en materia de renovación de las Universidades, jamás (por lo menos los

que hace como 20 ó 25 años que estamos trabajando en esto y hemos tenido la suerte de trabajar fuera del país con otra gente) jamás se empieza por arriba, jamás.

Nadie puede esperar que con los Titulares y los Adjuntos se pueda resolver el problema curricular, el problema de promoción, el problema de adecuación del conocimiento. Porque es tal la petulancia, el grado de petulancia que se da a estos niveles que es prácticamente imposible establecer una adecuada comunicación para discutir problemas concretos. El problema de suficiencia aplasta a los niveles de abajo.

Todos los estudiantes saben que con los únicos que aprenden son con los Jefes de Trabajos Prácticos. Y algún Adjunto renovado. Casi nunca se aprende con el Titular. El Titular viene a ochar pinta. Hay excepciones, hay excepciones porque sino no sería la regla.

La mayor parte de los Titulares son hombres con gran prestigio en su profesión, que se olvidan que cuando uno viene del ejercicio profesional liberal a la Universidad, debe anteponer al status profesional el status docente. Y ser docente es ser enseñante, es decir, baja. Ser docente es bajar del pedestal.

Como generalmente esto no se da, entonces hay que hablar sobre las renovaciones, las renovaciones de métodos, etc. con los Jefes de Trabajos Prácticos, también - donde hay - con los Ayudantes Alumnos; y con los Adjuntos cuya sensibilidad por el problema permite manejarlo y encaminarlo.

Nunca nosotros - los que estamos en este problema de la pedagogía universitaria - lo planteamos a nivel de titulares. Solamente esperamos a los Titulares - que los hay - que vengan a nosotros. Es decir, hay titulares que vienen a nosotros.

Generalmente hemos llevado cuenta y hay un alto porcentaje - que nunca baja del 75 % de titulares en ciertas facultades que no se enteran jamás de lo que pasa en materia de cambio metodológico, adecuación de sistema. Ni siquiera conocen a cabalidad la organización del currículum vigente. Nosotros hemos pillado eso en algunas Universidades latinoamericanas, ojalá no sea en universidades argentinas, hemos pillado que hay titulares que no tienen sentido de esta hipérbola, cuando nosotros reclamamos que el estudiante de 1er. año debe saber donde empieza, cómo continúa y dónde acaba; qué título le van a dar; qué tipo de exigencias tendrá.

Ahora bien, hay mil maticos que yo he dejado para la discusión, un poco traviosamente para saber si a Uds. les interesa que desarrollemos, porque como empecé diciendo, hay una cantidad enorme de material para ver.

Todos los profesores universitarios no están en condiciones de organizar un currículum. Primera sapiencia que hay que manejar a flor de papilas dactilares. No todos estamos en condiciones de venir a opinar sobre

el problema del currículum. Es decir, podemos hacerlo, pero **estar** en condiciones implica tener un conocimiento más o menos acabado de algunos datos.

Ahora bien, para terminar, si esta operatividad se da sobre la base de la comparación, de la indagación sobre los planes de estudios existentes en forma más o menos vertical, en los últimos 25 años y lo que pasa en ciertos grupos de países que nosotros suponemos que nos pueden enseñar algo, ahí empezamos a trabajar.

Cuando se empieza a trabajar en estos términos concretos de volcar en el currículum- además de respetar los aspectos técnicos- está el otro problema: el problema de la prescindencia de los intereses creados. De los intereses de grupo y de los intereses individuales. De los hombres y mujeres que quieren salvar su cátedra, por más perimida que ella esté, porque unen al problema de la enseñanza el problema presupuestario, personal y familiar, que tiene su sentido, pero que hay que resolverlos en otros términos, tratando de evitarle los prejuicios que esto trae. Para eso se debe tener en cuenta toda esa otra dimensión dinámica que hace a las posibilidades que tiene uno de cambiar, de readaptarse, acondicionarse en un sinnúmero de **tareas** que el currículum implica.

Y aquí cierro mi exposición para decir que la diferencia entre el **me**ro plan de estudios y el currículum implica que el antiguo plan de estudios se preocupaba de las asignaturas muchas veces a nivel de la sola enumeración del nombre; ni siquiera haciendo un señalamiento de los contenidos generales que después, en el programa anual, son los contenidos específicos que desarrolla el profesor.

El currículum implica todo esto del viejo plan de estudios, las asignaturas, el sistema de correlaciones cruzadas y horizontales, las exigencias, el sistema semestral, etc. y además toda una serie de actividades complementarias, para las cuales muchas veces servirían profesores que ya no están en condiciones o no están con disposición- por las razones / que sean- de asumir docencia directa, o sea que se los puede desplazar a hacer otro tipo de docencia complementaria, cualquiera sea el grado o la categoría en que se está desempeñando.

Digo esto, porque aunque parezca un poco grosero hacer este señalamiento, toda vez que nos hemos planteado la necesidad de la modificación de los currícula, nos hemos encontrado con la situación catastrófica que implica eliminar cierto tipo de actividad o cierto número de asignaturas, con las consecuencias que esto trae.

La antigua Reforma argentina del '18, cuyo modelo copiaron muchas universidades latinoamericanas, implicaba la periodicidad de la cátedra, que era una salida para renovar los cuadros. Hay otros sistemas de renovación, pero que no está dentro de mi plan desarrollar esta noche y segu

ramente discutirán (ahora que se da esta coyuntura histórica favorable para renovar la Universidad desde adentro) todos ustedes cuando se pongan a trabajar.

Y, por último, yo quisiera decirles que en este momento la elaboración de un plan de estudios implica sacar la Universidad fuera del ámbito físico en el cual durante años-- yo diría durante centurias-- ha venido desarrollando sus propias actividades. Desde la Edad Media la Universidad ha estado metida entre cuatro paredes, cualquiera sea el planteo, llámese Extensión Universitaria, Difusión, Trabajo en la Comunidad, etc. con los cuales se han querido resolver el problema de meterse ella dentro del medio.

Hoy hay experiencias concretas, no solamente en los países socialistas, que parecen estar en la avanzada respecto a la solución de ciertos problemas concretos en materia de enseñanza del tercer nivel, sino incluso en algunos países que adscriben al sistema radicalista, a nivel puramente experimental, la salida de la Universidad afuera; que implica sacar al equipo de profesores afuera. Se haya realizado por departamentos, se haya organizado por laboratorios, se haya organizado por el sistema de institutos, o a la manera alemana del sistema de seminario; o manteniendo el viejo criterio de la cátedra vertical, que ya no subsiste en términos de incomunicación de la cúspide con las bases. Una cátedra bien organizada se reúne semanalmente para discutir no solamente los problemas de la administración de los contenidos, sino también para discutir problemas que hacen al proceso de conducción del aprender en tercer nivel, donde interfieren problemas de madurez del grupo, de conocimiento, de ritmo en el proceso del aprender, etc. etc, una serie de cosas que tampoco tengo tiempo para desarrollar aquí.

Es decir, esto de volcar la Universidad afuera implica un esfuerzo de locomotividad. No podemos seguir dando clases así, con este sistema aborrecido, que es subirse un poquitito más arriba. En alguna época podrá haber tenido sentido, pero ya no lo tiene más. Aún en las carreras del área de la salud, que son las más conservadoras, generalmente las más conservadoras en materia de formación de profesionales. Cuanto más, como digo, en el área de las tecnologías, llamadas Ingeniería, Arquitectura, etc. Y en el campo de las ciencias sociales el avance es indiscutible y todo el mundo lo conoce.

Esto es lo que yo tenía que decirles, muy a salto de mata, con respecto a algunas pautas que hay que tener en cuenta para elaborar un plan de estudios con sentido más o menos operacional, pero que no basta con lo que dijimos hoy, porque ahora será preciso sentarse en una mesa de trabajo y discutir y desmenuzar, avanzar y dar dos o más pasos atrás, cuando sea

necesario, para construir un currículum que incluya además de las asignaturas poladas de entaño, todo un sistema de actividades que reside particularmente en una manera nueva de asumir la práctica y que en algunos países se asume desde el primer año.

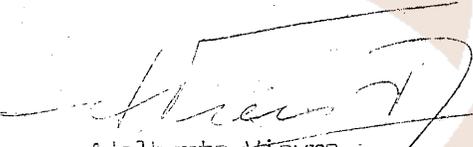
No escindiadas, sino encastradas, teoría y práctica, tal cual ensafia la teoría del conocimiento, o la historia de las teorías del conocimiento.

Les pido disculpas por no haber dado más material, porque ni siquiera tengo mis papeles, que están en la Universidad de Concepción.

Si Uds. tienen la gentileza podríamos tomarnos un rato para evacuar algunas preguntas que por asociación libre, como diría alguno, Uds. deben formularse a Uds. mismos y al grupo y a mí.

-----000-----

ags

  
Adalberto Vieyra  
Secretario Académico

Transcripción de la cinta magnetofónica  
Facultad de Ciencias Médicas  
Santa Fe 3100  
Rosario

REUNION CON MIEMBROS DE LOS CONSEJOS DE DOCENCIA DEL AREA QUIRURGICA

TEMA: CAMBIOS CURRICULARES EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

Sala de Sesiones, 28 de noviembre de 1973

DR. VIEYRA: ...pero por encima de eso hay el reconocimiento de una realidad que nos ha hecho que todos sintamos la necesidad de hacer cambios en el plan de estudios de la carrera de medicina. Con ese propósito es que al poco tiempo de iniciada nuestra gestión en la casa requerimos la colaboración de algunos compañeros para que nos asesoraran y trabajaran con nosotros en la elaboración de ideas (en este momento, por ahora estamos en la fase de los documentos previos que estas reuniones ayudan además a profundizar y discutir para trabajar con nosotros en los cambios curriculares. La Comisión la integran entre otras personas la Dra. Troncoso, Roberto Arcuri y Alberto D'Ottavio, como así también el Psicopedagogo O. Menin.

Hay un convencimiento que nosotros tenemos de que ningún cambio curricular puede llevarse a cabo - puede concretarse pero no viable - si no cuenta no sólo con el apoyo sino también con la participación plena y activa de todos los sectores interesados.

En el área específica de la enseñanza de la Cirugía, no va a poder llevarse a cabo la enseñanza de la cirugía si los maestros de esa área no están consubstanciados de los cambios que se proponen.

De la misma manera, el aporte de los alumnos entendemos que es necesario, puesto que aquellos que van a recibir la enseñanza en el pre grado quizás tengan mucho que decir.

Con el propósito, entonces, de elaborar juntos los cambios curriculares que estimemos sea necesario aplicar es que comienza hoy la primera de una serie de reuniones que esperamos tener hasta el 31 de enero, con Uds. en particular y con Uds. formando parte de una reunión más amplia con clínicos y otras especialidades, para analizar la orientación general de la enseñanza de la medicina, para que analicemos la orientación de la enseñanza en el área específica de Uds., para que analicemos los contenidos de la enseñanza una vez que definamos esa orientación y luego para que discutamos de los métodos. Y cuando eso esté más o menos elaborado, empecemos a ver cómo armamos el curriculum de la carrera de medicina y cuál es el aporte que Uds. pueden hacer para armar ese curriculum.

La propuesta que nosotros hacemos para iniciar esta reunión es que como paso previo demos una vuelta y cada uno comiece a relatar su experiencia, su vivencia, sus aspiraciones y qué es lo que piensa de la enseñanza de la medicina y de la enseñanza de la cirugía.

DR. GURRUCHAGA: Quiero señalar que veo con satisfacción que se haya promovido una reunión de cirujanos a cargo de la responsabilidad de las cátedras de Cirugía, para definir una serie de aspectos que el grupo de Titulares en el último trimestre del año pasado había hecho llegar a las autoridades en el sentido de la necesidad de modificar substancialmente el curriculum de las cirugías. Ese primer punto quiero señalarlo. Es de gran autenticidad.

Segundo, la Cirugía en esta Facultad, como conocemos todos, se hace a través de 3 años, en donde de una manera evidentemente arbitraria, sin ningún sentido pedagógico, educativo y mucho menos fisiopatológico, se ha dividido la Cirugía en I, II y III y como consecuencia de esa división se le enseña al estudiante de manera repetida temas que lógicamente no son enfocados no con la libertad académica que deben tener, sino que se les enseña de acuerdo al criterio del profesor que en esa cátedra tiene la responsabilidad de hacer.

Esto trae como consecuencia repeticiones, exceso en el esfuerzo del alumno para aprender una misma cosa, condiciona situaciones contrarias en la apreciación de ese conocimiento ya que no hay coherencia, no existe cohesión ni tampoco uniformidad en lo que el alumno en tres años tiene que aprender una misma cosa.

El resultado de esto es que cuando va a Cirugía II se supone que muchas cosas no se deben tocar porque le enseñaron en Cirugía I y así cuando llega a la Cirugía III de Integración resulta que tampoco se pueden elaborar diagnósticos precisos ya que es evidente la insuficiencia que en el campo de la semiología, de la fisiopatología y del avance en el diagnóstico tiene el estudiante.

Aproximadamente al estudiante se le da 360 horas de Cirugía en los 3 cursos. Vale decir que es un tiempo que a criterio de los profesores que presentamos aquél pedido a que he hecho referencia podría concretarse en un solo curso, que se llamase "Cirugía". Ese curso sería dado por las cuatro cátedras o por más cátedras, si las hubiera, o por UDH debidamente autorizadas y con responsabilidad para dar enseñanza, de tal forma que esos cuatro o más profesores se reunirían para hacer el curriculum de la materia, se fijarían claramente los objetivos que van a seguir los profesores en sus respectivas cátedras y que van a ser iguales. De manera que el alumno que le tocara una cátedra no va a tener objetivos diferentes a aquellos compañeros que van a ir a las otras cátedras. Esos objetivos tendrán que ser claros, evaluados, perfectamente bien demostrados, para que no haya ninguna discusión, ya que los profesores son los que se van a poner de acuerdo para fijarlo.

En el área cognoscitiva se van a fijar qué vamos a enseñar. Y por cierto que esa enseñanza tendrá que ajustarse en un todo a las necesidades del médico actual, que en cierta medida no está muy definido en las univer



sidades argentinas, pero que de cualquier manera pensamos que tendrá que ser un médico que debe volver a la calle para tratar y conocer las cosas fundamentales que debe conocer un cirujano para poder saber cuándo debe hacer un diagnóstico y saber bien que no debe hacer perder tiempo al paciente para ser atendido en los centros correspondientes.

Todo eso se fijará perfectamente bien para lo cual quedará, lógicamente, para cada cátedra la libertad académica, para poder dar su opinión acerca de aquellas cosas que lógicamente pueden ser motivo de discusiones o controversia, que tendrán que ser las menos posibles para el alumno, ya que al alumno hay que llevarle - de ser factible - cosas que, por el grado de preparación que tiene y el momento de su aprendizaje, no se le despierten hechos confusos, que después cuando ya es profesional tiene otra experiencia y otra formación que es capaz de discriminar.

Entonces, en el área cognoscitiva fijar perfectamente bien qué vamos a enseñar y ponernos de acuerdo acerca de eso.

En lo que se refiere al área de las habilidades, la enseñanza - nos habíamos puesto de acuerdo el Dr. Moroni, el Dr. Manzoni, el Dr. Borétti - que hay que despertar las habilidades del estudiante. Por dos razones: en primer lugar porque es la forma de enseñar. Se debe enseñar la Cirugía, creo que toda la medicina, pero la Cirugía o por lo menos las materias clínicas, atendiendo al enfermo. La forma moderna de enseñar dice (y se insistió en el Congreso de Toronto, que yo he hecho referencia y que asistí en el mes de septiembre del año pasado) que hay que enseñar al alumno atendiendo al paciente, es la forma como se fija el conocimiento y no alrededor de una cama donde un hombre que sabe le habla de un problema a los estudiantes que inmediatamente se distraen, que no pueden escuchar, que la relación estudiante-enfermo es muy desproporcionada y al cabo de media hora nadie quiere aprender y es un fracaso. Mientras que si por el contrario el estudiante asume la responsabilidad de atender al enfermo, guiado por quien sabe más, que pueden ser varios en la cátedra hasta terminar con el docente de más responsabilidad, entonces va aprendiendo. Por ejemplo viene una hemorragia gástrica, no es cuestión de hablarle qué es la hemorragia gástrica, etc., no, se le va explicando a medida que se lo va atendiendo al enfermo, a medida que él va tomando la presión venosa central, se le está indicando los síntomas, se le está poniendo la sonda, se le está lavando con agua fría el estómago o lo que fuere hacer o corresponda, o se está pasando el fibroscopio y está mirando la lesión, él participa, él mira, él ve, él actúa, él está desarrollando habilidades. Y entonces eso es lo que queda, eso es lo que sirve. Es decir, cambiar totalmente desde ese punto de vista la enseñanza. Y por otra parte al hacerlo de esta manera estamos despertando el interés y estamos formando una cosa muy importante: es probable que alguno de esos alumnos que ya pasen por esa experiencia encuentren en la Cirugía su vocación, que es el otro aspecto importante que nosotros vemos en esta forma de encarar la enseñanza

za.

Y finalmente, visto así el problema, viene el punto más difícil que es la evaluación. Evaluar es muy difícil, es como decir juzgar. Es posiblemente la tarea más difícil que tiene el hombre: juzgar a otro hombre. Y para eso, para juzgar, es necesario que nos pongamos de acuerdo los profesores y tratemos de que esa evaluación se ajuste a una auténtica realidad que va a surgir del conocimiento que los docentes vamos a tener de los alumnos. Ya que tratamos un hecho pedagógico y no soy yo quien tengo autoridad para hablar de esto, diré que la mejor forma de enseñar es aprendiendo. Y así como lo enseñamos al alumno, aprendemos del alumno cómo él quiere que nosotros le enseñemos y de esa ecuación profesor-alumno, creo que surge un auténtico y correcto entendimiento. Por eso nosotros pedíamos en aquella oportunidad la autorización para seguir con esto y para ir a lo que Ud. ha dicho, a profundizar el curriculum.

Decíamos también, entre otras cosas, que la materia debía estar en 5to. año. A nosotros no nos interesa a los cirujanos que esté en 6º año porque si está en 5to. año parecería que es más importante la materia. La importancia de la materia no está dada por el sitio curricular que tenga dentro de la carrera. Está dada por otros factores de los cuales yo muy someramente he expresado algunos. De manera que pensábamos que tenía que estar en quinto año. Entonces los alumnos se dividirían en 4 grupos en 5to. año; 110 alumno por cátedra, que van a recibir los mismos objetivos los mismos conocimientos y será posible la misma evaluación.

Y demostrábamos que esas 360 horas que llevan dictar las tres materias de Cirugía, si concentrábamos por grupos, cada cátedra tomaba 110 alumnos; que en el curso del año divididos esos 110 alumnos por tres o por cuatro, le estábamos enseñando 360 horas a grupos de 20 alumnos. Es decir que sin agrandar, pedir más dinero, pedir más instructores, pedir más cosas, nosotros estábamos en condiciones de dar una enseñanza muy superior. No como ahora que hacemos dos cursos intensivos, que vienen los alumnos 110 horas, que hay que concentrar todo, hacer una cosa muy rápida y mejoramos, yo creo que hemos mejorado la enseñanza, pero todavía estamos muy lejos de lo que puede ser.

Y Para terminar quisiera señalar a las autoridades que existe ese proyecto, no sé si lo habrán podido leer, que sigo pensando como en aquella oportunidad no sé si los colegas piensan lo mismo, eso lo dirán ellos en que eso sería el punto de partida para poder entendernos, sobre todo con algunas materias clínicas que en aquella oportunidad, cuando las autoridades entraron a comentar con algunas profesores de materias clínicas, ellos eran reticentes, porque había que mover alguna materia de un año a otro. Pero todo eso es superable y para mí no tiene importancia. Por ahora sería eso lo que yo quería decir.

R.A.Q.

DR. VIEYRA: Quería adelantarle que ese proyecto de los profesores de Cirugía, junto con un documento titulado "Sobre la enseñanza de la Cirugía" está siendo preparado para distribuir entre los Consejos de Docencia de Cirugía y de las otras materias después, para que sirva también como elemento de discusión junto con todos los otros documentos que se están preparando y elaborando. Entendimos que es una base importante para la discusión que debemos llevar a todos los niveles. Es decir, con participación de todos los docentes que estén en la enseñanza de la Cirugía y además - repito - con los alumnos que deban comprender por qué se los va a enseñar de esa manera.

DR. MORONI: Yo personalmente entiendo que es plausible que en la Fac. de Medicina de Rosario se hable de cambio curricular. Existe un grupo de profesores que hace 2 o 3 años que tenían inquietudes sobre cambios curriculares, que parecía que iban a demorar mucho tiempo en concretarse. Pero pareciera que las cosas han cambiado y se brinda la posibilidad de que esos cambios se produzcan. Para introducir cambios curriculares en una estructura como es una escuela de Medicina es muy importante que para poder provocar esos cambios se siga una determinada estrategia. Yo creo que sería muy interesante que se nos informara cuál es la estrategia planteada para producir esos cambios curriculares. Creo más o menos advertirla a través del mecanismo de trabajo que se ha puesto en funcionamiento, es decir, la elaboración de unas bases, la redacción que entiendo es tentativa de lo que se supone que deben ser objetivos generales y específicos de la escuela de Medicina.

También pienso que el objeto de esta reunión es más que considerar cómo debe ser la enseñanza de la cirugía es discutir con los cirujanos estos objetivos generales y específicos porque es el punto inicial de toda discusión que sepamos cuál es el producto que esta Facultad de Medicina intenta producir.

Ese sería mi aporte inicial a esta discusión porque entiendo que profundizarla en otros aspectos no sería conducente, si es que como digo el objeto de esta reunión es que nos pongamos a discutir sobre los objetivos generales y específicos. Yo algunas ideas tengo al respecto, pero pienso que sería más interesante que nos pusieramos de acuerdo si éste es el tema para ...

DR. VIEYRA: Yo creo que lo dije al principio, es decir que primero teníamos que discutir acerca de la orientación general de la enseñanza y esa orientación se fije en base a objetivos que se definan. Precisamente entendimos que debe ser el punto de partida, porque después el acomodamiento curricular se va adecuar a esos objetivos. Estos objetivos son - como dice el Dr. Moroni - pre-elaborados, da más que una base para la discusión.

DR. MORONI Con respecto a los objetivos yo no puedo más que estar absolutamente de acuerdo con lo que aquí se dice. Hay una sola objeción y eso sí creo que es importante que se discuta y son las características que debe tener el médico que se supone que va a egresar de esta Facultad de Medicina, porque de eso va a depender absolutamente todo.

De esta Facultad de Medicina va a egresar una sola clase de médico o van a egresar tres o cuatro tipos o categorías o calidades de médicos. Yo personalmente pienso que si esta Facultad de Medicina se nutre - como lo hace - con los estudiantes que provienen de su zona de influencia y la mayoría de sus egresados se distribuyen por su misma zona, es decir una zona de un desarrollo industrial bastante importante, creo que la Facultad debe formar más de una clase de médicos. Debe formar un médico general y otras formas de médicos con una orientación ya más definida que le sea de utilidad a la sociedad su especialización y que les brinde mayores satisfacciones a esos médicos, porque encararían su vida profesional a través de una especialidad hacia la cual han sentido una vocación que es más fuerte que la de ser médico general indiferenciado.

Acá he leído entre los objetivos específicos que dice "la formación de un médico general ...". Creo que puede ser el tipo de médico que quiera formar la F.de Medicina. Yo personalmente pienso que nuestra Facultad debiera formar por lo menos dos o tres clases de médicos. Un médico general indiferenciado y por lo menos dos o tres categorías de médicos diferentes, con alguna tendencia especial. Creo que sería muy importante que se discuta porque es el punto fundamental; sabiendo lo que se quiere se sabe cómo se debe proceder y los pasos que hay que dar.

DR. MANZONI: Como ha dicho el Dr. Moreni yo no haría estrategia, sino que para todo planteamiento hay que seguir una didáctica y un orden. Aquí específicamente hemos sido llamados para ver cómo debe ser encarada la enseñanza. Afortunadamente yo he intervenido en el proyecto de hacer la Cirugía Única como se ha programado, de lo cual no se puede más que estar absolutamente de acuerdo, porque con menor esfuerzo se va a conseguir un mayor bien.

Es fundamental, eso sí, como se ha especificado y como lo ha dicho el Dr. Gurruchaga y como a veces lo ha manifestado el Dr. Jorfén, que tengamos un acuerdo los diversos profesores de las cátedras de lo que vamos a decir y enseñar. Que sea bien actualizado. Lo que está en discusión o en confusión, eso tiene que ser dejado de lado.

Es entonces fundamental el orden y la programación que se ha hecho, una Cirugía Única dividida en diversas etapas. Importante es eso. Otra cosa con la que estoy de acuerdo con el Dr. Gurruchaga y el Dr. Moroni es que la medicina debe ser la más objetiva posible, es fundamental, la medicina en general se aprende al lado del enfermo. Desde ese punto de vista nosotros creemos, orientados en los nuevos elementos de enseñanza audiovi-

R.A.:G.

suales que hemos contribuido con un pequeño granito de arena a desarrollar el método audiovisual, que yo voy a poner en consideración de Uds. señores profesores, para que lo examinen, lo vean y juzguen si vale la pena o no proseguir. De manera que en una reunión próxima, cuando sea yo los voy a decir a Uds. que nos pongamos de acuerdo para mostrarles un audiovisual que ha hecho el Dr. Alvarez Gardiol sobre pericarditis que creo que puede ser de interés como elemento de objetivización para aprender, si vale la pena o no aprender. Creo que es una cosa que es discreta, van a ser Uds. los jueces que van a juzgar y también que no hay una pauta, como ha dicho el doctor, la evaluación tan justa, si vale la pena o no seguir con uno de esos elementos de enseñanza, Uds. van a ser los jueces de si vale la pena o no seguir con ese método de enseñanza como ayuda en la prosecución de la enseñanza desde ese punto de vista. Así que en ese punto de vista estamos de acuerdo.

Claro, es muy interesante lo que se ha dicho, tenemos que discutir mucho en dos partes: primero si se acepta la cirugía única, única como rubro cirugía en sus dos aspectos; segundo: el curriculum, eso lo tenemos que ver nosotros lo que vamos a dar y estar de acuerdo; tercero: la distribución de esos elementos y luego lógicamente la ubicación.

Entiendo que posiblemente 5º o 6º año, lo que Uds. gusten, eso lo veremos luego, es una buena ubicación y que posiblemente habría que hacer traslado de otra cátedra a otro lugar porque lógicamente vamos a tener que disponer de un tiempo mayor para darles esa enseñanza.

En definitiva, apoyamos el proyecto que se hizo de Cirugía Única. La necesidad de la integración de este proyecto de cirugía única que sea la más uniforme entre las 4 o 5 cátedras que hay. La forma programada que va a ser útil al alumno. La mayor objetivización tanto sea con el enfermo o con los métodos, con la incorporación de los métodos audiovisuales.

Como nosotros habíamos tenido interés y hemos estado trabajando en eso con A. Gardiol, yo les voy a pedir a Uds. que cuando venga el Congreso de Cirugía en Mar del Plata, nos reunamos un día, también con Ud. doctor, que vea el punto de vista psicopedagógico y si ese audiovisual de una enfermedad determinada vale la pena o no, como enseñanza y proseguir, en todo caso, de ser favorable o tener buena acogida, con otros elementos iguales para que lo tengamos todas las cátedras como elemento de enseñanza.

En definitiva, entonces, estamos de acuerdo con la enseñanza de la Cirugía integrada; la programación de la misma que sea con un programa definido, determinado y que sea lo más efectivo y objetivo posible; Y que lógicamente tendremos que reunirnos varias veces para discutir estos elementos en todos sus diversos puntos para llegar a un acuerdo y sea una cosa armónica y eficiente en su marcha. Los voy a pedir que ese trabajo que

R.A.Q.

tiene el doctor Moroni nos llegue a todos nosotros para estar mejor informados.

DR. CACCIA: Yo me reintegré a la cátedra después de 10 años de estar ausente, pero cuando di mi clase inaugural los otros días, en forma un poquito simple dije que en el año 52, 53, 54, cuando estaba a cargo de una cátedra de Patología Quirúrgica ya teníamos los mismos problemas que en este momento en la cátedra existe. Hice una alusión de que en aquel tiempo pensaba que estábamos en Guatemala y ahora no sé si estamos en Guatemala o en Guatopoor.

Los mismo problemas que había en aquel tiempo subsisten en este momento, en el sentido de la forma de enseñar. Los alumnos nos transmiten el deseo de que se les haga más enseñanza práctica y menos enseñanza académica. De manera que estas inquietudes son interesantes con respecto al cambio del plan de estudio y al cambio de los procedimientos de la enseñanza.

Creo que como elemento fundamental en estos casos hay que dilucidar qué médico es el que va a salir de esta Facultad, las características que tendrá el médico, porque de acuerdo a ese planteo van a variar las tácticas de la enseñanza de la Cirugía.

Si se va a hacer un médico general con conocimientos simples de lo que es Cirugía, considero que no hay que perder mucho tiempo enseñando tremendas cosas quirúrgicas que no van a volver más.

Coincido con el Dr. Gurruchaga de que el alumno debe salir sabiendo cirugía, pero también tiene que salir de Cirugía sabiendo hacer lo que lo enseñaron. Eso es lo fundamental. No la enseñanza teórica, sino la enseñanza práctica, al lado del enfermo. Por tanto considero que estas cosas son muy útiles y ojalá coincidamos en la modificación de los planes de estudio, en la modificación del estudio de la cirugía, que lo haremos todo en beneficio del alumno.

Pero lo primero que hay que determinar, porque eso dará la pauta de cómo se va a dar la cirugía, si vamos a formar un cirujano general, un médico general u otro tipo de especializado.

Asimismo creo que esa división de Cirugía I, II y III no es también muy convincente al beneficio de la enseñanza. Creo que es factible - habrá que estudiarlo - que se haga una sola cátedra de Cirugía, con distintas salas y docentes, pero la cirugía debe enseñarse en una sola unidad.

De manera que ese es otro tema que hay que tratarlo: hasta dónde podemos nosotros enseñar todo un programa de Cirugía. Hacer una enseñanza integrada y en contacto y coincidencia con todos los profesores de las demás cátedras.

R.A.Q.

DR. POLLASTRI: Yo como Instructor y un poco más joven que todos los que me han precedido, estoy plenamente de acuerdo en la forma en que podemos; modificar el curriculum de cirugía. En primer lugar fijando los objetivos fundamentales del médico que va a egresar de la casa y en segundo lugar fijando los objetivos de la enseñanza de la cirugía.

Ahora ya fijados los objetivos de la enseñanza de la Cirugía es importante arbitrar los medios para conseguir que el estudiante aprenda a través no a través del Tr.Pr. tradicional que aún todos los esfuerzos que hacemos para que eso no suceda, se sigue repitiendo.

En varias reuniones que hemos tenido con el C.de Doc. de Cirugía III hemos pensado y lo difícil es probablemente llevarlo a cabo, que lo más útil para el estudiante que va a hacer un curso de Cirugía, un curso de Cirugía general, sería buscar la forma de que ese estudiante haga un semi-internado, porque el problema que nosotros vemos en el curso intensivo es que el estudiante viene a la mañana muy temprano, da su trabajo práctico, entra a Cirugía, lo acompaña un Instructor, va con un Residente, es cucha una clase teórica, es decir, aprende una serie de cositas un poquito salpicadas que hacen a su conocimiento general. Pero pierde todos los detalles útiles de la práctica de la Medicina, pierde el enfermo que viene con una digestiva grave, que entra a Terapia Intensiva, que hay que canalizarlo, que empieza a hacérselo una serie de controles, medio interno, etc. Es decir, necesita ese estudiante estar muchas horas al lado de ese enfermo, seguirlo durante todo el curso de ese día hasta que entra en el quirófano o lo mejor hasta llevarlo a Radiología, etc. Es decir, ese enfermo el estudiante lo ve, lo ve en Terapia porque tiene tal o cual problema y se le está haciendo tal y cual cosa, pero lo toma como un hecho aislado, pierde la vivencia, es decir, el acto médico. Y pensamos que la forma de canalizar o solucionar eso es viviendo con el médico tratante, incluso ser el partícipe del tratamiento. Y pensamos que una de las únicas formas que ese estudiante esté muchas horas en el servicio. Por eso propondríamos que ese estudiante haga un semi-internado o un internado o algo semejante a lo que hacíamos cuando yo era estudiante.

DR. LEDESMA: En cuanto a la enseñanza de la Medicina yo creo que es un punto que remite prioridad en esta conversación puesto que lo que yo he vivido en mi paso a través de la Facultad es que ella junto con sus autoridades han permanecido permanentemente aisladas del alumno. Es decir, creo que la Facultad no puede limitarse a formar médicos, o sea científicos, que conozcan medicina, sino que debe formar hombres. Esto me parece fundamental. Es decir, permanentemente tiene que existir un contacto, una orientación, una canalización de habilidades, de virtudes, de cualidades que hagan que cuando uno termina la carrera no se encuentre con que

R.A.G.

tiene un título y no sabe qué hacer.

Yo afortunadamente me encontraba en una posición que me permitía continuar ligado a la Facultad y entonces no tenía muchas posibilidades... no tenía ningún camino trazado, me gustaba la cirugía, pude entrar en una Residencia y actualmente estoy haciendo Cirugía que es lo que me gusta.

Pero esta situación pienso que no es la de la generalidad de los estudiantes que terminan la carrera. Así que creo que debe considerarse este hecho porque <sup>yo veo</sup> que los médicos que terminan esta Facultad se encuentran totalmente desorientados. No se lo orienta al médico con una charla, con una clase, sino que se lo orienta permanentemente. Los médicos los docentes que están en contacto con él son los que tienen que ir captando las cualidades que tiene y canalizándolas, haciéndolas ver y señalando cuáles son sus posibilidades. Así que pienso que es un hecho fundamental.

En cuanto al tipo de médico que debe formar la Facultad, pienso que no debe formar un profesional liberal, individualista, sino que tiene que formar un médico con mentalidad de equipo, que sepa que tiene que ser un trabajador de la salud, que debe integrarse con otros integrantes y con otros trabajadores de salud, para trabajar en distintas áreas, que pueden ser áreas con gran densidad de población o áreas periféricas.

Así por ejemplo yo siempre me he formado en hospitales grandes, pero pienso que el médico tiene que tener actividad práctica no sólo en hospitales de gran complejidad sino que lo debe hacer en pequeños núcleos como podrían ser dispensarios, centros de salud, consultorios de barrio, donde se está en contacto con otro tipo de actividad distinta que la que va a encontrar en el hospital. Este es otro hecho que debe estar planificado y debe formar parte de los planes de Tr.Pr.

En general pienso que la Facultad no puede formar cirujanos, es decir, la Facultad debe formar al médico con una concepción de la cirugía, de lo que es la cirugía y de lo que puede resolver la cirugía y después quien haya canalizado su vocación porque tiene las cualidades que son fundamentales deberá especializarse. Y deberá especializarse el número de cirujanos que necesite la zona, el país, etc. Tampoco puede hacerse una fábrica de cirujanos que después estén desocupados. O sea que también debe estudiarse perfectamente cuál es el número de cirujanos que se necesitan.

Creo que todo médico debe tener mentalidad quirúrgica, es decir, conocer que hay una determinada serie de enfermedades que solamente se van a curar recurriendo a la cirugía. Pero no por eso ser un especialista en cirugía.

También es un error formar médicos que porque hayan hecho una canalización ya pueden hacer canalizaciones o una traqueotomía y salgan a hacer desastres. Es decir, la mentalidad tiene que existir, pero solamente

R.A.Q.

formar un determinado número de individuos que puedan hacer la cirugía.

En cuanto específicamente cómo brindar esa formación, yo participo en un todo con lo expresado por el Dr. Gurruchaga, con quien he conversado muchas veces este problema, un determinado número de alumnos tiene que ir a una determinada UDH y formarse desde 0 hasta 100, es decir, vivir con el grupo de docentes que forman esa UDH todo lo que representa la vida diaria, no un semi-internado, cuando está haciendo cirugía tiene que hacer un internado, tiene que vivir todo los momentos, desde los momentos de ocio hasta los momentos de máxima actividad. Porque en el momento de ocio es cuando se comentan las cosas que ocurrieron en el momento de máxima actividad.

Así creo que debe ser la forma en qué se debe enseñar la Cirugía y el resto son consideraciones generales.

DR. A. GARDIOL: Toda vez que se imponga un cambio curricular que hace a la estructura fundamental de la carrera médica, entiendo que en estos momentos; correspondería también hacer un estudio contemplativo de la metodología de la enseñanza.

Cuando acá se daban los cursos previos de ingreso a la carrera médica yo le había dicho al entonces Decano Dr. Picena, que los cursos previos eran una estafa al estudiante, porque se le daba en 60 o 90 días un curso intensivo con docentes muy motivados, docentes jóvenes que los incorporaban a pequeños equipos, muchos de ellos eran investigadores, que los llevaban a su lugar de trabajo, se le aplicaba metodología de dinámica grupal, sistemas audiovisuales, pequeños grupos de discusión y luego que habían aprobado su curso previo se los largaba a la arcaica anatomía, en la cual empezaban como empezamos nosotros en 1940, a estudiar anatomía del mismo sistema libresco, tremendista, que lo agobiaba al estudiante. De modo que era realmente una estafa porque se le daba una metodología maravillosa y después se la quitaban a los 90 días.

Entonces yo hice en ese entonces una especie de trabajo que presenté como conclusión de esas desviaciones y realmente era una cosa espantosa la impresión que recibían esos grupos de muchachos - consultados después sobre lo que habían encontrado cuando entraban a primer año.

Yo pienso que si nosotros hablamos de una modernización en Cirugía, que a todas vistas es necesaria, tiene que partir desde el ciclo básico.

Así que supongo que esta estructuración curricular en la cual nosotros estamos sólo el grupo de cirugía, está sobre la base de una modernización desde el comienzo de la carrera. Eso no entro a discutirlo porque pienso que es obvio,

Pero quiero insistir en la parte de metodología, dado que ha evolucionado tanto yo tengo una carta del Dr. de París que dice que es el motivo central en los congresos de cirugía en Europa, la metodología de

R.A.Q.

la enseñanza.

Yo he entregado un documento al Dr. Scremin, una guía pedagógica para el docente de Cirugía que si fuera de interés, yo propongo que alguna comisión estudie eso como un nuevo documento de trabajo para los grupos que van a estudiar modificaciones curriculares y que se agregue el aporte de la metodología en la enseñanza. Porque si vamos a modernizarnos en curriculum y en programas de estudio, la metodología cuenta muchísimo, porque la metodología es lo que permite que un individuo que antes estudiaba algo en un año, hoy lo pueda hacer en 30 días. Eso depende de la metodología, pero para eso hay que motivar a los docentes, hay que cambiar estructuras mentales, hay que hacer un montón de cosas para que el hombre que hasta ahora utilizó una manera de enseñar, que no era mala, que a él le daba sus resultados, cambie por otra nueva con los interrogantes que puede tener. Que será mejor según como él la pueda aplicar o de qué otra base pueda apoyarse alrededor de sí para tener confianza en ese salto que tiene que dar.

No nos olvidemos que hay docentes de distintas edades y uno no puede adaptar personas mayores a cambios mentales muy grandes cuando esas personas han obtenido buen resultado con su sistema.

De manera que yo creo que metodología hay que estudiarla, hay que practicarla y hay que autoapoyarse entre sí, grupos de docentes de distintas edades, los mayores con los más jóvenes, que los infundan ese entusiasmo.

Hay gente que trabaja mucho en esto en Buenos Aires también y sumamente interesados y como documento previo para nosotros también serían útiles los que elaboró la Asociación de Facultades de Medicina de la Rca. Argentina en las numerosísimas reuniones de trabajo que se han efectuado en los últimos 5 años, de los cuales hay documentos terminados, que eran elaborados por docentes y estudiantes en conjunto. Reuniones que se han hecho acá en Recreo, en La Plata, en Buenos Aires, en Mendoza, algunas de las cuales he tenido la suerte de poder asistir y que realmente es producto de trabajo colectivo y en el cual la sangre del estudiante está puesta, o sea, vistos ya los defectos, visto y sumergido el individuo en una máquina que no la ve caminar todo lo que desearía que camine, señalados y ya con los resúmenes y conclusiones, que a nosotros quizás nos ahorraría mucho tiempo de deliberaciones. Por ejemplo lo que leyó el doctor Moroni del tipo de médico, eso está largamente estudiado con muchísimas conclusiones; y nosotros podemos utilizar las que sirvan, despreciar las que no son aptas. Por eso creo que esos son documentos que se pueden sollicitar a la Asociación de Facultades y con toda seguridad lo van a obtener porque esa Asociación está integrada por los decanatos de todo el país.

DR. VIEYRA: Se disolvió.

DR. GURRUCHAGA: Justamente presenté a las autoridades universitarias, cuando yo regresé del viaje, un librito de este tamaño, muy bien hecho, donde hay una serie de trabajos de gente argentina, incluso el representante argentino expuso en el symposium brillantemente. Yo aprendí muchísimo, porque reconozco que en ese aspecto soy un poco dilatante y pude ver muchísimas cosas y cuando ya se habla de la forma como se va a enseñar y de la metodología, que es una cosa tan importante, podemos llegar a situaciones que alguna vez yo la he explicado, porque la he visto, que yo donde veo una cosa bien no me importa dónde la veo, porque no uso ninguna clase de anteojera. Lo digo públicamente para que no se haya interpretado antes ni nunca que me gusta lo que hace fulano o lo que hace zutano, me gusta lo que es bueno hecho por el que sea. Entonces fue ahí donde yo ví, en una universidad de Ohio la transformación más grande en materia de metodología de la enseñanza— por otra parte tengo toda esa documentación en mi casa a disposición de quien quiera leerla— en donde la dirige un checoslovaco que es un hombre realmente extraordinario, un hombre de unas 42 años, que fue al Congreso y defendió y claro, se quedaron todos realmente asombrados, porque como modificación de la metodología fue lo más importante aparte de lo que llevó una pedagoga de la Universidad del Estado de Chicago-Illinois, que llevó el método de la enseñanza de la medicina por el camino del error, una cosa subyugante.

Pero lo que llamó la atención era esto: ese tipo de enseñanza que se está haciendo en esa Universidad hace 3 o 4 años consiste en lo siguiente: se divide a los alumnos en dos grupos, un grupo que se les enseña con los métodos convencionales, para lograr ese médico general que dicen ellos, que sale con cuatro años de entrenamiento y que todos conocemos. Y el otro grupo de estudiantes que no tiene contacto con profesores, pero sí con computadoras electrónicas. El cuerpo de profesores de esta Facultad ha organizado el curriculum de tal manera que se han puesto de acuerdo qué es lo que debe saber el estudiante en las distintas materias de la carrera. Entonces dividen por semana la enseñanza de este segundo grupo de alumnos que el primer día que viene del colegio secundario lo pone ya en contacto con una enorme sala dos veces más grande que ésta, donde hay una serie de máquinas, una para cada alumno. Estas máquinas son electrónicas, con una pantalla de televisión y consiste la enseñanza en lo siguiente: está puesto del primero al último tópico que tiene que saber el alumno para ser un médico general, entonces a una consola que está a unos 250 metros le da la orden la máquina apretando un botón para que ponga el primer tema, por ejemplo huesos. Entonces la máquina va dando la lección y mostrando en la pantalla. Cuando ha terminado, el alumno puede repetir las veces que quie-

R.A.G.

ra la lección hasta que él la aprenda. Y después que la aprendo, por un sistema que tiene la máquina se examina con la máquina, de tal manera que por el sistema de las preguntas elegidas y descartables tiene que contestar de tres conclusiones cuál es la correcta. Eso lo va registrando la máquina y recién pasa al cuerpo de profesores que no conoce al alumno, incluso no hay necesidad que lo conozca, pero resulta que saben de ese alumno qué aprendió de ese tópico.

Esto lo hacen durante varias horas por día. Las otras horas del día el alumno es llevado al hospital. Y yo veía que los llevaban a Terapia Intensiva y yo preguntaba qué hacía ese muchacho del colegio nacional en una sala de Terapia Intensiva, pero parece mentira, está ahí, empieza a mirar, vive lo que está pasando, pregunta, le explican y está aprendiendo una serie de cosas que se le van fijando por la vivencia del hecho y por la atención.

Total que de este sistema resultó ya en el primer grupo de alumnos que el porcentaje de conocimientos que tienen los que hacen la carrera en cuatro años es exactamente igual que el del otro grupo que aprendió con la máquina, pero que necesitó dos años y medio. Fíjense Uds. lo que esto significa desde el punto de vista práctico, sobre todo porque le da mucho tiempo al joven a ir al Hospital y va inmediatamente al Hospital. Y otro va a otra sala y lo van poniendo en contacto con el enfermo.

Claro que esto se hace y sirve para un grupo pequeño de alumnos y sirve también para una disciplina que es estricta. Pero yo lo cito como una forma, para apoyar lo que dice el Dr. A. Gardiol, lo que puede lograr un cambio metodológico para obtener la misma eficiencia porque los muchachos dicen lo siguiente: "yo entro a la Facultad de Medicina y me ponen Anatomía o me ponen Fisiología, pero por ahí resulta que no me interesó la fisiología y se despierta mi interés por cultivar tejido o la fisiología de otra cosa y resulta que me tengo que pasar 3º, 4º, 5º, 6º año, aprender una serie de cosas para después cuando me dan un título, con las cosas bien o mal aprendidas, tener que volver a mi vocación para poder hacer lo que a mí me gusta". Entonces se ha visto en algunas Facultades del mundo que hay deserción de alumnos porque no quieren esperar esos cuatro años y quieren ellos canalizar su vocación sin tener que aprender una serie de cosas que para lo que ellos van a necesitar es absolutamente inútil.

Para que sea más claro el ejemplo, es lo mismo que nosotros pretendamos tener una circulante en una Sala de Quirófano, la hacemos hacer un curso de enfermería, y todavía mejor de Licenciatura para que esa persona esté en un ámbito como éste y se maneje con una serie de parámetros que no tienen nada que ver con todo lo que le dio la escuela. Gastó tiempo, gastó dinero la persona, gastó dinero el Estado, para después ir a trabajar

R.A.Q.

en una cosa donde no va a aprovechar nada de eso.

Una instrumentista por qué tiene que ser una enfermera? para qué tiene que ser una enfermera?

Y esto que digo yo está avalado por la falta de enfermería y muchos países en este momento están formando esos técnicos en 6 meses o un año y están así resolviendo el problema.

Y así se está viendo en la Medicina que nosotros nos estamos perdiendo vocaciones porque Uds. habrán visto muchos chicos a los que yo les tomo examen y les digo "Ud. qué va a hacer?" "Yo voy a hacer psiquiatría" y de la Cirugía no solamente la ignora sino que la odia. Ese señor tendría que saber cuatro cosas como ha dicho el doctor, porque él ya tiene y ya tiene dónde trabajar, en la psiquiatría.

Es decir, hay que enseñarle lo elemental, si no va a hacer Cirugía sabe lo que necesita hacer y si va a hacer Cirugía, bueno ya tenemos los cursos de Residencias para que pueda aprender bien.

Entonces la metodología insistió que es una cosa muy importante y que esta Escuela va a tener que tenerla muy en cuenta, porque no es cuestión de modificar los planes, sino que hagamos todos la conciencia de que tenemos que cambiar la forma de enseñar, los métodos.

DR. MANZONI: Conceptúo de sumo interés estas deliberaciones, sobre todo en apoyo a lo que ha dicho el doctor Alvarez Gardiol y el Dr. Gurruchaga, yo también últimamente asistí a un Congreso de Cirugía en Madrid, donde uno de los tópicos fundamentales fue la actualización de la enseñanza de la Cirugía en el pre-grado y especialmente en uno de los hechos en los que se insistió de manera terminante fue la necesidad de la metodología adecuada a la enseñanza actual. De manera que en eso estamos todos de acuerdo. Precisamente con ese fin también el doctor Alvarez Gardiol dentro de la enseñanza ha incorporado estos métodos audiovisuales.

En cuanto también a lo que ha dicho el Dr. Gurruchaga, el profesor debe despertar inquietudes que es un hecho fundamental y ver el elemento vocacional. Desde ese punto de vista yo diría que podemos estar de acuerdo en formar un médico general y que luego los cursos de capacitación una vez recibido lo harán que sigan las inquietudes que quieran y profundicen la disciplina que más le guste.

El otro hecho fundamental también es que lleguemos a un acuerdo, voy a hacer una moción no de orden pero sí una sugerencia, de que se considere la integración de la cirugía como una unidad y la forma que la podamos adecuar en la enseñanza para darle ya trámite porque el tiempo que tenemos no es muy amplio y hay que trabajar mucho. De manera que yo proponería que nos pusiéramos ya de acuerdo en un plan de trabajo si se acepta y empezar a trabajar en conjunto cómo vamos a hacer este curriculum. Y

ReAsQ.

luego, paso a paso; la metodología debemos aplicar nosotros, cómo vamos; a hacer esa integración entre nosotros en Cirugía y la integración con el resto del curriculum, o sea con la parte clínica y con la parte biológica.

DR. CACCIA: Yo les voy a pedir disculpas por tener que retirarme porque tengo un compromiso en el quirófano. Desconocía la mecánica, es la primera vez que concurre a algo así. Calculé que en 1 hora o una hora y media nos desocuparíamos. No conocía el problema, a última hora he sido citado telefónicamente, no me llegó la citación a tiempo, de manera que no pude postergar ese acto operatorio que tengo a las 11 hs., de manera que pido me disculpen y me permitan retirarme. Cualquier cosa, no es cierto, somos todos conocidos, veo que todos tenemos las mismas inquietudes, de manera que creo que vamos a coincidir en todo. Muchas gracias y buenos días.

DR. BORETTI: Desgraciadamente yo recién regreso a la ciudad, no sé el intercambio de ideas que han tenido Uds., si fuera posible que me ubicasen en el problema, yo con mucho gusto escucharía.

DR. MORONI: El objetivo de esta reunión parece ser el discutir los objetivos de la Facultad de Medicina. Yo quisiera dar mi opinión personal que coincide en mucho con lo que se ha dicho ya sobre diversos tópicos.

Y ya específicamente referido al curriculum de Medicina pienso que hay que acortar la carrera. Creo que la carrera de medicina de 6 años es excesiva. No creo que tengamos que copiar el plan de 4 años que hay en EEUU, (incluso ahora hay una tendencia a reducirlo a tres) por dos razones: primero porque ese plan obedece a la estructura educativa de los EEUU donde tienen un aprendizaje de las ciencias biológicas básicas que lo reciben antes de llegar a la escuela de medicina. Segunda razón es que nosotros no tenemos el problema acuciante de la falta de médicos que tiene EEUU, que se ve forzado a hacer muchos médicos y nosotros creo que muy probablemente tengamos el problema inverso. Creo que nuestro país produce mucho más médicos de los que necesita.

Creo que todos estamos de acuerdo en que la enseñanza debe ser mucho más práctica. Ahora bien, para ser mucho más práctica debe disponerse de mayor cantidad de recursos. La relación entre el número de pacientes y de docentes fijados, por lo menos en el caso nuestro en Cirugía, debe ser incrementado. De alguna manera hay que incrementar el número o la relación paciente-estudiante.

Creo que también es muy importante y ya lo señalaba el Dr. Gurrucha que el alumno que ingresa a la Facultad de Medicina esté en contacto con el paciente desde el primer día que ingresa. De alguna forma. Creo que es una aberración que pase tres años estudiando ciencias básicas sin ninguna

R.A.G.

motivación, para después recién en 4to. año descubrir que a lo mejor no le gusta atender enfermos.

Creo que el curriculum debe ser flexible. Es decir, no debe ser una estructura inflexible que coloque a todos los individuos ...es decir que sea un nivel por el cual tienen que pasar todos. Estimo que debe ser para nuestra casa, con el grupo humano al cual se le enseña la medicina en nuestra zona de influencia que estimo corresponde a un país desarrollado, debe ser un curriculum flexible.

Creo que el producto de la Facultad de Medicina debe atender a las necesidades del país y en esto reitero lo que decía con respecto al número de médicos que necesita el país.

Y creo que dentro de los objetivos específicos debe colocarse (o no, yo pienso que sí) la de formar graduados de otros niveles, es decir la de brindar enseñanza a otros niveles, a nivel de graduado y a nivel de post-graduado. Creo que es un objetivo fundamental. Creo que está contemplado en el último punto: "con posibilidades de ahondar..." , pero no se especifica que sea objetivo de esta Facultad de Medicina el brindar estudios de post-grado.

DR. MENIN: ...me quiero ubicar en el lugar que le corresponde a una persona que solamente se interesa por los problemas de la pedagogía universitaria, en tanto y en cuanto forma parte de equipos concretos de trabajo hará una labor concreta de trabajo. Entonces si uno sabe ubicarse, cosa que yo quiero hacer, aprender a ubicarme, en contacto con los especialistas, sería importante decir que lo que Uds. acaban de dar, en materia de explicitación de conceptos, ideas generales y lo que hace a los objetivos generales y específicos, yo podría compararlo con lo que he oído en otros lugares y conforma una constelación de inquietudes comunes, por lo menos para muchos médicos que hacen docencia en las universidades latinoamericanas. Sea porque lo he leído, sea porque los he escuchado directamente, expresándose en algunas reuniones.

Creo que lo que se acaba de dar aquí doctor, <sup>para nosotros</sup> como Comisión, Comisión que preside Ud. es sumamente importante. Creo que es de una riqueza extraordinaria. Y llama la atención la complementación que hacen los docentes jóvenes, hecho con toda buena intención, al lado de los docentes que tienen más experiencia. Hay una coincidencia.

A mí me llamaron la atención algunos planteamientos y quiero decir lo, para ver si se incentiva con respecto a algo que creo doctor que no se le debiera escapar a Ud. pedir. Y la digo ya: sería bueno que la cátedra de cirugía o las cátedras de cirugía pudieran elaborar un pequeño documento donde se hicieran algunas formulaciones objetivas, además de recoger nosotros el material que ellos ofrecen, sea porque lo han conseguido de

R.A.Q.

universidades extranjeras, sea porque lo tienen por congresos o por intercambio de publicación. Pero me parece que la experiencia de los señores profesores médicos es lo más rico.

Ud. ha tenido la inteligencia de grabar esto y seguramente se va a pulimentar, porque una cosa es la lengua oral y otra cosa es la lengua escrita y se podrá volcar en un documento. Pero tal vez ellos podrían aportar un documento de no más de dos páginas o tres, el que puede más, más; el que no, porque no le alcanza el tiempo, menos. Esa sería la incentivación, para mellar un poco la cosa.

Y lo otro que quería decir es que hay 3 exposiciones que me llamaron poderosamente la atención; una la del Dr. Álvarez G., que hizo formulaciones que nosotros debíamos coger en su esencia. La otra es la del Dr. Gurruchaga. Y la tercera, la del Dr. Manzoni, especialmente en lo que se refiere a las ayudas audiovisuales, dado el grado de masificación que está sufriendo la Universidad en nuestros países, que esa es otra variable que el Dr. Moroni tangencialmente parecía que se iba a referir cuando hizo ese planteo general. Porque las observaciones del Dr. Moroni creo que son observaciones integrales, que nosotros tendríamos que reflejar con estos planteos de estos tres profesores que yo modestamente, como hombre que se interesa por el problema de la pedagogía universitaria y que está en sería desventaja con Uds. en tanto y en cuanto no soy médico, en todo caso yo vengo de otra profesión que no es médica y obviamente los poco en handicap para manejar la terminología precisa y la vivencia, que es una cosa muy importante a la cual aquí alguien se refirió, a tener esa vivencia total, // global, estructural, empezando por lo sincrético y después yendo a las discriminaciones más finas, que seguramente se podrán hacer a un nivel de post grado como se ha dicho.

Esto es lo que yo quería decir, o sea meter esta baza, porque yo no tenía la intención de hablar, pero Ud. doctor me obligó un poco porque es bastante hábil...

DR. BORETTI: Mi opinión ha de estar seguramente en total acuerdo con lo que han expresado los actuales profesores titulares de las cátedras de Cirugía porque nosotros hemos sido preocupados por el problema de la enseñanza de la Cirugía en nuestra Facultad de Medicina de Rosario desde el comienzo de nuestra actividad en ese plan y hemos mantenido repetidos cambios de opinión con los profesores de Cirugía, el Dr. Gurruchaga, el Dr. Manzoni, el Dr. Moroni.

Es preocupación nuestra el hecho de que la Cirugía puede y debe enseñarse de una manera mejor a lo que se enseña en la actualidad. Y hemos chochado desde el comienzo de nuestro intento de práctica pedagógica en la Facultad de Medicina con la falta total de la especificación de los objetivos de las cátedras, los objetivos locales o individuales o específicos de

R.A.Q.

los Departamentos que funcionaban o funcionan a cierto nivel de la enseñanza de la Cirugía; de la Facultad de Medicina de Rosario, que no tenía explicitado qué clase de producto debía dar y de la Universidad, la cual tampoco tenía objetivos.

Es decir que nosotros notamos que nuestra labor era una labor absolutamente periférica, fruto de la inquietud personal de cada uno de nosotros en el sentido de las técnicas educacionales, pero que no estaban regidas por un principio debidamente señalado por la Universidad, como institución, a los fines que nos pudiéramos adecuar nosotros en la formación de los estudiantes de medicina, de los graduados y también de la educación del post-grado.

De manera que en base a esas conversaciones se estructuró un intento de cosa parcial a nivel de Cirugía, elaborándose una manifestación que fue presentada al Departamento de Cirugía, sobre la cual ya habrán conversado y en la que señalábamos los profesores de Cirugía, de común acuerdo, la necesidad de reestructurar el curriculum de Cirugía.

Ahora bien, entendemos que no se puede hablar de una parte de la carrera de medicina, entendemos que hay que estudiar todo lo que hace a la formación del médico como individuo, como persona humana que va actuar en la sociedad a posteriori. Y lo que nos compete a nosotros como Cirugía será poca cosa lo que haya que hacer, porque será cuestión de adecuar los elementos y las técnicas pedagógicas para cumplimentar la función que fue señalada por la institución.

De manera que creo y participo plenamente de la idea de que acá hay que dejar claramente señalados los objetivos, objetivos que tendrán que tener la precisión suficiente para poder adecuar a ellos el curriculum y comparto plenamente que es absolutamente imposible para cualquier grupo humano, dejar señalado rápidamente todos los hechos si no se le da a esa estructuración una cierta elasticidad para que se pueda adecuar a las circunstancias en cada momento.

Yo tengo conciencia que estamos nosotros en la Universidad frente a una situación que puede exigir el máximo esfuerzo por parte de los docentes y de todo el cuerpo que forma a la futura Universidad, si queremos hacer una obra que sea auténticamente útil y de real beneficio para los estudiantes que van a solicitar de la Universidad la enseñanza para la cual se les ha abierto en este momento la Universidad ampliamente las puertas.

Yo tengo la impresión de que nosotros no podemos ni debemos estructurar o escribir en razón de cuestiones de orden teórico toda una especificación para la enseñanza de la medicina si no partimos de una realidad auténtica, que no señala en forma específica el primer punto de partida: qué quiere la universidad argentina con la población joven del país? Quiere /

darle amplia entrada a todos los estudiantes universitarios, sin ninguna clase de restricción, en el sentido de que se haga una enseñanza masiva. ? Eso tenemos que saberlo, porque si no se sabe no se puede estructurar ninguna otra cosa.

Yo entiendo que el ideal sería que todo el mundo tenga acceso, que todos tengamos acceso a la Universidad, pero si así es tendremos nosotros que adecuar nuestros otros objetivos, nuestros procedimientos, para satisfacer esa demanda, porque en caso contrario estamos estafando a la juventud y eso es sumamente grave. Eso es lo que tenemos nosotros que evitar <sup>que</sup> se repitan situaciones en las cuales la juventud tiene avidez del aprendizaje universitario y se encuentre frustrada a mitad del camino porque no le podemos dar lo que ella tiene el derecho de exigir sin entrar a lo que aclaramos nosotros sobre cuál es la auténtica situación universitaria del país.

Ese es el primer punto, yo no hablaría de la Cirugía hasta no saber cuál va a ser la modalidad por la cual se brinde enseñanza universitaria a la masa universitaria potencial de la Rca. Argentina, porque creo que nosotros tenemos que estructurar métodos, sistemas, curriculum, para la Rca. Argentina en este momento y de aquí para adelante, con visión de futuro.

Nosotros tenemos que poner los pies bien en la tierra, tenemos que <sup>tratar de</sup> hacer obra auténtica.

Creo que este grupo de gente que está interesada en el problema educacional universitario, donde hay gente joven que tiene auténtica aspiración en el sentido de tomar alguna directiva, en fin, personas que están en el nivel de lo técnico educacional, podríamos hacer un documento extraordinario, pero no creo que sea esa la forma que nos conviene.

Yo creo que para que nosotros podamos ponernos a hablar con fundamento del curriculum de cirugía, que es lo menos en todo este problema de la enseñanza de la medicina, porque eso creo que se resuelve hablando con los señores docentes de cirugía en muy poco tiempo. Nosotros diremos "se puede enseñar Cirugía de esta manera y con estos recursos". Si tenemos la idea de cómo se puede hacer y los recursos suficientes se va a enseñar como decimos. Pero si no tenemos la idea y nos faltan recursos no se va a enseñar aunque lo escribamos con letras de oro.

De manera que yo diría que estoy compartiendo plenamente en lo que hace al curriculum de Cirugía, lo que ha sido especificado por los señores profesores y lo que está dicho también en un documento de trabajo que han dado las autoridades en este momento, a pesar de que esto es una cosa muy amplia y poco especificada y tiene algunas connotaciones que podrán ser discutidas a nivel de lo estructural, de la mecánica para llevarlo a cabo, porque cuando se dice por ejemplo que el estudiante debe aprender las bases de la cirugía menor, bueno, perfecto, eso nos parece ideal, pero para eso yo tendría que decir en este momento que para lograrlo hace

R.A.Q.

falta un hospital que funcione bien, para enseñar en ese hospital.

Nada más que eso; con un hospital que funcione bien, con un número suficiente de enfermos como dice el Dr. Moroni, con presupuesto del Estado como dice el Dr. Manzoni y con una idea clara como seguramente sea la que ha manifestado el Dr. Gurruchaga porque sé que la tiene, se puede enseñar cirugía menor a todos los estudiantes, porque el cuerpo docente está a disposición del estudiante. Y eso lo tienen que saber muy bien Uds., el cuerpo docente, en este momento - y yo tengo la obligación de especificarlo en estas circunstancias - que yo he visto trabajar a nivel específico de la cátedra está con la disposición de brindarse para la enseñanza, y así lo hace. Tengan la plena seguridad. Y lo hace a nivel de pregrado y lo hace a nivel de graduado, con el cuerpo de Residentes y está dispuesto a hacerlo en el post-gradado siempre que le den los recursos y los medios que en esa oportunidad no ha podido disponer.

De manera que los hombres están, las ideas están, o sea que si además tenemos los recursos creo que podemos llevar un elemento de trabajo para llevar adelante la enseñanza de la cirugía.

Pero, insisto - y esto lo digo para terminar - creo que no es novedad para Uds. porque esto ya lo habrán dicho acá seguramente, insisto en que necesitamos claramente especificados y explicitados los objetivos de todos los niveles de lo que hace a la enseñanza universitaria. No podemos nosotros comprometer a la Facultad de Medicina en la reestructuración de un curriculum y un plan de estudios, en el cual habrá que contemplar técnicas, contenidos y todo lo que sea necesario, si no tenemos la seguridad de responder a un objetivo claramente especificado por la Universidad y que tenga posibilidades de continuidad. Caso contrario, señores, me siento con la obligación de decir que corremos el grave riesgo de defraudar a nuestro alumnado. Y entiendo que por razones de autorespeto, de respeto para con la Universidad y de respeto para con el país, nosotros no podemos complicarnos, en el sentido de favorecer de que así suceda. Comprendo que el tema es muy importante, pero insisto en la necesidad de que nosotros, Dr. Vicyra, contemos con los objetivos claramente especificados. Tenemos que saber cuál es la política de la enseñanza universitaria del país, para ahora y para el futuro. Caso contrario, hace falta hacer ningún curriculum. Nosotros cada uno en su cátedra, como podamos, arreglamos los problemas que tenemos.

En la cátedra que yo tengo la oportunidad hasta ahora de servir no hay problema docente-alumno, no hay problema relación médico-paciente, no hay problema relación docente-alumno. Se está trabajando en las mejores condiciones. Mejor que en muchas universidades de países subdesarrollados. Tenemos pocos alumnos, los hemos distribuido en varios hospitales, nos sobran camas porque los alumnos no necesitan de eso y hemos solucionado el problema en forma circunstancial. Es decir, tenemos pequeños recursos de

técnica, pero eso no hace a lo que es la enseñanza de la medicina y la cirugía en la Facultad de Medicina de Rosario. Yo entiendo que nuestra labor es local, circunstancial, transitoria y de muy pequeña significación, de una significación para este grupo de alumnos a los cuales queremos darle un poquito mejor la enseñanza. Pero no es la solución de la Facultad de Medicina de Rosario, menos aún la solución de la Universidad y menos aún la solución de la salud pública del país, que es el otro tema que hay que poner en consideración si queremos trabajar, como entiendo que se quiere hacer, seriamente.

DRA. TRONCOSO: Las intenciones nuestras precisamente son que elaboremos en lo posible todas en conjunto estas cosas. Por eso el documento de bases para cambios curriculares es un proyecto para discusión, no es un documento oficial, sino un documento elaborado por un grupo de trabajo que se pretende que todo el mundo lo reclabore, lo discuta y aporte con sus críticas y con sus sugerencias.

En líneas generales, respecto de la necesidad de contar con objetivos es fundamental, por eso el documento termina en dos páginas de objetivos y ahí se para, porque considera que hasta que no nos pongamos de acuerdo en los objetivos, no podemos seguir adelante, es decir que el curriculum deberá ajustarse al cumplimiento de esos objetivos.

Nosotros creemos también que los objetivos van a ser el resultado de una discusión de todo el cuerpo y que la comisión podrá reunir las opiniones de todo el mundo y ver de formar un cuerpo coherente de objetivos en base a eso. Es decir, la coherencia en los objetivos es fundamental. O sea, puede surgir de la opinión de los distintos grupos de profesores una cantidad muy grande de objetivos, pero hay que buscar que los objetivos, que al final resulten guía de un futuro curriculum, tengan coherencia.

Además nosotros entendemos que el curriculum -el Dr. Menin nos ha dado bastante información al respecto- es un proyecto abierto y que cuando se inicia un cambio curricular se inicia un proceso, que no se cierra en el momento que se establece el curriculum, sino que se abre a una experiencia nueva que es necesario evaluar permanentemente para modificar, actualizar y perfeccionar. De manera que también creemos que el curriculum que salga de esta discusión sea una cosa terminada, sino algo que empieza y que en el trabajo de todos nosotros se irá perfeccionando y se irá mejorando este proceso de enseñanza en el cual estamos todos comprometidos y en el cual tenemos todos igual responsabilidad, o sea la formación del médico.

Lo que dijo en un comienzo el Dr. Vieyra es que estas reuniones son las primeras que realizamos y entendimos que era oportuno empezarlas por grupos de cátedras afines, pero que es necesario -Ud. lo dijo Dr. Boretti- no se puede hablar de enseñanza de cirugía sin hablar de la enseñanza de la clínica, no se puede hablar de las especialidades separadas de la cirugía,



R.A.Q.

convendría que se nos especificuen esos puntos básicos de partida. Saber qué se nos exige y saber de qué vamos a disponer nosotros, en todo sentido en lo que hace al curriculum, elementos, docentes, etc. para poder llevar a cabo esa acción. Y en base a nuestra realidad a lo mejor podemos ubicarnos en una estructuración curricular que sea factible. A mí no me agradecería de ninguna manera que no se utilizara bien el tiempo para hacer una cosa útil. Sería bueno que salgamos adelante con alguna cosa útil.

DR. MANZONI : Yo voy a explicarle un poco lo que hemos dicho nosotros. Es necesario trabajar con orden y con metodología y seguir aquí también un plan de acción ordenada y una disciplina reglada. Se nos citó para ordenación de la parte quirúrgica en medicina. Me parece muy bien. Pero se ha ido conversando de una serie de hechos que también tienen una importancia extraordinaria. Es decir, no es que esté en desacuerdo con el Dr. Boretti, debemos trabajar en la organización de la cirugía como queramos. Si se puede no aplicar, se verá, pero en tanto tenemos que hacerlo para tener algo definido. Pero otro hecho fundamental en el que estoy de acuerdo es la posibilidad de recursos que tenemos para elaborar y llevar adelante ese plan. Yo lo digo porque he vivido la experiencia de muchos años y sé que nuestra Facultad debe adecuar <sup>se a</sup> los recursos que tiene para ... que eso es fundamental. como se ha dicho acá la promesa ¿con qué elementos de trabajo económicos y elemento material podemos contar para trabajar? No quiero hacer disquisiciones ni que se me interprete mal, pero es necesario también contemplar la realidad de nuestros hospitales escuelas, en qué situación están para ver la enseñanza que pueden dar. O sea que ese punto es fundamental.

Yo creo que hay que trabajar. Estamos de acuerdo en planificar la cirugía integral, la cirugía única, pero nos va a llevar tiempo y trabajo y ese trabajo hay que hacerlo...

Pero otro hecho fundamental y en eso estoy de acuerdo con el Dr. Boretti en un <sup>ción por ción</sup>, es que nos diga la Facultad con qué recursos contamos y con qué podemos contar para desarrollar un plan en la forma tan integral como se quiere hacer.

El segundo hecho es la necesidad de que nuestra Facultad al darle un título a un médico no concluya con su misión. Debe capacitar al docente con sus cursos respectivos, que es una cosa que debe también volver a hacerse.

Pero dejando eso de lado insisto en la programación de la cátedra de la cirugía única, en la programación del curriculum y también que sepan los medios con que contamos para poder desenvolver nuestra actividad.

R.A.Q.

DR. SURRECHAGA: Dr. Viaya, voy a hacer un aporte que puede ser de utilidad, porque participo de lo dicho por el Dr. Boretti acerca de ese primer objetivo fundamental del médico que va a dar la Facultad. En estos momentos está en Guayaquil funcionando un Congreso, una Conferencia educativa, cuyo tema oficial es "qué médico necesita latinoamérica/". Esta Facultad de Medicina, el año pasado, fue invitada a mandar delegados, así como también a mandar un trabajo. A mí se me invitó por eso yo conozco esto y pasé una nota, pero si Uds. pueden ir a los archivos seguramente, yo sugiero que se escriba, porque van a contestar seguramente, acerca de cuáles han sido los parámetros que se han tenido en el relato oficial. Porque de ahí seguramente se podrán sacar algunas cosas que vienen muy bien para nuestro país. Ya creo que muchas de las cosas que pasan en Chile, - yo he hablado con la gente que dirige la educación médica en Santiago el año pasado, he hablado con quien lo dirige en Río de Janeiro, que es una doctora extraordinaria; y así con gente de México. Pienso que eso como aporte bibliográfico - lo cito así- que de ahí se podría sacar algunas cosas que podrían facilitar a las autoridades y a nosotros el trabajo y es muy actual, se está haciendo esta semana.

DR. VIEYRA: Quiero plantear algunas cosas que espero sean respuestas a las inquietudes que fundamentalmente plantearon el doctor Boretti y el doctor Moroni. Es sumamente correcto aspirar a que aquella persona a la cual se le solicita el aporte para una tarea sepa qué es lo que está queriendo el solicitante. De la misma manera también es lógico que sepa con qué recursos va a contar para realizar eso que se le está pidiendo.

Por otra parte lo que plantea el Dr. Moroni, o se tienen objetivos claros o de lo contrario lo que se haga en una de esas después descubrimos que los objetivos que teníamos a lo mejor perdidos en el fondo de la mente no eran los que se adaptan a esos cambios que hemos proporcionado. Pero justamente esta reunión y aquellas que hemos estado promoviendo apuntan un poco a aclarar esas cosas. En primer lugar al Dr. Boretti lo tengo que decir que la Facultad de Medicina no va a exigir a los docentes de cirugía que enseñen una determinada cirugía, sino que los invita como parte de un cuerpo docente a leer un poco en la realidad socio-política, económica y ecológica, cuál es el médico que en este momento, es decir, para este aquí y ahora se requiere y cuál es el aporte que ellos pueden dar. Y por eso es que pedimos que nos pongamos a trabajar juntos fundamentalmente como primer paso en lo que el doctor Moroni hizo hincapió, es decir, en los objetivos de la enseñanza de la medicina en esta Escuela, para responder a determinadas necesidades que nosotros vamos a descubrir.

Que no va a ser ni el Pto. de la Rca. ni el Ministro de Educación ni el Decano los que van a decir "Uds. tienen que hacer esto" sino que se los invita, se los convoca para que juntos descubran esa realidad y

R.A.Q.

vean cómo ha de ser el tipo de aporte.

Con respecto a los medios para llevar adelante, la respuesta no puede ser más pesimista en términos tradicionales. Es decir, en un país con los graves problemas económicos que en este momento enfrenta, yo sería deshonesto si les prometiera un presupuesto duplicado para el año próximo. Con toda sinceridad lo que tenemos que decirles es "en adelante pongámonos a trabajar mejorando lo poco que tenemos, pero para el año próximo no contemos con grandes refuerzos presupuestarios". Es decir que lo que se haga se hará <sup>fundamentalmente</sup> con el esfuerzo más que con el aporte exógeno de dinero.

Otra cosa que se planteó aquí muy claramente, pero que no se profundizó fue el problema de la asistencia, porque la educación médica se mediatiza a través de la asistencia médica y por lo tanto todas las ideas que se han vertido sobre enseñanza eminentemente práctica en el área de la cirugía, requiere justamente analizar ese problema. O sea que el problema de la estructura académica y la estructura asistencial en nuestros hospitales escuela... y en aquellos hospitales, donde además se brinda enseñanza de la medicina, que esperamos se amplíe donde -como dice el Dr. Gurechaga- haya unas posibilidades de infraestructura y docentes motivados y capaces, evidentemente de esa manera estamos obligados a analizar el problema de la asistencia médica.

Por eso es que a nosotros también nos preocupa lo que el Dr. Bretti planteó, es decir que la satisfacción de expectativas... cuando nosotros hablamos de una política de ingresos abierta, en esta primera etapa <sup>CS</sup> por que queremos romper los diques que se han venido estableciendo artificialmente en la Universidad, pero entendemos muy claramente que el acceso a la Universidad no significa tampoco que el Estado tenga que seguir aportando a las carreras tradicionales sin que tenga nada que ver, sin que oriente vocacionalmente. Y que si a los médicos en este país se los está condenando a <sup>ser</sup> formados en una determinada manera en número y calidad, a un nivel de perfección de servicio y sobre todo a un nivel de vida lo suficientemente condicionado como para que no sea el acertado, estamos creando falsas expectativas. Entonces tampoco es cuestión que venga Perón y diga "hacen falta ingenieros" y que todo el mundo se inscriba en la Facultad de Ingeniería. Pero este proceso debe ser encarado desde temprano, (el problema de la orientación) y la Facultad de Medicina también algo va a tener que decir.

El otro problema que se trató, que también es importante es el de la metodología, o sea cómo se transfieren los conocimientos y por eso aquí hay un problema que en este momento, la Comisión Coordinadora ha empezado a tratar y es el problema de la carrera docente. No se trata solamente de hacer una estructuración para legitimar aspiraciones profesoralas, es decir gente que quiera hacer la carrera docente para eventualmente llegar a

R.A.G.

ser profesor, sino fundamentalmente para que se capacite y sea un instrumento docente adecuado como el doctor planteara en un comienzo. O sea la gente que enseñe debe estar preparada para enseñar y además debe estar en un proceso de aprendizaje permanente.

Por eso es que como sugerencia de este trabajo inmediato es que nosotros tenemos el propósito de profundizar esta discusión y poner en práctica cambios curriculares el año próximo, porque entendemos que eso va a ayudar para definir esos objetivos que ya están parcialmente definidos, pero que tenemos que pulimentar en una primera etapa. Por eso es que yo propondría es que los temas a tratar y discutir por el área de cirugía sean: la orientación general de la enseñanza de la medicina dentro de todo el contexto de la enseñanza universitaria, los objetivos de esa enseñanza un poco más definidos y concretamente dentro del área de las cirugías, o sea dentro de la enseñanza de la medicina la enseñanza de la cirugía con las modalidades que debe tener y para qué.

Luego el problema de la metodología, el problema de la estructura académica, la estructura asistencial y las relaciones con otras áreas básicas y clínicas. Porque por ahí el Dr. Alvarez G. puso el dedo en la llaga, es decir todos Uds. pusieron el acento en dos cosas que en la Facultad curiosamente se dejaron de hacer: la enseñanza de la semiología y una que nunca se hizo: la enseñanza de la fisiopatología, que ha tenido que ser puesta en las distintas oportunidades, cuando por ejemplo se les enseña shock, se da la fisiopatología del shock, cuando ya el alumno pasó lojanamente fisiología, donde además por otra parte seguramente les habremos enseñado cosas que nada tienen que ver con ese médico que se quiere formar. Entonces es importante que aquellos que vayan a enseñar cirugía planteen a las materias básicas qué tipo de conocimiento ellas deben aportar, tanto en el área de las ciencias morfológicas como en el de las funcionales. Y es por eso que nosotros iniciamos la ronda de conversaciones por áreas, no por abajo sino por arriba. El médico que queremos formar y por eso comenzamos con Medicina, con Psiquiatría y con Cirugía. Y está la gente de Medicina Preventiva también presente. Y luego llegaremos, por último, a Anatomía, porque entonces vamos a saber qué conocimientos va a tener que brindarse en Anatomía cuando ya tengamos todo el resto del edificio construido. . . . . El cimiento no tiene vigencia por sí mismo, sino que se construye para un edificio, edificio que primero vamos a definir.

Por ello lo que propondría es que Uds se distribuyan en grupos de trabajo y como dijo el Dr. Moroni hicieran llegar las ideas resumidas antes del 15 de diciembre, para que podamos darnos una segunda instancia de discusión de los elementos que hay- concretamente el documento de los profesores de Cirugía, el documento del Dr. Moroni, el documento del Dr. Alvarez G. y otros más- y que entonces analicemos el problema del curriculum ya, pero

R.A.Q.

no perdiendo de vista ese condicionamiento vital que el Dr. Boretti planteó con mucha razón; ayudará a definir los objetivos que tenga la Facultad de Medicina.

DR. MORONI: Yo creo que sería más productivo que la comisión encargada del plan de estudios nos hiciera llegar algunos puntos que sirvan de base para que la gente los discuta y no creo que tenga que ser por cátedra, me parece que sería más conducente que fuera todo el grupo de cirugía, el que elabore la respuesta.

DR. VIEYRA: A nosotros nos preocupa la participación integral de todos los docentes de todos los niveles académicos. O sea que se ponga en práctica ese principio de democratización, donde los argumentos sean los que pesen y donde además la gente se sienta partícipe, porque no van a ser 4 o 5 personas las que van a fijar los objetivos, sino que tiene que ser una labor de conjunto.

DR. BORETTI: Insisto que estamos frente a un problema de gran significación para lo que es la enseñanza de la medicina y la cirugía en este caso particular. Nosotros, a nivel de cátedra, nos hemos manejado siempre discutiendo estos problemas en lo que hacen a lo docente, con todo el cuerpo docente en una reunión que tiene establecida en forma sistemática un día por semana durante todo el año. De manera que el Comité de Docencia de la cátedra va a ser informado de estos hechos, va a discutir en su seno esto que se ha conversado y será seguramente esa opinión la que se vuelque al grupo de cátedras de cirugía o en forma individual.

Temo que... en fin, tenemos que poner término para los aportes y demás, pero me temo que no se podrá apresurar demasiado la marcha porque se corre el riesgo de no captar todas las inquietudes de todo el cuerpo docente o brindar documentos que no sean el reflejo de la realidad y de lo que se piensa a nivel de los docentes.

Yo esta inquietud la voy a llevar al C. de Doc. de la cátedra para que los docentes se informen, vicieran su opinión. Nosotros tenemos fijados en la cátedra los objetivos de la cátedra, hace años que los alumnos cuando llegan reciben explicitación de los objetivos inmediatos de la cátedra, eso está escrito, está hecho y figuran incluso en la memoria de la cátedra. En ese sentido lo que la cátedra piensa está perfectamente explicitado.

Ahora no sé si lo que tenemos que hacer es explicitar objetivos a nivel de cirugía, eso va a ser una cosa muy simple, pero...

DR. VIEYRA: Me permite doctor? Los objetivos de la enseñanza de la medicina y el aporte que desde el área de la cirugía se pueden dar. Fundamentalmente qué es lo que requieren en su área específica de las otras áreas. Eso

R.A.Q.

tanto en el plano de los conocimientos como de las estructuras organizadas para que esos conocimientos puedan brindarse. No solamente los objetivos de una cátedra, sino los objetivos de todo un proceso de enseñanza.

DR. GURRUCHAGA: Por eso yo pedí que <sup>a</sup>nuestras Comisiones de Docencia, que trabajan como ha dicho aquí el doctor Borotti y tienen registradas todas sus cosas les llevemos nosotros un temario o un cuestionario para que podamos ajustarnos. Porque yo sé lo que va a pasar, doctor, como actuamos democráticamente, sé cuáles son a veces las cosas que se distorsionan cuando uno aplica este sistema, que por otra parte lo ha aplicado y estoy de acuerdo.

Lo que ocurre es que por ahí se desvían de la parte de asistencia, problemas que van a tocar, con algo que no va a tener por qué ser traído aquí. Entonces si nosotros tenemos ese cuestionario, nos vamos a ajustar concretamente a él. Y pido que sea lo más breve posible porque es una cosa muy simple para que todos nosotros podamos reunir rápidamente a nuestra Comisión de Doc. y plantear esos puntos que se quieren antes del día 15.

De lo contrario sé que se diluyen, porque un señor empieza "yo soy docente pero me hacen hacer asistencia y por qué no voy al régimen de los no docentes" y empezamos a enredarnos y como hay que dejarlos hablar, se va perdiendo el tiempo, y no se va a lo concreto. Uds. saben que eso ocurre, hemos tenido una reunión hace muy poco, la semana pasada. Entonces yo quisiera las cosas concretas para poderlas contestar concretamente y poder hacer todas las reuniones que sean necesarias. Yo lamentablemente pienso no estar en enero, hace más de un año y medio que no me voy y necesito no oír hablar más de medicina y de enfermos, pero en febrero estoy a disposición para quedarme permanentemente.

En lo que a mí respecta, quisiera entonces aprovechar este mes de diciembre para dejar perfectamente bien fijada de nosotros y venir durante este mes de diciembre a todas las reuniones que me gustaría que fueran programadas, en el sentido de que trabajemos de una manera ordenada, porque de lo contrario ya sabemos lo que es el ratoncito de vacaciones, por una causa o por otra las cosas se aflojan y Uds. tal vez para la fecha que tienen pensada la iniciación del año lectivo 1974, puede ocurrir que se esté todavía sin hacer lo substancial. Es lo que yo sugiero.

DR. MENIN: Nosotros, para hacer una cosa rápida, les vamos a mandar una formulación bien explicitada de lo que pedimos que va a ser sumamente útil. Porque es obvio, algunas cátedras operan desde hace tiempo de esta manera dinámica internamente: se reúnen cada semana o cada 15 días todos los integrantes de la cátedra, desde el titular hacia abajo, incluso con el personal que se desampaña ad-honorem. Discuten problemas técnicos, científicos, pedagógicos, incluso políticos, de política universitaria. Pero tengo en-

R. A. Q.

tendido que no todas las cátedras hacen así. Por eso nosotros, en salvaguardia de aquello, lo propusimos.

Ahora bien, si es un exceso pedirle a Ud. que lo haga por cuanto ya lo hacen, tendrán que disculparnos. Creo que en buena hora si ya lo tienen hecho y es probable que el documento que ya han elaborado este año pueda ser mandado a nosotros. Lo que no queríamos era que la Secretaría contestara, como suele ocurrir en algunas otras universidades, donde la cátedra da a la Secretaría que conteste sin que se hayan reunido, porque necesitamos los criterios fundamentales.

Yo hablo desde mi punto de vista de integrante de la Comisión que preside el Dr. Vieyra y en tanto a mí me importa poder dar mi pequeña opinión sobre la base de elementos que yo personalmente no manejo, porque no tengo la vivencia. Eso pienso Dr. Vieyra que lo podemos hacer.

Lo segundo que quería agregar con respecto a este pequeño documentito es que seguramente su argumento se va a ver empobrecido si lo comparamos con lo dado hoy. Porque esto ha sido mucho más ágil y Uds. han vertido muchas de las opiniones que nosotros esperábamos recoger.

Es decir, yo desde mi modesto punto de vista veo que muchas cosas se han dado aquí, en consecuencia no va a ser más que una reiteración más tranquila, escrita más tranquilamente de muchas de las cosas que Uds. han dicho y muchas otras que seguramente cuando Uds. se vayan como ocurre // siempre van a decir "se me quedó en el tintero". Eso es lo único que nosotros queríamos.

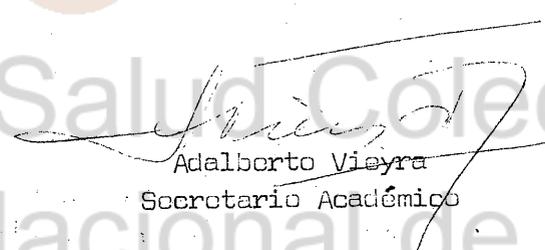
Cuando discutíamos con la Comisión teníamos ese propósito- Uds. lo recuerdan- amarrar algunos conceptos que son fundamentales y que a veces la expresión verbal, al explicitarlo verbalmente uno se olvida. La memoria es muy traicionera, Uds. lo saben.

Entonces nada más que eso. Si Uds. ya lo tienen hecho, bueno, eso facilita las cosas, es cuestión que se reúnan una vez más y preguntarse "¿estamos de acuerdo, mandamos esto u opinamos tal cosa?".

DR. VIEYRA: Entonces nosotros les haremos llegar a principio de la semana que viene, para que Uds. puedan contestarlo.

—oOo—

ags.

  
Adalberto Vieyra  
Secretario Académico

REUNION CON MIEMBROS DE LOS CONSEJOS DE DOCENCIA DE MATERIAS CRITICAS

TEMA: CAMBIOS CURRICULARES EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

Sala de la Subgerencia,

4 de diciembre de 1978 - 2 horas.

DR. VIEYRA: Esta reunión ha sido citada para discutir el plan de estudios y destinada a recibir las opiniones que Uds. tienen del actual curriculum, en toda su estructura académica y asistencial sobre lo que se sienta. Y si se descubre la inquietud por operar algún cambio, cuáles son los cambios que Uds. esperan y cómo pueden concretarse.

Se han citado juntas aquellas especialidades cuya demanda en el consultorio general suele ser mayor, es decir que dentro de una esfera bastante disímil tienen algunas características comunes. Por eso la Comisión de estudio del curriculum que integran los Dres. D'Ottavio, Arcuri y Troncoso y el Psicopedagogo Menin, está trabajando y necesita un poco el apoyo de Uds. para seguir haciéndolo.

La dinámica de trabajo que proponemos para hoy es que demos una vuelta y cada uno exprese sus opiniones y después podremos seguir discutiendo.

DR. TRIPPUTI: En realidad es una lástima que no nos hubieran avisado el temario previamente a la reunión, porque todos estábamos comentando acá que no sabíamos para qué nos habían citado, entonces podríamos haber traído una cosa más concreta. En realidad la citación decía "dos miembros del Comité de Docencia" y no decía el temario, así que nos preguntábamos para qué nos habían citado. Con una idea previa podríamos haber traído cosas más concretas. Esa es la primera opinión.

La segunda opinión, ahora rápido, porque soy el primero que hablo y tengo poco tiempo de pensar más las cosas, en la cátedra nuestra se ha presentado una situación muy especial, tenemos dos cátedras dentro de una misma cátedra, estamos tratando de ponernos de acuerdo, esta noche tenemos una reunión docente-estudiantil, ya hemos tenido una reunión docente-no docente-estudiantil por el C.de Docencia y a ese nivel nos hemos manejado siempre y es el nivel que ha sido más útil hasta el momento.

En este momento no podría dar una opinión concreta. Incluso creo que a las 9.30 hay citada otra reunión para discutir junto con todos los C.de Docencia en Anatomía Patológica este mismo problema, entonces quiere decir que estamos superponiendo un poco las tareas y yo esperaría un poquito antes de dar una opinión definitiva al respecto, esperar a ver qué se resuelve en esa reunión que vamos a tener ahora y lo que vamos a resolver esta noche. De todos modos, hasta este momento, la enseñanza como la hemos impartido nosotros desde el punto de vista enseñanza, ha ido satisfaciendo las inquietudes de los estudiantes y hemos tratado de ponernos a tono

con la situación actual en la medida de nuestras posibilidades. Nuestras posibilidades de enseñanza a veces están limitadas por dos cosas fundamentalmente, dicho rápidamente, una: espacio y otra: falta de personal no docente que colabore con la enseñanza. Nosotros podríamos brindar mucho más no solamente al estudiante, sino al público que también se lo merece en asistencia si tuviéramos mejores posibilidades de espacio y de colaboración de personal no docente, porque una cátedra no la mueve solamente el personal docente y el personal médico, sino que también la mueve el personal no docente y nosotros tenemos que estar supeditado mucho a ellos en cuanto a restringir cierto tipo de actividades.

De todos modos pienso que podré ser más explícito dentro de un tiempo, cuando recojamos otras opiniones, porque esta es una opinión tomada un poco así rápidamente y no elaborada precisamente y como me gustan hacer las cosas. Es una idea previa, que incluso puedo modificar después pero que de todos modos podemos volver a tener otra reunión y yo le pediría al Dr. Vieyra que cuando cite a una reunión así nos ponga el temario para que vengamos prevenidos.

DR. VIEYRA: Fue una omisión en las citaciones que firmé un poco a ciegas, porque en las anteriores que se hicieron tanto con el área clínica como con el área quirúrgica, en el temario decía "plan de estudio".

DR. NUDEMBERG: Quizás sea una opinión personal respecto a la enseñanza en la cátedra de Dermatología a la cual pertenezco. Nosotros estamos impartiendo la enseñanza de acuerdo al sistema rotativo y en general allí hay algunas personas que están de acuerdo y otras no. Personalmente pienso que para dermatología no sirve. No sirve por las características especiales que tiene la dermatología. No es cuestión de sobrestimar o subestimar a la dermatología, pero en esta especialidad se estudian enfermedades de gran repercusión social como lepra, enfermedades venéreas y pensamos que el estudiante tiene que salir muy bien preparado en esos aspectos. No quiero hacer paralelos, acá no hay oftalmólogos, pero en general el graduado no va a ocuparse en recetar anteojos ni intervenir en algún problema conjuntival, pero sí tiene que saber diagnosticar una sífilis, sí tiene que saber tratar una sarna, tiene que saber por lo menos hacer el diagnóstico precoz de una lepra. Incluso está el problema de la parte estacional. Nosotros tenemos en dermatología la posibilidad de mostrar en invierno algún tipo de enfermedad y en verano otra y en primavera otra. De manera que yo pienso y creo que algunos coinciden conmigo en que debería darse la dermatología como se hacía en tiempos anteriores, en un período un poco más prolongado, no en 20 o 22 días, sino que llegase a tres o cuatro meses. Y con un sistema quizás no tan intenso, no las cuatro horas que no se aplican, por lo general no son tales, sino que se haga con la clase que podría

ser con los criterios más modernos que se dan en estos momentos. No ser el monólogo, sino la clase dialogada. Y el trabajo práctico. Y llevar a un tiempo mayor el dictado de la materia, sobre todo por esos aspectos que yo he resaltado de esta especialidad, que está muy íntimamente ligada con la clínica médica y que es imprescindible para el médico general que sale de la ciudad. De manera que yo subrayo ese aspecto.

O sea que pienso que debería prolongarse, llegando a un cuatrimestre o a un semestre, en forma más suave, más lenta, con algunos detalles sobre el dictado de las clases, etc. que ya están en manos del profesor que es el que organiza las cosas.

DR. MARTINEZ: A raíz de un largo tiempo fuera de la Universidad he tenido oportunidad de visitar numerosos centros e institutos, fuera de la ciudad de Rosario y he palpado la necesidad de traer como modesta experiencia las necesidades dentro de esta especialidad y tratar de llevarlas a los muchachos, a los estudiantes, debido que he podido ver que en todos los institutos que he recorrido por las Provincias de Santa Fe y Buenos Aires, que han sido muchos por cierto, algunas necesidades que yo quiero dejar sentado en el sentido de que el médico práctico que le toca salir de la ciudad se encuentra a veces con problemas a resolver, a lo mejor con un conocimiento teórico muy amplio, porque ha estudiado conscientemente, pero le falta ese entrenamiento con el enfermo.

He tenido oportunidad de escuchar colegas de una versación teórica muy interesante, muy amplia, muy cimentada, pero ante el problema del accidentado, ante el problema de la fractura, se han visto en figurillas para poder sortear la dificultad de entrada. Y yo quisiera exponer que necesitamos capacitar a nuestros muchachos en nuestra especialidad, porque es una de las especialidades del futuro, sin menoscabar a las demás, debido al ritmo vertiginoso en que estamos viviendo. Y quiero poner énfasis en esta apreciación, porque cada día más la muchachada joven se encuentra ante problemas a veces muy serios que resolver.

Y quiero poner énfasis en decir que el lapso que nos han asignado para poder exponer toda una especialidad me parece muy corto, a pesar de que nosotros tengamos la mejor buena voluntad todos de intensificar en horario y en tiempo, porque se necesita también tiempo y distancia para poder tener oportunidad de ver cosas que a lo mejor en ese lapso no se ve y después pasando a otra especialidad ya se deja de ver.

Entonces yo diría dos puntos fundamentales: primero tratar de prolongar un poco más el tiempo que en nuestra especialidad tienen los alumnos en nuestra materia; y segundo, tratar de hacer la materia, los tópicos o los temas, concretos y siempre fundamentados en lo que creo que el médico debe salir de la Universidad si no va a hacer la especialidad, con temas fundamentales y básicos bien fundamentados. O sea que a lo mejor no sabrá la clasificación "equis", pero que pueda como bien dijo el doctor

R.A.E.

saber qué es una lepra o saber algunas enfermedades que a veces no se consiguen y que lo ignoran.

En nuestra especialidad no se puede concebir que un alumno o un médico joven no pueda sortear las dificultades de primera instancia en un traumatizado o en algunas enfermedades ortopédicas que son básicas y que son trascendentes para la sociedad.

Por eso es que yo insisto en que la materia nuestra necesita más tiempo para convivir más con el alumno.

En segundo término tratar que los programas, cuando se estipulen, sean concretos, definidos, claros y de gran trascendencia. A lo mejor que no se sepan otras cosas, que si la especialidad le da tiempo, en buena hora, pero creo que hay cosas que tienen que ser fundamentales, tópicos que el alumno debe saber como el ABC y lo demás si hay tiempo y entusiasmo e interés de ambas partes, creo que eso será complemento de toda esa formación integral que tiene que tener el alumno o el médico que se reciba. Porque si nosotros pretendemos hacer enciclopedismo, vamos a tener grandes teóricos y resulta que vamos a encontrar grandes telefonistas, como tenemos actualmente. Y la gente joven me lo dice y lo comenta y yo lo veo y vivo las angustias que vivo, justificadas, a diario. Muchachos que no han tenido a lo mejor la oportunidad de convivir en la especialidad nuestra y llega el accidentado y ~~siempre~~ viven un estado de zozobra, que uno trata de ayudarlos y solucionárselo con buena voluntad, pero que indudablemente desearía que hubiera mayor seguridad, mayor formación en lo básico, en lo fundamental, en lo grueso.

DR. IMHOFF: En lo que toca a nosotros, recientemente reincorporados, nos encontramos con una Universidad un poco distinta en la que hay participación muy importante de todos los sectores interesados.

Nuestro sistema de enseñanza ya las autoridades de la casa lo conocen perfectamente. Lo hemos expuesto ampliamente. Creemos que nuestra especialidad, sin que quiera significar que sea una materia más o menos importante que otra, el alumno debe tener conceptos. Conceptos fundamentales, como acaba de decir el profesor Martínez para tratar de resolver problemas futuros.

Es de lamentar que la comunicación haya sido incompleta. Uno viene sin saber qué va a decir. Para colmo de males, recién anoche a las 22 hs. se me informó de esta reunión, por teléfono. No sé qué inconveniente habrá habido de parte de la Secretaria, pero yo vengo como dijo acá el Dr. Tripputi y algunos otros un poco en frío, creo que esto se merece un estudio más detenido, sobre todo con la reunión que se llevará a cabo a continuación, para llegar a conclusiones. Pero nuestro concepto, refiriéndonos a lo dicho por el Dr. Martínez, es eminentemente práctico, la teoría se aprende en cualquier libro, el otro libro, el libro del enfermo, se aprende

de solamente con el enfermo.

DR. LEMBO: Nosotros en la 2da. cátedra de Ortopedia hemos elaborado con el grupo docente y estudiantil un plan de estudios que fue elovado y que fundamentalmente se basa en el desarrollo de la traumatología y la ortope<sup>d</sup>dia en forma teórico-práctica y sobre todo la teoría en forma de coloquio. Es decir, nosotros prácticamente hemos eliminado las clases teóricas y lo estamos haciendo en forma de coloquio y los alumnos van sabiendo ya con anterioridad los temas que se van a desarrollar. Tratando siempre - como dice el Dr. Martínez - de desarrollar temas que son eminentemente prácticos, que se va a encontrar el alumno prácticamente a diario con esos problemas.

Nosotros hemos hecho una experiencia en cierto modo en estos años que se vienen desarrollando los Tr.P. en forma mensual, prácticamente mensuales. Es decir, podemos decir como han dicho todos los colegas que para nuestra especialidad es muy poco 30 días. Pero la experiencia esta no se desarrolla solamente acá en Rosario, sino que hace muchos años que en Bs.As. se venía haciendo, así, en forma mensual y en forma exclusiva la materia. Y nosotros hemos podido comprobar que los alumnos terminan en cierto modo mejor preparados en esos 30 días que antes cuando desarrollaban todas las materias en el año. No podemos decir que los alumnos saben menos, incluso sacan notas muy distinguidas porque aprovechan en forma completa durante esos 30 días todo lo que uno enseña y muestra.

Ahora, nosotros hemos hecho un planteo y que no hemos podido todavía realizarlo, por problemas de tipo económico, pero hemos hecho una propuesta de que la materia, sobre todo en la parte de traumatología se dé como semi-internado, como se hace en partos, de manera que el alumno tenga la oportunidad, desde las 8 y hasta las 17, ver una serie de cosas que entran al hospital por Guardia, que de otra manera no la ven nunca. Es decir, protestan porque no ven una fractura expuesta y el tratamiento de la fractura expuesta, pero estando semi-internado, es decir, una semana, en grupos de cinco o cuatro alumnos por semana, porque más o menos tenemos 20 alumnos por cada cátedra y ahora más con las UDH, así que podemos repartir en pequeños grupos de 4 o 5 alumnos por semana, en un semi-internado, es decir que lo único que necesitábamos era de que el hospital le diera al alumno la comida del mediodía.

Quando se lo planteamos al alumno les pareció una cosa muy importante e interesante, porque aprovechando que tenemos Residentes ellos pueden brindar todas esas cosas que entran así por guardia de urgencia y que nos parece que es de suma importancia, es decir, poder tratar en el momento en que llega una fractura o una fractura expuesta, por supuesto que es la más importante.

En este momento se me ocurren pocas cosas porque realmente no // veníamos preparados para esto.

R.A.E.

DR. DIDIER: El Dr. Lombo acaba de sintetizar o decir más o menos cuál es nuestra opinión en cuanto a lo que se refiere a la enseñanza de la materia.

En primer lugar no sé si tengo que interpretar las palabras del Sr. Secretario Académico que creo que en algo se refirió a ~~también~~ la planificación extra-especialidad. En ese aspecto - para lo cual se necesitaría una planificación y documentación previa- que tal vez sería interesante, en lo que respecta a la planificación, rehabilitar los departamentos de Cirugía, con las especialidades quirúrgicas, el Dto. de Medicina con las especialidades médicas, para que cada Departamento se aboque a completar o actualizar un estudio que ya se venía haciendo sobre el curriculum de la Facultad, el curriculum de la carrera médica, que es muy interesante, muy importante, porque de esa manera yo creo que se puede tener una apreciación de conjunto y por cada Departamento, con lo cual se puede arribar a conclusiones muy útiles.

En lo que se refiere específicamente a la O. y Tr. con toda la importancia que ella tiene y seguramente se presentará en el futuro, nosotros habíamos considerado ya desde hace tiempo el programa, cómo se venía cumpliendo, con la enseñanza en el período de 4 semanas. Ya desde el Dto. de Cirugía y a través de la cátedra, cuando hicimos el comentario de los primeros años de experiencia, dejamos traducir la necesidad de que se amplíen las horas de estudio y de trabajo. Probablemente es fácil comprender que en la integración de todo lo que hace a la Facultad de Medicina, no sea fácil dar más a uno, porque eso significa quitar a otros. Entonces es evidente que la otra forma de cumplir es agregando horas a los estudios, es decir que los estudios si se deben realizar solamente en un período breve no puede ser solamente cuatro horas, las horas de la mañana. Por otra parte cuando se implantó el SEIR, se dijo que sería en forma intensiva, o sea que tendría que ser todo el día, contando desde las 8 y hasta las 17, que es un horario de tipo full-time, donde el alumno se dedica íntegramente a la enseñanza. Porque no creo que solamente tengamos que enseñar cosas prácticas. Me parece muy bien que lo hagamos, pero también tenemos que enseñar conocimientos. Los hechos prácticos se basan fundamentalmente en conocimientos. Los conocimientos fundamentales los tenemos que saber para nuestra cultura médica elemental.

De manera que para poder brindar una enseñanza de esa naturaleza es posible, inclusive, en el término de un mes, de 30 días, por eso me expreso en días, en vez de hablar de un mes hablar de días útiles.

La Sociedad Latinoamericana de O. y Tr. que tiene capítulos muy interesantes de investigación, etc. se ha dedicado con mucha pasión y mucha intensidad al estudio de los programas de realización ortopédica en toda América y ha delegado en algunos profesores, en este momento creo que <sup>en</sup> el Dr.

de Chile, para que haga un estudio bastante completo sobre las posibilidades, las necesidades y el programa de una carrera en O. y Tr.

R.A.E.

Yo tuve la suerte de escucharlo en Córdoba hace poco tiempo y sobre todo me sentí muy satisfecho porque las mismas cosas que habíamos nosotros presentado y propuesto a las autoridades actuales de la Facultad las he escuchado decir a él. El cree, por los estudios realizados, que 30 días pueden ser suficientes para dar una preparación teórica y práctica al alumno, pero esos treinta días tienen que ser divididos durante el día, mañana y tarde. Es decir que la labor tiene que realizarse a la mañana y a la tarde y eso más o menos hasta las cinco de la tarde, se puede cumplir, ya tienen experiencia formada no en un centro sino en varios, se pueden cumplir con las necesidades elementales, (por supuesto que elementales) que necesita el médico que va a salir de la Facultad con el título. Por supuesto que después a estas necesidades elementales de la educación a nivel, en el status de estudiante, habrá que pensar también que cada cátedra tiene que tener ~~una nueva~~ otros niveles de trabajo y de estudio, como es el de post-grado y el de especialización, que también debe de entrar - yo creo y es una aspiración auténtica - la formación de especialistas, porque sólo así se podrá elevar el nivel realmente del médico práctico en la atención del accidentado que cada día exige más la especialización.

De manera que creo que en esa forma se puede concretar la aspiración de que sean 30 días de estudio y trabajo intensivo en la cátedra para la enseñanza y que en esos 30 días, por la mañana y tarde, uno podrá brindar seguramente con todo el equipo docente y la participación activa estudiantil una preparación adecuada.

DR. CARBONI: Nosotros hablamos quizás desde un punto de vista un poco distinto con respecto a algunos colegas. Nosotros estamos a cargo de una UDH dermatológica. Con la experiencia que nos ha dado 1 año y medio de estar al frente de la UDH podemos decir que el sistema que estamos desarrollando es muy superior al sistema que hemos desempeñado durante tantos años.

Es cierto que hay, como en todas las especialidades, como en Cl. Médica, etc. una serie de afecciones que pueden verse con más precisión en determinadas épocas del año. Todos los sistemas tienen los pro y los contras, no creo que lleguemos nunca a encontrar el sistema perfecto. Pero sí ha habido una correlación muy superior, pero muy superior, en cuanto a los objetivos que nos hemos fijado y que se había fijado nuestra Facultad al establecer dicho sistema.

Hace muchos años impartíamos enseñanza durante todo el año. Luego impartimos la enseñanza durante dos semestres. Más tarde impartimos la enseñanza en 4 ciclos. Y siempre en forma totalmente desgradada. Es común, todos hemos pasado por la misma experiencia, de que preguntábamos "quién da clase mañana de 8 a 9?" "el doctor fulano de tal" y concurríamos si nos gustaba, de 9 a 10 no nos gustaba, entonces no se concurría o algunos concurrían por supuesto, pero el porcentaje era mucho menor. Con este sistema

R.A.E.

de enseñanza intensivo como se le ha denominado, hemos podido poner en práctica una serie de objetivos fijados previamente.

Antes no se hablaba de la relación docente - alumno y casi no se hablaba de la relación docente-paciente o estudiante-paciente.

En nuestros objetivos fijados por nuestra unidad, dejando de lado la cuestión de habilidades, etc. hemos tratado de hacer un esquema que pudiera sintetizar de alguna manera, en el corto tiempo que nos toca desarrollar la materia, que pudiera digamos así no ser con anteojeras, es decir, no volcarse directamente a una sola modalidad de enseñanza. Nunca hemos tenido como hasta ahora la cantidad de tiempo del que podemos disponer con el alumno para impartirle enseñanza. Nosotros no tomamos asistencia, y no la necesitamos porque los alumnos concurren en block. Una vez que uno los ha promovido, le ha explicado, le ha enseñado qué puede ser la consecuencia creemos que es lo fundamental.

Nunca se habló antes y hablo de 30 años de experiencia, de cómo debe estar situado el estudiante de Medicina, no solamente digamos en la parte que nos toca en ese corto tiempo, desde el punto de vista dermatológico, no, primero su ubicación en la sociedad, como ente, como persona, dentro del ámbito si se quiere de nuestra República y si se quiere más arriba. Luego su ubicación dentro de la Medicina. Y luego en tercer lugar su ubicación dentro de la materia.

Nunca hemos tenido como hasta ahora la distribución de tiempo que hubiéramos deseado. No se puede decir, creo yo y que me perdonen los otros colegas si no están de acuerdo, que tiene que ser todo trabajo práctico o todo teórico. Hay que tratar en cada materia de ubicarse en la mejor forma posible. Nosotros tenemos temas que pueden ser exclusivamente prácticos y otros temas que son necesariamente teóricos. Estoy de acuerdo con lo que ha dicho el doctor Didier que hay alguna teoría que se enseña para adquisición de conocimiento y el que no sabe cuáles son los síntomas que pueden dar una determinada enfermedad, nunca podrá diagnosticar esa enfermedad. De manera que damos clases teóricas dentro del conjunto. Nosotros tenemos 36 hs. de Tr.P., tenemos 18 hs. teóricas y tenemos 18 hs. de técnicas grupales. Y luego, 2 horas a la noche de consultorio externo. Creemos que así hemos tratado de conseguir lo máximo dentro de las posibilidades que se puede para la enseñanza de nuestra especialidad.

Alguna vez he repetido, varias veces he repetido en nuestra Facultad que desde la Reforma se está hablando de la apertura de la enseñanza. Hablando con viejos dirigentes, desde el año '30 que se viene hablando de la apertura de la enseñanza en nuestro C. Directivo de ese entonces. Por fin se hizo la apertura de la enseñanza con las Unidades Docentes Hospitalarias. Haciendo un aprovechamiento de una cantidad de colegas que tenían condiciones docentes mejores que los que estábamos dentro de la Facultad.

Y eso ha traído una renovación de valores, una renovación de interés y va a haber una competencia en cuando a los resultados que se puedan obtener.

Creo que se está elaborando un curriculum dentro de nuestra Facultad. Eso nos hubiera venido extraordinariamente bien para saber qué se está elaborando o qué se ha hecho hasta ahora, porque podríamos haber canalizado la discusión hacia distintos capítulos.

Yo pediría a nuestras autoridades que si ya hay algo programado, creo que sí, que nos lo hiciera llegar para dar nuestra opinión al respecto, o si saldrá programado después de estas reuniones nuestras. Es decir que pediría que las autoridades nos mostraran cuál es la interpretación que se tiene respecto a muy diversos capítulos.

Y para estas cosas creo que falta algo acá fundamental, nosotros por lo menos deseáramos que la Facultad tuviera también la impresión, la idea, de los resultados que han tenido los estudiantes al paso por la enseñanza de la especialidad. Creemos que eso es fundamental.

Yo declaro con toda sinceridad que durante los 30 años por los que he pasado por la Facultad, nunca hemos tenido los resultados con los estudiantes que hemos tenido en este año y medio, en cuanto a conocimientos, en cuanto a exámenes, que no son solamente teóricos, sino teóricos y prácticos. De manera que solicitaría que requirieran el concepto o la opinión de esa cantidad de estudiantes que ya han pasado por las diversas cátedras. Por ahora nada más.

DR. MERCAU; Como yo soy también parte de la UDH, coincido plenamente con el Dr. Carboni en lo que él ha dicho, de manera que yo tendría muy poco que agregar en cuanto se refiera a Dermatología, si se pudiera agregar un poquito más de tiempo, me parece que sería siempre muy útil.

Ahora es evidente que a nuestros estudiantes les falta como decía el Dr. Martínez la parte práctica, ponerse en contacto con la realidad, con el ejercicio profesional. No sé si estará en la mente de las autoridades poner un año de post-gradó en el que los alumnos o los recién egresados pudieran estar guiados por alguna persona ya capacitada en la práctica y que se pudiera desarrollar en distintas partes del país, no sé si en el norte o en el sur, en el este o en el oeste, donde hay tanta patología a veces diferente a la del Litoral, pienso que habrá zonas donde será muy útil y que quizás se podrían autofinanciar ese post-gradó. Es muy fácil que muchas poblaciones pudieran con sus recursos locales mantener a grupos de 10 o 15 recién egresados con un Instructor o una persona capacitada de la zona que lo pudiera guiar en un ejercicio práctico de la medicina.

DRA. LATERZA: Yo también estoy en la cátedra de Dermatología y participo un poco también de la UDH porque soy médico municipal en el Carrasco, así que aunque no estoy directamente encargada de docencia, porque mi actividad es más bien de laboratorio, pero en general comparto la opinión que ha expresado el Dr. Carboni en cuanto a que la enseñanza intensiva rotatoria que se ha venido desarrollando en el último año y medio, creo que así a prima facies, ha sido útil en el sentido del aprovechamiento y la conexión y vinculación que se ha podido lograr con el alumno; y también en la preparación previa que el alumno puede llevar ya que está haciendo solamente esa materia.

Es decir que en general es un sistema que ha brindado bastantes buenos resultados.

Comparto con el Dr. Tripputi la opinión de que hubiera sido lindo saber con anticipación el tema, porque de esa manera hubiéramos podido conversar previamente en la cátedra o recabar un poco la opinión del resto de la gente en la cátedra de Dermatología para trazar un plan previo, etc. tratando de ver cuál era la opinión general al respecto.

De todas maneras creo que sería interesante que se nos diera un poco de tiempo para ver de profundizar en las dos cosas fundamentales, es decir, en el contenido de la enseñanza, es decir lo que se le tiene que enseñar de dermatología al alumno, que creo que todos compartimos en todas las especialidades que tiene que ser lo más práctico y lo que tiene que conocer el médico general, dejando de lado toda la cosa más especializada. Y por otro lado la forma de impartir esa enseñanza. Es decir, por un lado el contenido y por otro la forma, que ~~xxx~~ en cuanto a la forma estoy de acuerdo que en este sistema intensivo rotatorio ha sido muy útil pero pienso que quizás podría encontrarse la manera de mejorarlo o buscar otras salidas a las partes que no han sido hasta ahora perfeccionadas.

Por supuesto que ningún sistema, como decía el Dr. Carboni puede ser perfecto. En el sistema intensivo nos vemos con el problema de las dermatosis estacionales que planteaba el doctor Nudenberg pero en general creo que de todos los sistemas que yo he tenido oportunidad de saber así de oídas, creo que éste en general ha sido bastante bueno. Por otra parte creo que sería importante - creo que lo dijo el Dr. Didier - que la Universidad se hiciera cargo de la formación de los especialistas también. Es decir, es importante que tratemos la formación de los alumnos, lo más importante por supuesto, pero también es importante que la Universidad encargue la formación de los especialistas, que por ahora en nuestro medio es una formación un poco donde pueden y como pueden formarse sin que haya una orientación universitaria en ese sentido.

R.A.E.

DR. VIEYRA: Esta va a ser -- y creo que lo dije al principio -- la primera de una serie de reuniones, probablemente más específicas, ya mejor por asignaturas o a lo mejor volver a hacer una reunión así, para ganar tiempo, aunque probablemente cuando nos pongamos con lápiz y papel tengamos que ser más específicos. Pero aquí se han dicho, a pesar de que no venían preparados, mejor dicho yo me pregunto cuando vengan preparados esto va a ser una cosa realmente importante, porque se han dicho cosas realmente enriquecedoras.

En primer lugar, a pesar que ninguno parece haberse propuesto decirlo, todos ayudaron a definir un objetivo de la enseñanza de la medicina, es decir, la formación de un médico eminentemente práctico, adecuado a ciertas necesidades de una realidad que parece que todos tienen muy muy en claro. Cuando el Dr. Martínez o el doctor Didier apuntan a un auge de la Traumatología como resultado de una expansión de la Sociedad de consumo, están percibiendo una necesidad muy importante, lo mismo que las otras especialidades parece que tienen muy claro cuál es la realidad que el médico ha de servir.

También otro aspecto importante cuando uno plantea cambios curriculares, además de definir objetivos que habrá que pulir después, es un poco la necesidad de adecuar la organización de la estructura académica para el cumplimiento de esos objetivos y después una metodología de trabajo / que también no tiene por qué ser ni dogmática ni igual para todos los casos, sino que se adaptará a las necesidades.

Pero hay un aspecto que aquí no se ha tocado y creo que sería importante que Uds. viertan sus opiniones, porque en el futuro vamos a trabajar sobre las bases de elementos para la discusión que se elaboren.

Nosotros les vamos a hacer llegar un documento preliminar que ha sido elaborado y quizás algunos ya conocen y una encuesta sobre temas muy concretos, son 6 preguntas que hacen al área específica de la orientación de la enseñanza en el área que cada uno de Uds. cultivan, para que lo discutan en la cátedra, lo elaboren y luego hagamos una nueva reunión.

Pero hay una cosa como decía que quedó acá hoy sin tocar y es qué es lo que Uds. esperan de las otras áreas, tanto clínicas como quirúrgicas y fundamentalmente de un tema controvertido: las materias básicas. Yo propongo ahora si Uds. no están en desacuerdo que expresen sus opiniones sobre esta pregunta que yo les he hecho ahora y además que vayan pensando sobre la orientación general de la enseñanza de la medicina.

DR. D'OTTAVIO: A fines del mes de julio de este año, se constituyó la Comisión de Plan de estudios. A fines de noviembre la Intervención o mejor dicho la Comisión había elaborado un documento para discusión titulado /

"Bases para la elaboración de cambios curriculares en la enseñanza de la medicina", para puntualizar en la enseñanza de pregrado. A través de Coordinadora, a fines del mes de octubre se hizo hacer llegar a los C.de Docencia de las distintas cátedras. Es el documento que hoy se discute en la reunión de Coordinadora con los Consejos de Docencia. Vale decir, aproximadamente un mes y medio para que los C.de Docencia lo discutieran.

Ese documento consta de dos partes fundamentales. Una, los fundamentos, las bases propiamente dichas para la elaboración de cambios curriculares. A partir de allí, uno tiene que plantearse si es necesario el cambio curricular, sí o no y por qué. Nosotros interpretamos que sí, que la estructura curricular es rígida, que no tenía objetivos precisos y los objetivos que no son precisos siempre se prestan para cualquier cosa. Los objetivos tienen que ser claros, que todos lo comprendan y tienen que ser evaluables, por otra parte. Entonces redactamos los objetivos, que es la segunda parte del documento, en base a los fundamentos, que subdividimos en generales y especiales.

El documento termina allí, no en forma antojadiza, sino que en cierta manera cierra lo que había comenzado con un párrafo que dice "creemos que un plan de estudios no debe ser obra de un grupo de ologidos que puede imponerse a la comunidad universitaria aun persiguiendo el saludable propósito de beneficiarla. Sólo cumplirá su misión y tendrá validez cuando dicha comunidad se identifique con sus objetivos y participe de su realización y puesta en marcha".

Por esto esta reunión no es meramente formal. No se los citó acá para recabar algunas opiniones y después la Comisión hacer lo que le viniera en gana. Como bien dijo el Dr. Vieyra, esta reunión es el comienzo de otras reuniones. Nosotros queremos saber por eso: primero que discutan los fundamentos, que discutan los objetivos planteados. Luego cómo implementarlo. La relación con otras áreas clínicas y la relación con las materias básicas. Qué esperan Uds. de las materias básicas, qué quieren que brinden al alumno para las materias clínicas. Por eso se empezó al revés, las primeras reuniones se hicieron con las materias clínicas, luego con las quirúrgicas, ahora con las especialidades críticas y recién a fin de semana se hará con las llamadas del ciclo básico.

Eso lo quería decir para clarificar un poco y dar un poco de orden a la discusión.

DR. MARTINEZ: Creo que eso es fundamental, saber qué es lo que se quiere, ...qué es lo que nosotros entendemos que debe ser ese trabajador de la salud, qué es lo que va a ser ese trabajador de la salud o para la salud; y qué formación tiene que darle la Universidad para que salga de la Universidad al medio ambiente y sea un hombre que desempeñe con eficiencia y compromiso por supuesto teórico-práctico- y sabiendo cuál va a ser su for-

mación, que es para mí lo fundamental. Entonces si nosotros sabemos el objetivo de la Universidad, en este caso la Facultad de Medicina, o sea qué médico va a formar, entonces en base a ello viene toda la planificación.

DR. D'OTTAVIO: Eso está planteado en los objetivos que, quiero hacerle notar, son los objetivos de la enseñanza de la medicina y - puntualizo - de pre-grado. En ningún momento nosotros quisimos plantear los objetivos de la Facultad de Medicina que exceden a los objetivos de la enseñanza, porque nos una de las funciones que cumple una facultad de medicina, la enseñanza. Nosotros puntualizamos bien, los objetivos son para la enseñanza de / pre-grado. No quiero decir con eso que nos olvidamos del post-grado. No, tiene fundamental importancia, pero vamos por parte, hacemos primero el pregrado y luego se analizará el post-grado.

DR. CARBONI: En la UDH del Hospital Carrasco hemos fijado objetivos generales y objetivos específicos. Dentro de los objetivos generales dice "despertar inquietudes de formación permanente en lo social, científico y docente para una mayor ubicación del universitario actual en general. Segundo, condicionar la conducta del alumno para que pueda desempeñarse integralmente como médico general ante un problema dermatológico, de acuerdo a la realidad bio-psico-social en que debe actuar". Nosotros tenemos una comprensión con esto porque tenemos dos de las prioridades de la medicina actual, es decir la erradicación de las enfermedades transmisibles. Y dentro de eso tenemos nada menos que enfermedades venéreas, que es un gigante que nos va envolviendo, y leprología.

Esos serían los objetivos generales y dentro de los objetivos específicos tenemos tres puntos. Primero, de conocimientos, segundo de habilidades. Tercero, de actitudes. Y dentro de los conocimientos decimos: "Transmitir información dermatológica jerarquizándola en tres niveles: a) lo que el médico general debe saber diagnosticar y tratar por sí mismo; b) lo que el médico general debe saber diagnosticar y tratar con el especialista; c) lo que el médico general debe saber diagnosticar o sospechar para derivar al ambiente especializado para su tratamiento". En los objetivos específicos de habilidades decimos: "capacitar al alumno para observar al paciente desde el punto de vista dermatológico, enseñándole las prácticas adecuadas por medio de su ejecución". El alumno que teníamos antes no sabía hacer una biopsia; inclusive alumnos que llegaban a nuestra especialidad que no sabían hacer una inyección. Y dentro de los objetivos específicos de actitudes decimos: "habituar al alumno a ver al enfermo como una persona, en forma práctica enseñar la relación médico-paciente con la presencia activa de los cuatro protagonistas: médico-paciente-alumno-sociedad. Para el logro de este objetivo, el docente actuará como médico dermatólogo y no como sim

ple técnico especialista."

DR. VIEYRA: Una tarea similar en cada una de las áreas respectivas. Enriquecer en primer lugar criticando y modificando las propuestas que han partido de la Intervención que son muy generales y completarlas en los objetos sobre todo, que han sido deliberadamente dejados un poco en forma desdibujada. Y después discutir cosas como estas, es decir, cada uno de Uds. tendrán objetivos que serán mucho más específicos que aquellos que se plantean y que son de orden general.

Es un poco la dinámica que nosotros proponemos y que además sugerimos que se haga con toda urgencia porque nuestro propósito es comenzar el año próximo, reiterando que no significará un simple reordenamiento de materias, un simple cambio de programa, sino que a partir de una revisión de la enseñanza de la medicina, plantear claramente los objetivos de la enseñanza de la medicina en general y luego adaptar los contenidos de la enseñanza, los medios y la estructura en la que se va a apoyar.

DR. CARBONI: Alguna vez se habló de la conveniencia de que además del Departamento Clínico, del Departamento Quirúrgico, el crear un Departamento de Especialidades. Porque algunas especialidades son eminentemente clínicas, otras eminentemente quirúrgicas y otras son... no sabemos bien qué son, creo que a Uds. les ha pasado...

DR. TRIPPUTI: Nosotros estamos dentro del Departamento de Cirugía.

DR. CARBONI: ...y alguna otra especialidad. Quizás pudiera aunarse la opinión de las especialidades. Quizás tenga sus inconvenientes, pero parecería que fuera más íntimo o más factible el ponerse de acuerdo con todos los especialistas y su relación, luego, posterior, será con el Dto. de Clínica, el Dto. de Cirugía, según los casos a tratar. No es excluyente, el especialista podría estar en cualquiera de los departamentos o en los dos.

DR. VIEYRA: Cuando nosotros decimos "estructura académica y asistencial" quiero decir que no nos atamos al esquema de los Departamentos, sino es justamente otra cosa que hay que analizar que es cómo vamos a organizar la Facultad y el Hospital para que este curriculum pueda realmente seguir concretándose. Porque aquí hay una cosa que es fundamental para nosotros, no el simple reordenamiento de materias, sino todo lo demás que pueda hacer a la reorganización académica.

DR. CARBONI: Yo les pediría que lo tuvieran en cuenta.

DR. VIEYRA: Pero sabe qué pasa? que no tenemos que tenerlo en cuenta nosotros en la Comisión, sino también cada uno de Uds. y que nos digan "noso-

R.A.E.

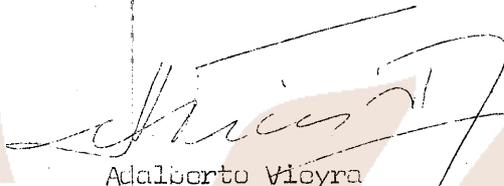
tres creemos que debemos integrar tal cosa u organizar tal cosa".

Respondiendo un poco a la inquietud del Dr. Tripputi, le diré que los Consejos de Docencia están discutiendo también el documento y precisamente constituyen la instancia de participación conjunta docente-estudiantil. Nosotros hemos preferido comenzar haciendo estas reuniones con los docentes porque cada vez que se habían citado a los docentes de áreas un poco disímiles y en las que además convivía gente que recién se ha incorporado a la Facultad hace poco tiempo, entonces creíamos que eran demasiados choques simultáneos, es decir, áreas distintas, gente que ha estado y gente que no ha estado, estudiantes, etc. y por eso hemos preferido estas reuniones un poco chicas para empezar a conocernos.

Además entendemos que ha de ser convergente la realidad nuestra con la de los Consejos de Docencia. Es decir, Uds. participan tanto de unos como de otros y nosotros estamos en contacto tanto con Uds. como con los Consejos de Docencia. Son instancias de discusión cualitativamente diferentes, pero que apuntan a un mismo objetivo.

—oOo—

ags.

  
Adalberto Vioyra  
Secretario Académico



Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús

REUNION CON MIEMBROS DE LOS CONSEJOS DE DOCENCIA DE LAS CATEDRA DE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

TEMA: CAMBIOS CURRICULARES EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

Sala de la Soberanía, 6 de diciembre de 1973 - 12 horas

DR. VIEYRA: Esta es otra de las reuniones que se están haciendo con motivo de las propuestas de cambios curriculares. Por supuesto que cuando uno plantea un cambio curricular debe preguntarse primero si este cambio curricular es aconsejable, si es deseado y si es factible.

De lo que se ha recogido a través de las conversaciones y propuestas que se han venido elevando desde junio, parece existir en el ánimo de la gente una disconformidad no sólo con el actual plan de estudio considerado como un conjunto de materias, como un conjunto de actividades que se hacen durante el año, sino también cuestionando todo el significado de la carrera de Medicina.

Entonces elaborando y poniéndonos a trabajar, partiendo de la premisa de que todo <sup>proyecto</sup> educacional responde a un proyecto político/que en este momento, entonces debemos adecuar uno al que se ha puesto en vigencia como resultado de la situación política que estamos viviendo, por lo menos creemos llegada la hora de analizar el curriculum de la carrera de medicina. Y al hablar del curriculum, de entrada planteamos que no lo entendemos como un simple ordenamiento de materias, sino también como un gran proyecto abierto, donde haya una redefinición de objetivos y donde haya - además de una reorientación de conocimientos y ubicación de los mismos - una reorganización de la estructura académica y asistencial.

Pero tenemos una creencia y que aspiramos a que presida la mayor parte de nuestros actos y es de que ninguna medida se puede aplicar en la Facultad de Cs. Médicas si la gente que va a ser responsable de su aplicación no se siente no solamente participe, sino fundamentalmente artífice de los cambios y modificaciones que se produzcan. Y con ese criterio es que en las distintas áreas en las que hasta ahora aparece dividida la carrera de Medicina o que eventualmente pueden dividirse o agruparse, es que hemos comenzado a hacer estas reuniones, para que la gente discuta en conjunto, eleve sus propuestas e inicie toda una tarea que, en un plazo más o menos breve, porque esperamos implantar los cambios curriculares desde 1974, nos lleve a tener las cosas cambiadas, por lo menos en el aspecto curricular, en la Facultad de Cs. Médicas.

La dinámica de trabajo que proponemos para estas reuniones es que cada uno dé su opinión acerca de la orientación de la enseñanza de la medicina, de los contenidos de la enseñanza de la medicina un poco así en general y luego entren dentro de su área específica, analicen los contenidos en forma general, de su área, de las materias afines y de las otras materias no afines, por ejemplo las básicas. Y que den sus opiniones acerca de

R.M. y E.I.\*

la estructura académica y de la estructura asistencial en la cual se están desarrollando y que tiene tan íntima vinculación con el quehacer docente

Entonces si quieren que demos una vuelta o hay alguno que quiere empezar a hablar desde ya sobre cuáles han sido sus experiencias y luego plantearemos la dinámica de trabajo de la comisión y qué aspiramos para el futuro inmediato.

DR. MOLTENI: La cátedra se dividió aproximadamente desde julio, es decir, los docentes se dividieron en distintas áreas de trabajo, para hacer una cosa coordinada. Y hubo una comisión dedicada especialmente a plan de estudio dentro de los docentes.

Al principio se comenzó a estudiar la parte primitiva, o sea la parte que está relacionada a la materia, o sea la forma cómo se están dando los Tr.P., la forma como se estaban dando los Tr.P., la forma como se estaba dictando la materia. O sea primero arreglar lo nuestro para después insertar, con los nuevos proyectos, la materia en el consenso general de la medicina.

Nos dimos cuenta verdaderamente, en conversaciones con los estudiantes y los mismos docentes, que la materia estaba muy mal dada, en el sentido de que no tenía una realidad con lo que nosotros pensamos actualmente que debe ser la carrera de la medicina.

Esta materia que no es ni básica ni clínica, es una materia verdaderamente intermedia, porque está relacionada directamente con la parte clínica, en lo que hace al aspecto de las enfermedades infecciosas y transmisibles y, está relacionada directamente con la parte básica en lo que hace directamente a la parte de genética y fisiología de los microorganismos y la parte de inmunidad. Entonces pensamos que debíamos dar otro tipo de enfoque a lo que estábamos haciendo y fundamentalmente, tener una idea clara de qué es lo que debe conocer el estudiante de medicina o el médico de la microbiología. O sea cambiar el concepto de los Tr.P. y cambiar el concepto de las clases teóricas.

Es por eso que elaboramos este proyecto, un antoproyecto, que es exclusivamente del funcionalismo de la materia, sin insertarla - vuelvo a repetir - en el consenso general, que depende nuevamente de dónde se la va a reubicar, si se la deja donde está o se adelanta en los planes de estudio (que podría ser otra de las posibilidades).

Modifica substancialmente las clases teóricas, dedicando solamente las clases teóricas a los temas básicos de la materia. O sea nosotros de casi 60 clases teóricas que se llevaban anteriormente, nosotros pensamos dar nada más que 16. En esas 16 clases teóricas se van a dar los conceptos básicos de las distintas áreas en las que está involucrada la microbiología, o sea la bacteriología, la virología, la micología y la parasitología. Esto

R.M. y E.I.

hago que yo pienso que Uds. apoyarán la idea de que - no sé cómo será en las distintas áreas, pero por lo menos en las materias básicas es así- las clases teóricas casi siempre están despobladas. Será por falta de motivación, será porque se da en horario diferente los prácticos, será porque los alumnos tienen poco tiempo, porque tienen unas horas a la mañana, otras horas a la tarde, clases teóricas de noche, etc. cosas que hacen que las clases teóricas se pierdan fundamentalmente, se diluyan en el conjunto de alumnos y algunas pocas clases puedan ser aprovechadas.

Esto hizo que las 16 clases teóricas las incorporáramos directamente en el horario de Tr.P. y que entonces sí puedan asistir los alumnos dentro de sus esquemas clásicos de asistencia.

Eso hará evidentemente que Uds. se pregunten qué se va a hacer con las otras 40 clases teóricas que no se dan. Esas clases teóricas se van a dar a nivel docente o sea a nivel de instructor, directamente con el alumno. Es decir, nosotros cambiamos el concepto del Tr.P. y lo vamos a llamar, para nosotros el nuevo teórico-práctico, que va a consistir en tres partes. Va a abarcar no sólo la demostración de Tr.P. en el laboratorio- habíamos específicamente de bacteriología- sino que verdaderamente va a ser una integración de conceptos prácticos con los teóricos. Así el docente en la primera parte del mismo va a dedicar especial interés a la ubicación del tema desde el punto de vista teórico, con métodos audiovisuales, que lo estamos preparando. Con la presencia de modelos en estudio, o sea aplicando las nuevas técnicas pedagógicas de métodos audiovisuales, los modelos de estudio son los más adecuados, por lo menos para nuestra materia.

Y, si la posibilidad lo permite, con pacientes directamente que padecen la noxa . Un ejemplo, el estudio del estafilococo, la estafilococemia, no se va a hacer más como se hacía antes, dándole un tubo donde había colonia de estafilococo al alumno, el alumno lo sacaba del tubo de ensayo, hacía las pruebas bioquímicas, lo sembraba, lo sembraba mal y estudiaba la coagulasa, la manita, la desoxirribonucleasa. No, el estafilococo no se va a dar más en clase teórica. El docente va a dar parte del Tr.P. que va a ser alargado, en el cual va a explicar qué es lo que produce el estafilococo en la patología humana y animal, si es que lo produce, va a estudiar los distintos casos, va a traer la bibliografía si es necesario, va a traer modelos, modelos de abscesos, etc. etc., va a traer un paciente si es posible, va a ir a ver un paciente en la sala de infecciosas o alguna clínica. Y luego, una vez integrado ese concepto teórico, qué es lo que produce, el alumno recién va a entrar en la parte práctica que tampoco va a ser una práctica de tecnología. No queremos que el alumno de medicina se capacite directamente en la tecnología bacteriológica que es una cosa que fundamentalmente no le va a servir para su carrera, salvo que haga la especialidad. Lo que hará el alumno es hacer un

R. M. y E.Tr.

teórico práctico en el cual evidentemente va a trabajar con los gérmenes y con las colonias, pero sin exigirle como se lo exigía hasta ahora una manualidad la cual fundamentalmente es una pérdida de tiempo y no lo va a capacitar para la enseñanza general de la medicina.

Y la tercera parte del Tr.P. vendría ser la integración de los alumnos con el docente sobre el tema tratado. Evidentemente eso va a hacer que nosotros tengamos que alargar el tiempo de los trabajos prácticos y para ser eso posible, tenemos que sacar la clase teórica porque tiene que suprimirse lo que pasaba en los años anteriores, que se daba estafilococo en dos clases teóricas y después se daba estafilococo en Tr.P. y seguramente lo que pasaba era que <sup>en</sup> los Tr.P. se daba estafilococo primero que en la clase teórica, porque en las clases teóricas había que dar el concepto básico de la bacteriología, que llevaba aproximadamente dos meses y después recién se empezaba con la especialidad. Y cuando se empezaba con la especialidad el alumno estaba terminando con los Tr.P. O sea que no le servía absolutamente nada lo que aprendía en la práctica en relación con la teoría o viceversa.

Es decir, nosotros pensamos que de esta manera es mucho más funcional, mucho más didáctico y es mucho más real la enseñanza en nuestra materia de este tipo de funciones.

Vamos a cambiar, como el año anterior, hacerlo una normalidad, la forma de evaluación. Nosotros consideramos que es útil la forma de evaluación grupal. A nosotros nos ha dado buenos resultados. Los muchachos lo han entendido realmente, siempre hay excepciones, también hay excepciones en los parciales escritos, en los parciales individuales, o sea que no vamos ahora a descubrir que con los parciales escritos todos aprobaban y con los parciales evaluativos grupales nadie estudiaba. Al contrario, yo pienso que han asumido la responsabilidad. Ellos lo han entendido así y realmente son útiles. O sea, de esta manera nosotros casi vamos evaluando en cada Tr. P., que no se va a llamar más Tr.P. sino que será un teórico-práctico, en el cual fundamentalmente está integrada la teoría.

De esa manera eliminamos totalmente el concepto de que el alumno tenía que saber para la evaluación la práctica o que la adquirieran a la práctica, dar sacar la colonia, sembrarla, saber 4,5,10 o 15 pruebas bioquímicas que se le podían para ese tipo de cosas y no tener ninguna // conexión con lo que esa bacteria produce en el humano, que es lo que realmente interesa. De esa manera la evaluación es mucho más simple. Se va evaluando normalmente en cada reunión que se hace docente-alumno y puede haber una evaluación que nosotros calculamos que pueden existir ocho en todo el tiempo que dure el Tr.P., en las cuales se vuelva a refrescar los conceptos dados en los prácticos anteriores. Más o menos este es el bosquejo que nosotros queremos presentarle.

R. M. y E.Tr.

También hemos hecho algunas modificaciones- mérito de la C.Docente no mía- en el programa. Que son modificaciones más de forma que las vamos a dejar para que la Secretaría Académica lo estudie, modificaciones de forma y actualización de programas, fundamentalmente en la parte de virus, que ahora tenemos la posibilidad de contar con un virólogo de dedicación exclusiva en el Departamento, que nos ha dado una idea bastante clara de cómo se pueden clasificar los virus, etc. etc. que creo va a ser de actualidad y utilidad. Si quieren hacer alguna pregunta...

DR. VIEYRA: Como la reunión es con un área clínica que tiene una íntima relación con Uds. no solamente en el aspecto docente sino también en el aspecto asistencial y también a lo que hace a relaciones de trabajo, y que además le plantea a Uds. una vinculación muy completa con el área clínica, es decir yo podría que otro miembro de microbiología diera también su opinión con relación a toda la orientación de la enseñanza de la medicina, los objetivos de esa enseñanza y qué relación hay con el área específica de Uds. , tomando a lo mejor como punto de partida las enfermedades transmisibles.

DR. BONAZZOLA: Debuté hoy en esta reunión, pero voy a hacer un aporte que viene a reafirmar lo que dijo el Dr. Molteni. Nosotros hemos tenido la suerte de poder efectuar la técnica de grupos semanalmente. Para nosotros ha sido un éxito. Semanalmente efectuar la técnica grupal, haciéndolos activos a todos. De esa manera nosotros hemos obtenido un beneficio extraordinario. Más, en el Tr.P. que son 5 por Jefe, prácticamente actúan como activos todos los alumnos, El resultado ha sido extraordinario. Es la primera vez que yo lo he visto. Ha sido una diferencia enorme a los anteriores.

Indiscutiblemente , no he venido preparado para hablar del programa, pero indiscutiblemente que en el programa nosotros hemos sacado todo lo que sea sobrecargado y nos hemos circunscripto a la forma común exclusivamente y dejando las cosas raras y excepcionales que la ve el especialista para mencionarla exclusivamente. Pero vuelvo a reafirmar, <sup>que</sup> en la técnica de grupo que han empleado Uds. y ~~nos~~ <sup>hemos</sup> empleado nosotros , hemos logrado buen éxito. Y el resultado de los exámenes nos mostró eso.

Con respecto al plan de estudio, pienso que en el nuestro cabría una modificación, hoy no las podría decir, pero nosotros hemos ido sacando ya para dejar a los Jefes de Grupo prácticamente muchas de las partes de Tisiología o de reacciones, o sea que prácticamente el que da la clase se circunscribe más que todo a los conceptos fundamentales.

Hay algunos inconvenientes en nosotros en la demostración de enfermos. Felizmente tenemos, pero como en este caso que damos diciembre y enero, nos tenemos que conformar con tres o cuatro patologías, porque en nuestro servicio escapa todo lo que es la patología del mes de mayo, junio, julio y agos-

R. M. y E.Tr.

to. Eso es un inconveniente que se puede salvar con diapositivas hasta un límite. No se aclara más que chagas, brucelosis, parotiditis, hepatitis, esos son inconvenientes que no sé cómo va a ser la solución que nosotros podemos dar a eso.

Mientras tanto obviamos eso con diapositivas.

DR. MOLTENI: Fijese doctor que para confirmar lo que Ud. dice nosotros hemos estado tomando exámenes después del primer cuatrimestre y el 80% de los alumnos hasta ahora -inclusive sigue- rinden el examen sin bolilla. Y a pedido del estudiante. Eso nos da a nosotros una garantía de que existe un real convencimiento de que lo que se les toma a los alumnos es verdaderamente, es decir, ellos están tan convertidos como nosotros que lo que se les pide es verdaderamente lo básico, lo fundamental, que el alumno prefiera rendir sin bolilla, porque eso los da mucha más libertad de poder expresarse en los tomas, a su vez el docente de pedirlo, que cuando se tienen que circunscribir a una determinada bolilla. Nosotros llevamos la estadística y el 80% de los alumnos rinden sin bolilla. Y ayer por ejemplo de 15 alumnos solamente 2 alumnos pidieron rendir con bolilla.

DR. BIBLIONE: Dr. Vieyra, Ud. habló de fallas, ahora Uds. recogen las fallas, yo quisiera que dijera u orientara en dónde y cuáles son las fallas más importantes que se encuentra en este momento, porque estamos desperdigando cosas y a lo mejor no estamos entrando en lo más substancial del problema. Se dijo que había 4 fallas que los llegaban a Uds. ya sean relación alumno-docente o relación cantidad de alumnos, relación económica o relación de material, no sé cuáles serán las fallas que puede haber y quisiera que se nos orientara.

DR. VIEYRA: Voy a tratar de ser breve, porque además entiendo que las tenemos que descubrir juntos, pero hay una falla que estimamos que es fundamental y es que la enseñanza de la medicina en el pregrado no tiene un objetivo claramente definido o varios objetivos claramente definidos. Los docentes cumplen funciones más o menos establecidas, muy reglamentariamente pero no sabe a qué punta todo su accionar académico. Un poco curar un enfermo o dar un Tr.P. en una sala es una cosa que carece de todo marco, no existe un reconocimiento tampoco de la estructura en la cual está sumergida la Facultad que es otra grave falla. La gente piensa que existen ciertas relaciones estructurales que no merecen la pena considerarlas o tradicionalmente se enseñó que no las analizaran y entonces vive el proceso desvinculado y ajeno a lo que pasa afuera, o sea que el accionar académico de la Facultad está desvinculado del accionar de todo el medio.

Otra tercera falla importante son aquellas fallas meras, pero que surgen de una consubstanciación de los grupos de control dentro del

área académica con los grupos de poder de la medicina afuera, que todavía persisten y que dejan sentir su accionar deletéreo. Hay cosas que se boicotean, hay cosas que se interpretan mal, porque todavía hay intereses que no han sido lo suficientemente conmovidos y eso implica una falla en los mecanismos de control.

Hay otra falla importante, que son aquellas que surgen de la relación docente-alumno, básicamente represiva, que todavía estas experiencias de Uds. apuntan a destruir, pero que en otros lados ha costado mucho llevarlas adelante y que en otras cátedras -- lo hemos podido ver en reuniones anteriores-- todavía existen. Es decir, el manejo democrático en la casa no solamente que a veces ha costado, sino que también en algunos lugares ha sido boicoteado. En las reuniones anteriores hemos podido ver algunos detalles a ese respecto.

Después hay otras graves fallas que son un poco, que podríamos llamar de tipo organizativo, pero que entendemos que con esas se puede andar si definimos claramente objetivos y somos capaces a su vez de crear una estructura académica y asistencial que responda a unas necesidades claramente definidas y claramente reconocidas por el pueblo.

Creo que las otras fallas se pueden, a través de proyectos y buena voluntad para ponerlas en práctica, solucionar.

Un ejemplo claro es lo que ha pasado en la cátedra de Enf.Tr. con una serie de inconvenientes como resultado de la creación de la UDH que disminuyó su plantel docente, un gran número de alumnos, el problema de los reincorporados que todavía no se ha concretado, creo que se iban a hacer presentes ayer, pero no sé si han ido...

DR. MOLOEZNİK: Sí, lo hicieron...

DR. VIEYRA: ...el problema de que ese servicio ha sido tradicionalmente dejado de lado por las autoridades. Y sin embargo en los últimos meses nosotros hemos visto con satisfacción que es una de las cátedras donde el funcionamiento democrático se ha dado con plenitud y donde los resultados han permitido llegar a la conclusión de que toda una tradición de desencuentros en ese servicio, en este momento parece haberse superado y la gente marcha bastante consubstanciada con el proceso. Entonces ya vemos que a través de medidas como la creación de una UDH o medidas de tipo coyuntural, se solucionan problemas.

Pero lo otro, la definición de objetivos, a lo cual debemos apuntar, está todavía por hacerse. Me parece que lo alargué mucho.

DR. BOADELLA: Vamos a decir una cosa un poco informal porque no veníamos preparados para nada. Con respecto a la carrera de Medicina, al ciclo clínico que es lo que me corresponde como experiencia, hacer un poco la diferencia a lo que hemos asistido al plan de estudios anterior y donde se instauró el SEIR. Nosotros en general recibimos al alumno cuando se está

por recibir, cuando le quedaban dos o 3 materias, prácticamente al médico o muy próximo a serlo. Y ahí hemos visto la diferencia notable entre los médicos que va a tener la Rca. Argentina, los que tenía antes y los que tiene ahora.

Con el antiguo plan de estudios nosotros veíamos estudiantes que sabían a lo mejor menos teoría, indiscutiblemente, pero eran médicos prácticos, eran buenos semiólogos, sabían atender un enfermo y podían irse a cualquier parte del país capacitados para atender los casos clínicos comunes.

Desde que se implantó el sistema intensivo rotatorio, lamentablemente esto ha cambiado notablemente. Los alumnos vienen muy bien preparados teóricamente, saben los últimos síndromes aparecidos, los últimos exámenes complementarios. Indudablemente, por qué? porque cada materia se la da un especialista y el especialista parece que se sintiera como obligado a dar la última novedad de su especialidad. Entonces todos tratan de formar un especialista y al final de la carrera saben muchos síndromes raros, muchos exámenes complementarios raros, pero no saben absolutamente qué hacer frente a un enfermo. No saben semiología, no saben auscultar corazón, o pulmón, no sabe palpar un abdomen, un hígado, un bazo. Y son alumnos que le faltan dos o tres materias para recibirse.

Justamente uno de los alumnos en el último curso me decía "estoy harto que cada especialista me venga o me muestre o se dedique días y días a enseñarme el caso raro, excepcional, que lo aproveche porque no lo voy a ver nunca más en la vida. Y a mí ese caso no me interesa si no lo voy a ver nunca más en la vida, me interesa el caso común que voy a ver todos los días en el consultorio".

Es decir, mucha preparación teórica, pero en la práctica no saben.

Qué precisó la Rca. Argentina en estos momentos? La Rca. Arg. no es Bs.As., Rosario o los centros universitarios. Es muy grande y hay que cubrir de médicos a todo el país. Pienso que necesita nuevamente el formar al médico práctico. Por eso muchas veces los alumnos se quedan muy contentos al llegar a nuestra cátedra, porque ven exclusivamente la medicina de la calle. Ven sarampión, anginas, paperas, como se ausculta un estertor / cavital, etc. que se lo tenemos que enseñar nosotros, o sea dedicar muchos trabajos pr. a semiología pura. Y por eso pienso que tiene que haber una reestructuración en la carrera médica, que me parece que esos son los planes, y volver a instaurar la carrera de medicina y mantener el sistema intensivo rotatorio para algunas especialidades que lo permitan. Puede ser que en §. ginecología, en obstetricia, en otras especialidades, la patología puede ser igual, se pueden dar las cosas brevemente, pero no es así en las otras materias. Si se mantiene este sistema I.R., yo diría que sería de absoluta necesidad implantar un internado pregrado obligatorio, que sería la única

R. M. y E.Tr.

forma que el estudiante se encontrara con el enfermo , practicara y solucionar en algo el problema.

Porque yo considero que los alumnos que se reciben en la Fac. de Medicina con este sistema no saben- la mayoría- nada de práctica y mucha teoría. O sea , todos tienen mucha buena voluntad de aprender, a tal punto que muchos, terminada la materia, siguen concurriendo a la sala con el interés de aprender semiología básica y elemental, durante algún tiempo, antes de irse a otro lado, si no hacen una Residencia o no pueden hacerla,.

Eso, en general, mi opinión con respecto al sistema de estudio del ciclo clínico actual.

Con respecto a nuestra materia, efectivamente hemos notado un notable mejoramiento en la enseñanza e indudablemente el haber fraccionado estos dos cursos , al tener menos alumnos también, ha habido una mejor relación con los estudiantes, las evaluaciones finales , de la cual han participado los J. de Tr.P. ha sido una experiencia muy positiva, el Jefe conoce al alumno, sabe lo que le enseñó y la participación en la evaluación final ha sido una cosa muy positiva. Ha habido un solo aplazo en un elevado número de evaluados y caso que fue excepcional, un problema personal del alumno, o sea que en general tendríamos que decir 100% de aprobados y con conceptos claros y buenos.

Ahora bien, ¿qué pasa? Esos alumnos a los cuales nosotros los preguntamos sarampión, tétano, etc. y que lo sabían y tenían conceptos claros en ese momento, yo pienso ¿los durará para toda la vida?, porque en este ciclo desgraciadamente no tuvimos ningún tétano internado. Es decir que teóricamente lo sabían muy bien, pero no pudieron verlo nunca. Sarampión, escarlatina, no tuvimos ninguna. Es decir, a los alumnos se les explicó se les mostró diapositivas y en el momento del examen lo dominaban. Pero yo pienso ¿vale más dominarlo así o haberlo visto por lo menos una vez uno de esos cuadros , de los cuales uno no se olvida más.?

Con respecto al programa de la materia, se redujo a solamente 22 temas que son las 22 endemias que tiene el país y que son las que consideramos que tiene que saber el alumno. Todas las enfermedades raras que antes se estudiaban, las enfermedades de denuncia internacional, se redujo solamente a darles una sola clase para que los alumnos las conocieran por lo menos de nombre , la vacuna, o sea el medio por el cual se podía hacer la profilaxis.

¿Qué solución le daríamos para que el alumno viera por lo menos una vez las enfermedades a lo largo del año? Contar con un Servicio de Enf. Transmisibles de mayor actividad o que la materia sea anual. ¿Cómo se podrá encajar eso en el plan de estudios de la carrera de medicina? Indudablemente será algo que habrá que pensar y elaborar. Pero a lo largo de todo un año el alumno va a ver por lo menos un caso de cada una de las patologías

R. M. y E.Tr.

que se van actualizando en el país. Cosas que en 6 semanas, por casualidad pueden no caer.

En estas seis semanas que vienen ahora, la patología va a ser muy pobre. Desgraciadamente los alumnos se van a recibir con diapositivas de enfermedades que existen, que son prácticas y que son sociales y que son Argentinas. O sea que es uno de los defectos del SEIR para nuestra materia.

Una sugerencia que le quería hacer al doctor Molteni, también como improvisación. Ud sugirió que Microbiología pasara más al ciclo básico y a mí me parecería ...

DR. MOLTENI: Al ciclo Clínico.

DRA. BOADELLA: Ah, entendí mal, claro, porque me parece que sería muy interesante una relación entre Enf. Tr. y Microbiología, ya que por todos los exámenes complementarios que los mandamos nosotros sería una interrelación interesante. Entendí mal, perdón.

DR. MOLOEZNİK: En lo que respecta a Infecciosas, nosotros queremos que el médico salga con el criterio de que lo que está asistiendo no es un caso sino que forma parte de la sociedad y del problema socio-económico que es sumamente importante.

Nosotros internamos en este momento a un enfermo con fiebre tifoidea y no lo internamos a él solo, en este momento se interna un grupo de 5 enfermos de fiebre tifoidea y además el asistente social va y estudia el agua del pozo, trata de ver las fuentes de contagio. Es decir, el médico se lleva el criterio de que Enf.Tr. no es cuestión de diagnosticar y tratar ese caso, porque entonces no va a cumplir con su función. Nosotros hemos tenido un enfermo de difteria, si nos hubiéramos limitado a tratar ese caso, no habiéramos podido diagnosticar los otros que recién comenzaban a surgir.

Además hacerlo ver al estudiante que las enfermedades transmisibles además de transmisibles porque son producidas por agentes transmisibles, hay un factor socio-económico muy importante en lo que respecta a la difusión, en lo que respecta a la exacerbación de la virulencia por el pasaje de los gérmenes y además el estado de nutrición, vivienda, etc. Es decir, no en lo que respecta a la diferencia con Clínica Médica que trata de diagnosticar por ejemplo una alteración hepática o cardíaca y lo trata a ese enfermo y se estudia el caso, sino que se estudia el grupo socio-económico y su procedencia.

Estudiando cuáles son las causas que dieron motivo y tratando de eliminar dentro de nuestras posibilidades y dar soluciones para que no se repitan o para que no aparezcan casos nuevos.

Como dice la doctora, esta materia debe darse todo el año. Tendrá que darse coordinando con las otras materias que se dan todo el año, no en

R. M. y E.Tr.

forma intensiva, sino dos o tres veces por semana, pero de esa manera el estudiante tiene oportunidad de ver toda la patología que se da en las distintas épocas del año.

Ahora justamente de la casualidad que tenemos distintos enfermos y no han empezado los Tr.Pr. en cambio dándola durante todo el año tiene la oportunidad de poderlas observar.

La experiencia del último curso ya la dio la doctora correctamente.

En lo que respecta a Microbiología, el problema es distinto, porque está dentro de las materias básicas, es decir, materias que se pueden dar por cuatrimestros.

Además la programación que se ha hecho ahora dentro del grupo docente tiene tendencia como en otras cátedras y como en Infecciosas, en disminuir la jerarquía absoluta que tenía el profesor titular, que era dueño y señor de dar las clases teóricas y tomar examen. En Micro se le da más impulso al instructor que en cierto sentido va a ser responsable de la clase teórica, desde el momento que va a dar teórico-práctico. Antes/<sup>en</sup> las clases teóricas asistían unos 4 o 5 estudiantes que sacaban apuntes para pasarle los chismos a los otros. Eso es lo que queremos evitar, queremos que los estudiantes asistan todos y la clase teórica es importante la incluimos dentro del práctico y se dan los prácticos de la clase teórica en el Tr.P. y de esa manera el estudiante tiene oportunidad de estar en contacto con ese tema.

Por eso decíamos que Microbiología lo podían hacer en un cuatrimestre, porque entonces, el resto del año, el Departamento tiene oportunidad de desarrollar el resto de sus actividades programáticas, una de ellas sería el curso de post-gradado como había dicho el Dr. Molteni, de ir la Universidad al interior. Es decir, difíciles son esos cursos de post-gradado que se realizan dentro de la Universidad, donde los profesionales tienen que dejar sus actividades y que muchas veces resulta imposible, para poder venir a asistir a la gran ciudad. En cambio es más posible si nos ubicamos en la estructura socio-económica, haciendo cursos sumamente prácticos, tres o cuatro cosas importantes que tiene posibilidad el médico del interior de hacer y que la puede hacer por su cuenta y que nosotros podemos asesorarlos si vamos un grupo de 3 o 4 a hacer ese curso de post-gradado. Además de la tarea de investigación.

Todo eso se podría realizar cuando en la cátedra, la materia se da en un cuatrimestre. En Enf.Tr. también se puede hacer, porque si bien se desarrolla en todo el año, no es un cuatrimestre intensivo, sino que en los intervalos nosotros podemos hacer esa formación de post-gradado yendo al interior a llevar nuestros conocimientos. Esas son las cosas que en el Comité de plan de estudios tendrán que tener en cuenta: características que tienen que tener los cursos de post-gradado.



R. M. y E.Tr.

En definitiva, si tuviéramos que resumir, diríamos que tanto en Microbiología como en Enfermedades transmisibles se disminuye el poder absoluto del profesor titular desde el momento en que los instructores participan en las clases teórico-prácticas y en las pruebas de evaluación.

Luego, tratar de vincular las materias con la realidad socio-económica del país. Tratar de ver cuáles han sido las causas que llevaron a esas enfermedades para poder eliminarlas, por vía de la profilaxis.

En lo que respecta a Microbiología, se reduciría a un cuatrimestre, que tal vez podría prolongarse hasta seis meses, dando las recuperaciones.

En lo que respecta a Enf.Tr. para que el estudiante tenga oportunidad de ver toda la patología, darla todo el año.

DR. BIGLIONE: El problema relación alumno, nosotros estamos tratando sólo al alumno y el problema también es del docente. La estructura de la Universidad creo que está un poco alterada y nosotros buscamos redundar en vez de solucionar problemas.

Yo pienso por ejemplo que el Residente o el curso de post-graduado surgen porque el individuo después de 7 años de estar en una Facultad no se le ha brindado lo que se le tenía que brindar. Es decir que es un individuo que después de 7 años de estudio tiene que salir como salen ahora los muchachos y como dijo Vicyra con una desorientación total. Nosotros vemos que faltándoles dos o tres materias o vienen a recibirse con nuestra materia y están apurados para recibirse y uno les pregunta qué van a hacer y no saben, "voy a ir al Freyre, voy a hacer una Residencia o voy a ir a un hospital". Pienso que la falla no está en el alumno sino en el que enseña. Fijense Uds. que son 7 años de vida que está un individuo con las facultades mentales bien despojadas y aun después de recibido hay que enseñarles. Es decir, no se siente capacitado con lo mínimo.

Otra cosa que es muy importante es la relación humana entre el alumno y el docente. Yo pienso que el J. de Tr.P. debe tener la plena autoridad para enseñar y valorar al alumno. Pero debe también conocer en el transcurso que vive o convive con uno, los problemas del alumno. Hay en este momento un sinnúmero de situaciones económico-sociales que así como se vive fuera de la Facultad la vive también el alumno que es parte de ella. Hay quien tiene que trabajar, hay quien tiene familia, hay quien hace guardias para vivir. Una serie de cosas y problemas que el alumno debe vivirlo con el jefe. Y el jefe debe también hacer ver el problema dentro de la Facultad y fuera de ella al alumno que pasa por la cátedra. Es decir, tratar de orientarlo en una forma sana para que ese individuo no salga a perfeccionarse.

R.M. y E.Tr.

En cuanto a lo que decían de llevar la medicina al interior, yo pienso que es muy importante, pero se tienen que dar las condiciones del docente. Porque el docente en este momento sigue aferrado a sus problemas extrauniversitarios. Es decir, <sup>si</sup> yo trabajo 3 horas en la Facultad no voy a poder ir al exterior. Y no es ir al interior el ir a hacer un curso de post-graduado de 3 o 4 días y volver. Pienso que así como se debe convivir con el alumno se debe convivir con algún hospital piloto, o lo que fuera, dentro del país.

En cuanto a que hay enfermedades transmisibles que no ven los alumnos porque se hace en 5 semanas, es una realidad, pero existe también otra realidad, que es el por qué no hay enfermos en los hospitales, enfermos transmisibles. Yo pienso que se debe generar una conciencia en ese alumno que se va de la Facultad para que cuando tenga su trabajo en otro hospital o en forma particular, envíe el enfermo a la cátedra de Enf. Transmisibles. E inclusive que se obligue éticamente a otros hospitales, si se quiere decir así, a derivar al enfermo. Porque uno va a la sala 46 y hay un enfermo internado con una hepatitis y no está en la sala de Enf.Tr. por qué? porque es amigo del enfermero, del médico, etc.

Pienso que la relación alumno-Instructor debe ser la de concentrarse en todos los problemas personales y económico-social que tiene el alumno y que tiene el instructor y darle amplia garantía y amplio valor al Instructor para que sea él quien evalúe las condiciones del alumno. Y por otra parte pienso que debe llegarse en un futuro <sup>la que</sup> las clases teóricas desaparezcan.

Es decir que las clases teóricas así como el examen tienen que desaparecer. Tendrá lógicamente que ser en un futuro porque hay una serie de inconvenientes de tipo de enfermo, cantidad de enfermos, cantidad de manuales que no están al alcance de los alumnos, etc. que hacen que eso se vaya prorrogando un poco, pero la clase teórica pienso que tiene que desaparecer.

DR. D'OTTAVIO: Mientras yo escribía esto, parece que la Dra. Boadella me leyó el pensamiento, porque alguna de las cosas que yo había anotado aquí para ordenar un poco el cambio de ideas, ella lo señaló. Primero nos planteamos la necesidad del cambio curricular, donde tenemos que explicarnos por qué tenemos que cambiar el currículum, porque cambiarlo por cambiarlo no tiene sentido. Una vez que nos planteamos la necesidad del cambio curricular tenemos que fijar los objetivos y eso es lo que está hecho en este documento para discusión. Lógicamente como es un documento para discusión tenemos que discutirlo, tenemos que ver si estamos de acuerdo con los objetivos, si no lo estamos, por qué y aportar para mejorar que es lo que nosotros necesitamos. Esos objetivos no estaban planteados en la enseñanza de la medicina. Y los que estaban planteados, lo estaban en forma muy impre-

R. M. y E.Tr.

cisa. Imprecisión que daba pie para hacer lo que se quisiera. Una vez que fijamos los objetivos, los preguntamos: qué propondrían Uds. para cumplir cada uno de esos objetivos, que es una forma de preguntarles cómo los llevarían a la práctica la formulación de esos objetivos.

En tercer lugar, haciendo abstracción de la materia que dictan, simplemente como docentes médicos pedimos que nos digan su opinión acerca de la enseñanza de la medicina de pre-grado, saliendo un poco de la materia y viendo la totalidad, haciendo abstracción también de los métodos de aprendizaje y sistemas de evaluación que eso lo dejamos un poco para el último, para el final.

Y por último, entonces sí, dónde colocaría la materia que dicta, por qué la colocaría en el lugar que se determine, relaciones con las materias anteriores, que se dictan simultáneamente o con las que le suceden. Lo que Uds. necesitarían fundamentalmente de las materias que los preceden y también con qué área se hallan íntimamente vinculados. Un poco en esta reunión está la contestación inmediata, evidentemente E.Trans. tiene una íntima relación con Microbiología y Parasitología, pero creo también que hay más vinculaciones. Y es bueno que se establezcan. Entonces recién allí, cuando se llega a ese punto, uno analiza los contenidos, los métodos para administrarlos y los sistemas de evaluar. Esa me parece que es la tónica que se le tiene que dar a la discusión. No, a lo mejor, hoy, sino para la próxima vez que nos volviéramos a encontrar.

DRA. TRONCCSO: El planteo que hace D'Ottavio es un poco el que yo quería hacer y a lo mejor reitero pensando que la reiteración pueda hacer la cosa un poco más clara. La pretensión es de un cambio curricular. Esto implica que lo que nosotros pretendemos es cambiar la Facultad de Medicina, hacer otra Facultad de Medicina y hacer otro plan de enseñanza, otro plan de estudios, que se ajuste a las necesidades del cumplimiento de esos objetivos de los cuales partimos como propuesta y que se deberán enriquecer con el aporte de toda la gente después de haberlos analizado y discutido cada uno dentro de su grupo de trabajo.

Una vez puestos de acuerdo en el tipo de médico que vamos a formar, qué características debe tener ese egresado de esta Facultad, que debe estar explicitado en los objetivos, entonces ponernos a ver cómo hacemos las cosas para tener ese tipo de médico.

Y nosotros partimos de un presupuesto de que para lograr ese tipo de médico que nos hemos propuesto nosotros en los objetivos, hay que cambiar muchas cosas, no solamente quizás cambiar el ordenamiento de las materias, sino cambiar la estructura académica de la Facultad, cambiar la organización de los docentes, cambiar los planes de enseñanza, es decir, todo aquello que hace a lo que se le debe transmitir al estudiante y cam-

R. M. y E. Tr.

biar el plan de estudio, es decir, todos los pasos que debe seguir el estudiante durante su carrera para egresar como médico.

En este sentido; quizás lo que Uds. debieron probablemente elaborar en las discusiones son más que nada y antes que los contenidos de cada materia de las propias, específicas de cada una, las relaciones, es decir, desarrollar una discusión respecto de las relaciones entre las distintas materias, de las relaciones entre los distintos temas o áreas del aprendizaje por las que debe pasar el estudiante para lograr ese tipo de médico que queremos para que realmente salga un médico que integre todo ese conocimiento que ha ido adquiriendo durante su proceso de formación.

Es decir, si nosotros pretendemos formar un médico con determinadas características, estamos diciendo que ese individuo debe integrar una cantidad de cosas en su formación y esa integración no puede hacerla si la enseñanza no se integra de alguna manera.

Ponemos énfasis en las relaciones porque esto nos va a permitir ver cómo podemos ir integrando los distintos aspectos para la formación del médico.

Puede esto implicar, como señalaban hace un momento, incluso que alguna materia como Microbiología, Bacteriología o como querramos llamarla (porque ya no sé qué nombre hay que darle para que comprenda todo lo que es) pueda dislocarse de lo que tradicionalmente ha estado en el plan de estudios, Pero debemos entender que cambiarla de lugar o dislocarla, no puede ir aislado de las otras cosas. Es decir, no se arregla con que Microbiología la pasemos a 3to. o 4to. año, sino que tenemos que saber qué cosas en conjunto van a constituir lo básico, qué cosas en su conjunto van a constituir lo intermedio, qué cosas en su conjunto van a constituir lo clínico o la última etapa en el proceso y a lo mejor llegamos a la conclusión de que Microbiología un aspecto tiene que darse en la parte básica y otro aspecto en la parte clínica final y no trasladar a toda la Microbiología al final. Es un supuesto que hago y que creo que es eso lo que debemos discutir. No la materia como unidad, como cátedra es lo que nos interesa, sino olvidarnos de la cátedra y pensar en la materia.

DR. MOLOEZNIK : El C. de Decencia de Microbiología había contemplado la posibilidad de dar en 3er. año lo básico y más adelante lo aplicado, dentro de cada materia, pero llegamos a la conclusión de que se iba a desconectar demasiado y que al estudiante le iba a resultar más fácil dar toda la materia en conjunto, porque si no se desconectaba. Es un poco difícil decir así a priori vamos a sacarlo y ponerlo allá porque tiene más aplicación, pero si uno ve en su conjunto la carrera de medicina en donde están las materias básicas, Microbiología es básica dentro de lo que el estudian

R. M. y E.Tr.

te cuando se incorpore a estudiar lo patológico, o después de los dos primeros años tiene que necesitar <sup>la base</sup> de microbiología, así que en ese sentido es un poco difícil sacarla de donde está. Por eso, creo que hay que estudiarlo.

DRA. TRONCOSO: Por eso es que digo que tenemos que estudiar las cosas, por que si pretendemos hacer un cambio, el cambio tiene que ser profundo y tiene que ser muy difícil. Tenemos que replantearnos toda la carrera y no sólo eso sino también nuestra propia estructura, es decir, nosotros mismos estamos condicionados por el hecho de trabajar en cátedras y equipos bastante cerrados. Entonces liberarnos de todos esos marcos rígidos que tenemos por nuestra formación, por nuestro trabajo y tratar de ver cómo podríamos funcionar quizás de otra manera. Así un poco idealmente, por un momento digamos "supongamos que no existen cátedras y hacemos otra cosa y supongamos que no existen más equipos cerrados por cátedra sino que vamos a formar equipos multidisciplinarios, supongamos...". Es decir, hacer supuesto para profundizar en la discusión. Romper lo que hay para volver a construir y ver qué ganamos con eso, a priori, para ver si ganamos algo. Y no romper por romper, sino para reconstruir sobre una base superior. Es decir, profundizar un poco más la discusión para que realmente produzcamos cambios que tengan alguna significación y no simplemente un nuevo plan donde se cambien las materias de lugar, etc. y al final no hemos cambiado nada o es muy poco lo que hemos cambiado. Porque para cambiar tan poco, si gamos como estamos y cambiamos sólo esos aspectos metodológicos, de contenidos, es decir, modernicemos un poco la metodología y quedémosnos como estamos. O sea crear todo un problema a la Facultad como es cambiar una curricula, realmente para hacerlo- que es una cosa bastante grave- hacerlo con una fundamentación teórica bien hecha, es decir que también para los cambios curriculares seamos científicos.

A lo mejor llegamos a la conclusión de que no es tanto lo que hay que cambiar, a lo mejor decidimos que hay que cambiarlo todo porque si no se cambia todo no pasa nada. Y luego digamos: en qué tiempo y cómo vamos a hacer para producir esos cambios, porque también puede resultar que el cambio que proponemos sea tan utópico que sólo lo podamos lograr dentro de 50 años. No importa. Pero qué podemos hacer en un año, qué podemos hacer en 2 o en 5 o en 10? Porque como docentes desde ya sabemos que estamos trabajando para el futuro. O sea que yo trabajo hoy para un médico de dentro de 7, 8 o 9 años. Cuando estoy pensando en el curriculum estoy pensando en el que ingresa que recién va a ser médico dentro de 8 años. Eso tampoco lo tengo que olvidar, porque en 8 años muchas cosas cambian, incluso la medicina, los avances de la ciencia médica hace que eso cambie. Y eso tiene que influir en nuestras propuestas.

R. M. y E.Tr.

DR. ARCURI: Para lograr lo que la doctora ha dicho, que es bastante importante, la participación de todos no tiene que ser una mera verbalización, es decir, una intención o un deseo, sino que tiene que transformarse en una real conscientización del trabajo.

Esto no es un cambio que pueda dar un grupo o un pequeño plantel de gente que alrededor de un escritorio proyecte cosas para toda una Facultad, sino que ese cambio lo tenemos que dar todos. Exclusivamente va a ser cambio en la medida que todos los que tienen que hacer ese cambio, llevarlos a la práctica, estén totalmente identificados con el sentido que tienen esos cambios. Fijense que sin darles el nombre de objetivos, durante la reunión se han volcado conceptos que pueden ser tomados como objetivos del médico que queremos que salga de la Facultad y que coinciden en mucho con los objetivos que se han dado como una base de discusión en el documento que indudablemente como decía D'Ottavio esos objetivos hay que enriquecerlos, pueden cambiarse o pueden modificarse y estos son los mecanismos, es decir a través de la discusión, en los que se basará para cambiar esos objetivos o darle la forma definitiva que todos queremos darle.

Por eso es que ésta es la primera de una serie de charlas que vamos a tener no solamente con Uds. sino después integrando las distintas áreas. Es decir, en alguna oportunidad podremos charlar Uds. y los clínicos, Uds. y los cirujanos, etc. Porque lo que hay que tener en cuenta es que aquí se abre un proceso y este proceso no tiene un fin inmediato, pues si intentamos poner en marcha un nuevo curriculum para el comienzo del año que viene, eso no indica que ahí hayamos terminado, sino que indica que estamos en el comienzo de la puesta en marcha de la máquina y que eso va a seguir un ritmo que tendremos que ir ajustándolo y reajustándolo permanentemente, revalorizándolo en su funcionamiento.

Sería importante también que se volcaran algunos conceptos que hacen a la relación que puedan tener con otras de las ciencias básicas, es decir, con aquellas materias que se dan - hasta ahora - en el comienzo de la carrera. Es decir, nosotros estamos yendo desde arriba hacia abajo, desde el médico que queremos a partir de los objetivos y estamos bajando, hasta llegar al principio de la carrera. Entonces también sería importante volcar las relaciones no solamente con el resto de las clínicas o con el resto de las materias afines, sino también qué es lo que las otras materias básicas tienen que enseñar para complementar con los contenidos que van a tener que dar estas materias para complementar con los objetivos que le hemos dado al médico.

DRA. TRONCOSO: La dinámica que pretendemos a partir de esta primera reunión es acercarlos a Uds. una carpeta con la documentación elaborada, el documento que Uds. tienen y un cuestionario con 6 preguntas, pero el senti

do de ese cuestionario no es que Uds. respondán exactamente a esas preguntas, sino que sirva de una base uniforme de discusión para todos los grupos, para después que Uds. haya rediscutido entre Uds. y reelaborado esto, a partir de este primer intercambio, nos volvamos a reunir, pasadas unas dos semanas y volver con cosas más elaboradas, más pensadas y más concretas a rediscutir, de manera que la Comisión pueda seguir trabajando con los aportes de todas las cátedras, departamentos y grupos.

Dra. BOADELLA: Creo que esto ha sido muy positivo y además ha sido incorporado para mí la relación, o que nos reunieran en un área con Microbiología. Una sorpresa, pero positiva, porque yo siempre me sentí identificada en la cátedra con Podiatría, con la de Clínica Médica, con Neurología, con las cuales mantenemos las interconsultas, con las cuales tenemos enfermedades similares, y con las cuales me parecía que estábamos más relacionadas. Pero, indudablemente, dejábamos un poco de lado una materia del ciclo básico que es Microbiología y la cual está evidentemente en íntima relación con nosotros.

De ahí que se pueden hacer realmente cambios y bien básicos que habrá que estudiar...

DRA. TRONCOSO: Bueno, ahora voy a hablar como miembro del Departamento de Medicina Preventiva...

DRA. BOADELLA: Con Medicina Preventiva también me siento identificada, pero por el olvido...

DRA. TRONCOSO: ...El Departamento de Medicina Preventiva tiene un proyecto de enseñanza de la medicina preventiva y también tiene sus propios cambios dentro de la cátedra. Pero lo que quería señalar acá era proponerles a Uds. que discutieran cómo podríamos integrar la M. Preventiva y Social al área de las Enf. Transmisibles desde el ángulo del estudio etiológico y desde el ángulo del estudio clínico.

Para nosotros, el común denominador que tenemos es la epidemiología y creemos que la enseñanza de la epidemiología es la que nos va a integrar no sólo con E. Trans. sino también con las clínicas, pero desde ya que tradicionalmente la epidemiología ha surgido del estudio de las enfermedades transmisibles, el método epidemiológico se ha desarrollado gracias a los cultores de las enfermedades transmisibles, de manera que sería absurdo que se desarrollara más la epidemiología en una Facultad de Medicina relacionándola más con las enfermedades no transmisibles que con las transmisibles. O sea que también Uds. discutieran y luego en una reunión en conjunto estudiarlo, cómo integrar la M. Preventiva y Social con las Enfermedades Transmisibles, a través de este terreno común que es la Epidemiología.

ags

—oOo—

Adalberto Vieyra

Secretario Académico