

## EDUCACION MEDICA DEL GRADUADO

Dr. RODRIGO YEPEZ

AFEME, Quito

El objeto fundamental del análisis en el presente trabajo es la educación médica del graduado, considerada como la tercera etapa en la formación de un médico, es decir aquella que corresponde al período comprendido entre la obtención del título habilitante para el ejercicio de la medicina y el retiro del individuo de su profesión.

Las ideas expuestas a continuación apuntarán a las bases doctrinarias sobre las cuales se fundamenta la política de educación del graduado, procurando hacer explícitos una serie de conceptos sobre los cuales pareciera existir confusión a pesar de la experiencia acumulada en los últimos años.

A nuestro entender la educación del graduado se inscribe como una manifestación destacada de la medicina, la cual reconoce en su interior dos instancias claramente visibles: la práctica médica y la formación de médicos, cada una con un ordenamiento, un sentido y un alcance propios; interpenetradas, definiendo las dos con su perfil, los rasgos válidos para caracterizar a la totalidad nacional.

*La práctica médica y la formación de médicos, tienen un correlato común: la producción de un saber científico, cuyas características de autenticidad definirán en último término la razón o sinrazón de las realizaciones en el campo que ahora nos ocupa.*

El saber científico es parte de un saber general, entendido éste como el conjunto de ideas y conceptos que en un determinado momento regulan las relaciones de los individuos en una sociedad. El saber científico como parte del saber general, coexiste con un saber no científico que llamaremos saber común; desde Foucault nos es dable comprender que el saber común no es de ningún modo el saber científico contaminado, sino muy por el contrario, su matriz.

Si el saber general participa de las relaciones sociales, sus elementos constituyentes: el saber científico y el saber común se configurarán en correspondencia con la historicidad de la formación social de que se trate. El saber científico emerge entonces del contexto



de cada realidad, insertándose en su trama ideológica y en sus condicionantes estructurales. La práctica médica y la formación de médicos se corresponden igualmente con el carácter de cada formación social y la trasmisión del saber, vale decir el discurso médico, destaca como manifestación relevante en el proceso.

Históricamente, en la Grecia clásica, la medicina sustentó sus categorías en la armonía de las formas y en el gimnasio ateniense. Apolo fue el paradigma social de lo normal.

El conocimiento médico, impregnado de disquisiciones filosóficas sobre lo estético en oposición a lo antiestético, explicó las distintas afecciones por la discracia de flúidos apareados (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra); toda curación significó un peregrinaje y todo tratamiento supuso un exilio; la curación coincidió con el retorno al equilibrio: la eucracia de los humores.

En la Edad Media, conservando lo esencial de la herencia galénica, la medicina se enlazó con la religión y la enfermedad se consideró como una "participación en la gracia de dios". Cuidar del enfermo fue una obligación cristiana; sin embargo, cuidado médico no fue atención médica; la enfermedad debía ser sufrida y las acciones para detenerla se consideraron como ciencia pagana. El conocimiento médico fue secuestrado en aristocráticos círculos y encerrado en rígidos encuadres teológicos; las irrupciones científicas fueron disueltas con apelaciones metafísicas.

Más tarde, el discurso de la medicina tomó para sí un conjunto de preocu-

paciones filosóficas y científicas y empezó a construir una representación material de la salud. Descartes llamó "máquina" a cada parte anatomofisiológica del cuerpo que aisló para una descripción exhaustiva de su relojería íntima. La fuente de las enfermedades se buscó en la imperfección de las uniones, en los mecanismos trabados, en la discontinuidad de la hemodinámica. La minuciosa Anatomía de Vesalio, la circulación cardiovascular de Harvey, los estudios de la locomoción de Eorelli, dieron lugar a la concepción del cuerpo humano como un elemento que solo tiene manifestaciones en sí mismo, en el ordenamiento de sus partes, en el funcionamiento de su aparato, en la articulación de sus efectos físico-químicos.

Bachelard denominará "obstáculo epistemológico" a esta relación aparentemente inconciente que en adelante va a presidir las descripciones tanto de la fisiología humana como del mundo de las máquinas.

La concentración industrial masiva de las sociedades capitalistas, terminó por desplazar a la medicina del espacio religioso y la articuló con el proceso de producción económica, definiéndola a la vez como la actividad cuyo objeto primordial es la conservación y adaptación de la fuerza de trabajo.

A lo largo de la historia, el saber, transmitido a través del discurso médico, decurrió con su ritmo y temporalidad específicas, procedió por reorganizaciones y rupturas que hicieron que se escinda y se renueve, tornándose cada vez más complejo e inagotable, exigien-



do la concurrencia de varios campos científicos y desafiando su avance.

Así el discurso de la escuela socrática, multidireccional y polifacético fue cediendo sitio a un nuevo discurso, más restringido, aunque no siempre más profundo. Este devenir del contorno más restringido, aunque no siempre más profundo. Este devenir del contorno más difuso del saber a la definición más concreta, ha traído consigo una parcelación del conocimiento.

Esta parcelación, fuente primaria de la especialización, está incidiendo en el trabajo de los médicos y en hacer de la escuela médica, con un carácter dominante.

Efectivamente, el médico en su examen ya no se esfuerza más por traer a la superficie del cuerpo humano, a las potencialidades de su tacto, los elementos reveladores del mal; ahora busca a interior de los órganos, en su estructura histológica, la esencia de la lesión; la reconoce en la arquitectura celular; la investigación de la lesión fundamental, fácilmente accesible, invalida la rica lexicografía de signos que encierra la clínica y hace parecer anticuado el viejo signo patognomónico de certidumbre.

A partir de las diez clases de entidades mórbidas distinguidas por Beissier de Sauvages y de los once tipos reconocidos por Linneo, la investigación causal apoyada por la electrónica o la fisicoquímica molecular llega en nuestros días a la identificación de lesiones cada vez más atomizadas, redistribuyendo en el plano de los conjuntos celulares, de los tejidos o de los órganos,

los signos y síntomas de las enfermedades aparentemente mejor individualizadas y cuya evolución se deshace de sus caracteres pretendidamente naturales. La atomización decurre con el trabajo especializado, pero paradójicamente las especialidades pugnan por atrapar múltiples campos científicos. La Embriología reagrupa a las enfermedades de la piel y de los nervios en sus mismos estratos ectodérmicos; la Histología reúne a los problemas vasculares y musculares en el grupo de los colagenosis; la Bioquímica agrupa en el seno de las enfermedades metabólicas, los problemas del riñón, de la sangre y del cerebro.

Hasta hace poco el estudio de la medicina difícilmente rebasaba los límites biológicos; ahora se inscriben en el hacer escolar nuevos matices en correspondencia con la complejidad del ser social que es el objeto de su estudio. Así por ejemplo, estudiar la cirrosis significa actualmente estudiar la intoxicación misma a nivel metabólico y la estructura neurótica subyacente del objeto; estudiar la familia del alcohólico, su medio de trabajo, sus problemas sociales, sus proyectos, sus perspectivas, sus opiniones, sus actitudes políticas y su lugar en la trama de acontecimientos de la historia, que a través de una multitud de mutaciones modela el destino individual. Cada uno de los términos de esta exploración puede pesar definitivamente en la evolución de la enfermedad y en el mismo trabajo de curación.

Si así en lo particular, en lo general cada nuevo enfoque hacia una enfer-



medad supone el desarrollo de un nuevo campo limitado del conocimiento que deviene en la especialización.

Este saber especializado está siendo de algún modo transmitido y esta transmisión en nuestro país reconoce dos modos predominantes:

- a) la especialización (+) y,
- b) la educación médica continuada.

Esta última adquiere a su vez dos formas: la actualización; (++) y el perfeccionamiento (+++).

El desarrollo de estas formas educativas en el Ecuador es reciente; su evaluación crítica rebasa nuestras posibilidades y el objetivo de este trabajo.

Vale destacar solamente que en razón de nuestra historia educativa, la

forma escolar de educación del graduado se impuso como punto de partida al ulterior apareamiento de nuevas formas, cuyos matices van siendo exigidos por las situaciones concretas que en términos de atención médica está demandando nuestra sociedad (++++).

Al interior del proceso que hemos tratado de esbozar en las líneas anteriores, emergen algunas cuestiones fundamentales:

1. Los modos y las formas que está adquiriendo la educación del graduado en nuestro país están permitiendo la universalización del conocimiento, vale decir su deselitización?
2. Los métodos y las estrategias correspondientes suponen un sentido multiplicador del saber y enlazan

(+) Por especialización entendemos el proceso mediante el cual un médico adquiere en amplitud y profundidad una serie de conocimientos correspondientes a una parcela del saber, los mismos que a la finalización del proceso le son legitimados mediante un título extendido por una institución escolar; en nuestro caso por la Universidad.

(++) Por perfeccionamiento entendemos el proceso mediante el cual, un médico, especializado o no, mejora en un sector restringido el conocimiento aquella formación que ya posee, buscando un nivel de excelencia para la aplicación de sus conocimientos en la práctica.

(+++ ) Por actualización entendemos el proceso a través del cual el médico "pone al día" sus informaciones o sus destrezas y actitudes, ya sea "refrescando" las que ya poseía o adquiriendo nuevas en el sector del conocimiento que es de su competencia. La educación en servicio es en ocasiones una actualización; en otras, es una verdadera formación de poca complejidad.

(++++ ) Actualmente es posible reconocer la coexistencia de diferentes metodologías en la educación del graduado:

- cursos formales, de tipo escolar
- residencias hospitalarias organizadas
- curso formal más residencia
- concurrencia asidua y prolongada a un servicio
- cursillos de corta duración
- autoaprendizaje bibliográfico.



el nivel de educación del graduado con los niveles de formación previos?

3. La transmisión de conocimientos especializados tiene un alcance transformador suscitando en la sociedad un cambio cualitativo en los patrones de atención médica?

La opción doctrinaria emerge entonces del discernimiento cabal de estas cuestiones; su esclarecimiento nos permite afirmar a manera de conclusión que una política de educación del graduado debe apuntar en su sentido más amplio, hacia una realización educativa legítima ubicada en el contexto de nuestra autenticidad histórica, realización educativa que en rigor, debe medirse por el grado de transformación que promueva en la práctica médica, lo cual supone la ruptura de estándares superpuestos de atención médica que en un momento dado pueden considerarse como modelos últimos; en su sentido más estricto, dicha política debe dirigirse a la universalización del saber, comprometida con un esfuerzo creador que se exprese en términos de la producción de un nuevo saber científico inscrito en la matriz del saber común que emana del hacer social.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. JOLLY, D. L'analyse économique peut-elle s'appliquer à la formation continue du médecin? *La nouvelle Presse Médicale*. 21: 1408-1410, 1973.
2. REPORT on Postgraduate Medical Education. *The New Zealand Medical Journal*. 77: 111-115, 1973.
3. HOWARD, R. Peer Review —An Educational Necessity. *JAMA*. 222: 731-732, 1973.
4. APPELL, R. The Role of State Medical Associations in Continuing Medical Education. *JAMA*. 222: 732, 1973.
5. DEVITT, J. Does continuing medical education by peer review really work? *C. A. M. Journal*. 108: 1279-1281, 1973.
6. ESCOVITZ, G. The continuing education of physicians in relationship to quality of care evaluation. *Medical clinics of North America*. Vol 37, No 4, 1973.
7. BUTROW, V. Organization of Postgraduate Education. WHO/EDUC/71. 144.
8. BUTROW, V. Structure and work of the Central Institute for Advanced Medical Studies, MOSCOW. WHO/EDUC/71. 140.
9. LECOURT, D. La Historia Epistemológica de Georges Canguilhem. Siglo XXI ed. Buenos Aires, 1973, p. 73.
10. CANGUILHEM, C. Pathologie de la thyroïde au XIX Siècle; citado en LECOURT, D. La Historia Epistemológica.
11. HENRY E. Sigerist on the History of Medicine (Félix Martí-Ibañez ed), citado en GARCIA, J. La Educación Médica en la América Latina. OPS/OMS, 1972.
12. GARCIA, J. La Educación Médica en la América Latina OPS/OMS, 1972; p. 392.