

¿Perfiles o procesos? El dilema de las competencias del egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile

Dr. Sergio Valenzuela P.¹ Dr. Hernán Villarino H.²

Me alegro que hayas comprendido el peligro que entraña para la educación el trazado de una dirección demasiado neta. (M. Heidegger, Correspondencia. 1920)

Resumen

La realización del perfil de egreso del estudiante de medicina durante estos últimos años ha ocupado tiempo y recursos de las universidades latinoamericanas sin que aún se haya alcanzado un producto definitivo. En este trabajo ensayamos un punto de vista teórico para evaluar los resultados provisionales obtenidos, distinguiendo ideas, conceptos y tipos, a los que equivale el perfil de egreso, y discutiendo cual aplica mejor en las actuales circunstancias para aproximarse al currículo y las competencias que debieran tener los egresados. En segundo lugar, se propone que en relación a muchas de las competencias ofrecidas en el perfil no existe una doctrina clara y están traspasadas de ambigüedad, de modo que su alto grado de irrealidad conspira contra su eventual materialización. Por último, se destaca que en el perfil se ha enfatizado en ciertos extremos dejando en la sombra asuntos como la relación médico-paciente que son esenciales y perennes en la función del médico.

Palabras Clave: *Perfil de egreso, estudios de medicina, tipos*

¹ Prof. Asistente del Dpto. de Bioética y Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

² Profesor Asistente del Dpto. de Bioética y Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

Introducción

Desde mediados de la década de los 90 del siglo pasado la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile ha realizado al menos dos distintos procesos destinados a obtener una descripción de cómo deben ser los médicos al terminar su carrera. Aunque siempre se ha partido del reconocimiento de que los egresados de nuestra Escuela poseían una buena evaluación por los docentes, pares, pacientes y empleadores, se constataba, sin embargo, que carecían de ciertas herramientas que los harían ser mejores profesionales en un sentido técnico. Parecía que en el currículum faltaban elementos y contenidos que enseñaran a los estudiantes, por ejemplo, a gestionar recursos materiales, personas y programas de salud, al tiempo que carecían de herramientas para la lectura en inglés, el autoaprendizaje continuo, etc. Simultáneamente, se ha verificado un movimiento de cambio conceptual en el modelo de enseñanza en la medicina, el así llamado Aprendizaje Basado en Competencias.

Es posible señalar el origen de todos estos esfuerzos en un movimiento más amplio que se inicia en los acuerdos suscritos por el Espacio Europeo de Educación Superior (Declaración de Bolonia 1998³), donde el acento estuvo puesto en los logros que expresan lo que una persona en proceso de aprendizaje sabe, comprende y es capaz de hacer al culminarlo. Con el objetivo de operativizar el discurso y los objetivos de un tal sistema de enseñanza se han reconocido tres categorías: A) Conocimientos teóricos y/o fácticos. B) Destrezas, tanto cognitivas (uso del pensamiento lógico, intuitivo y creativo), como prácticas (fundadas en la destreza manual y en el uso de métodos, materiales, herramientas e instrumentos); y C) Responsabilidad y autonomía.

Al mismo tiempo, se ha puesto en marcha una innovación curricular basada en elementos de contexto, que en la práctica de la medicina ha sufrido diversos y profundos cambios. En primer lugar, la relación del Estado con los ciudadanos ha visto notorias transformaciones; hay una expresión mucho más explícita de los propios derechos, a los que se recurre para exigir la satisfacción de determinadas demandas sanitarias. En segundo lugar, se han incorporado a la medicina los procesos de certificación de calidad y seguridad de la industria y otros servicios. En tercer lugar, ha ocurrido lo que se denomina el cambio del perfil epidemiológico, es decir, el que las personas que enferman viven más tiempo y sufran simultáneamente varias patologías. Por último, los progresos tecnológicos han mejorado notablemente la capacidad para anticipar las enfermedades que sufrirá la población lo que habría determinado un mayor poder de prevenirlas desplazando el acento desde lo curativo a lo preventivo y desde lo hospitalario a los centros más cercanos al paciente. Lo anterior ha generado lo que se denomina un cambio de paradigma en la profesión, según el cual el médico debe pasar de controlar las enfermedades a construir la salud como sociedad (construcción social de la salud).

Otro de los retos puesto por el entorno es el que se origina en el cambio acelerado de tecnologías y conocimientos, lo que determina la necesidad de que el alumno esté en un proceso de auto-formación permanente por medio de la Medicina Basada en Evidencias.

Pues bien, el intento de adecuar los fines de la enseñanza de medicina a lo que se desprende de los presupuestos anteriores han conducido a la elaboración, o a un proyecto de elaboración, de un tercer “Perfil de Egreso del Estudiante de la Escuela de

³ Recomendación 2008/C 111/01/CE del Parlamento Europeo y del Consejo Europeo, de 23 de abril de 2008, relativa a la creación del Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente http://ec.europa.eu/dgs/education_culture/index_es.html

Medicina de la Universidad de Chile”, perfil que en realidad es homologable a un tipo sociológico como explicaremos más adelante. Puesto que este es un evento que aparentemente aún no concluye, el objeto de este trabajo es poder exponer algunas cuestiones de método que a nuestro juicio son indispensables de tener *in mente*. Con esto no pretendemos, ni mucho menos, decir cómo se han de hacer las cosas. Simplemente quisiéramos señalar el horizonte que a nuestro juicio se debiera considerar para lograr un producto que sea inteligible, que refleje la realidad de la sociedad actual, y por lo tanto de la formación requerida y ofrecida para dar las respuestas que se precisan, y por último, que informe de aquello en lo que consiste el proceso formativo.

1.- Conceptos, ideas y tipos en general

Aunque siempre la realidad humana y social se ha pensado por medio de tipos, recién en el siglo XX desarrolló Max Weber una teoría y una metódica para su comprensión y construcción práctica.

El problema que Weber intentaba resolver a través de ellos era la aprehensión de lo esencial que ocurre en realidades sociales como una monarquía, una república, una tribu, un clan, una democracia o una dictadura por ejemplo⁴. En cada una de esas sociedades enumeradas ocurren infinitas cosas; por lo pronto, en toda monarquía hay quienes se manifiestan antimonárquicos y republicanos, y se comportan en consecuencia. Por eso, de lo real, que es infinito, no podemos construir un tipo que lo abarque íntegramente porque allí estaría lo contradictorio y la más extrema e inaprensible variedad, y un tipo contradictorio e infinitamente variado ni puede ser pensado ni permite pensar.

La idea weberiana de los Tipos Ideales en cierta medida está influida por Kant. Como se recordará, distinguió este filósofo entre conceptos del entendimiento e ideas de la razón. Los primeros aluden a algo que puede ser señalado, un esto que se puede mostrar. Bajo el concepto animal, por ejemplo, hay una infinidad de ejemplos que son parte de la experiencia posible de cualquiera. Sin embargo, el mundo o universo no es un concepto sino una idea de la razón. Por lo pronto, se trata de una idea antinómica, porque me cabe pensar el mundo como finito o como infinito. Pero ocurre que al representármelo como finito y limitado dejo algo fuera de él, lo que me mueve a correr los límites más allá, aumentarlo de tamaño, por así decirlo, pero como con cada ampliación vuelvo a dejar algo afuera estoy obligado a seguir repitiendo el mismo proceso *ad infinitum*, de modo que al pensar el mundo como finito en realidad lo pienso como infinito. Al representármelo en cambio como infinito lo aprehendo como una totalidad, que en realidad no es pensable si no le pongo límites, de modo que al pensarlo como infinito en realidad lo pienso como finito. El mundo, a fin de cuentas, no puedo pensarlo de ningún modo⁵.

No obstante, las ideas de la razón no son un ejercicio suntuario aunque contengan la posibilidad de lo contradictorio. A diferencia de los conceptos y los tipos, las ideas no nos brindan ningún objeto conocido, empero, señalaba Kant, sin ellas no podríamos pensar. Sin la idea del mundo, por ejemplo, cada uno de los objetos a los que apuntan los conceptos del entendimiento quedarían flotando en el aire y desconectados unos de otros, ya que su relación y unidad sólo son posibles porque pertenecen a un mundo que para todos ellos es el mismo. Pero aunque la idea “mundo” nos permite pensar objetiva y conceptualmente, no es propiamente un concepto ni un

⁴ Weber, M. *La teoría de las ciencias sociales*. Santiago, Ercilla, 1988.

⁵ Kant, E. *Crítica de la razón pura*. Buenos Aires, Colihue, 2007.

objeto que caiga dentro de la experiencia posible de nadie; al fin de cuentas habría que estar fuera de él para abarcarlo íntegramente y saber de que “objeto” se trata realmente. En el fondo, no sabemos que se mienta con el término mundo.

Los tipos weberianos son la aplicación al estudio sociológico de estas ideas metafísicas y lógicas kantianas. Aunque una sociedad cualquiera siempre es infinita, realizando un tipo de cada una de ellas se ponen ciertos límites que permiten una captación coherente, aunque irreal, y se hace posible compararla, pensarla, incluso actuar sobre ella desde ciertos puntos de vista. En el presente se conocen tipos ideográficos, estadísticos, cualitativos, normativos, valorativos, etc., aunque es una cuestión completamente distinta, que no vamos a tratar aquí, el cómo deben hacerse para que reflejen algo significativo. Por último, cualquier tipología es siempre unilateral (nunca da cuenta del todo), provisional (siempre será posible construir un tipo mejor), y perspectivística (se la construye con vistas a las necesidades del investigador o de quien lo vaya a usar). Lo fundamental, en todo caso, es que en ellos no debe buscarse el todo de la realidad.

Jaspers, influido tanto por Kant como por Weber, introdujo los tipos en el estudio de la personalidad, porque la persona es también un objeto infinito donde ocurre esto y lo contrario (este pensamiento, esta valoración, este afecto esta volición y respectivamente sus contrarias), y donde siempre, como en matemática en relación con los números naturales, podemos agregarle un nuevo predicado. Pero los tipos de carácter o personalidad, y sus variedades, nos permiten pensar a las personas en el bien entendido que ninguna de ellas, por su infinitud, corresponde con el tipo⁶.

2.- El perfil o tipo que describe cómo deben ser los médicos al terminar su carrera.

Como dijimos en la Introducción, la Escuela de Medicina durante varios años ha estado empeñada en la construcción de un tipo que se ha denominado el Perfil de Egreso, a través de cual se definiría lo esencial que debe poseer el estudiante de medicina cuando concluya sus estudios, por ende, dicho perfil constituye la fijación de un *telos* que ordena la enseñanza. A diferencia de los tipos weberianos, que son meramente descriptivos, este otro encarna un ideal y un propósito. De allí que la organización de los procesos académicos y la innovación curricular basada en competencias e inspirada en el contexto debieran orientarse mirando la forma de cumplir las metas que implícita y explícitamente quedan señaladas con el tipo, o perfil, al que se aspira.

Ahora bien, en primer lugar es evidente que la Escuela de Medicina debe asegurarse que finalmente este profesional sea el efectivo portador de las características enunciadas en aquel perfil, que es algo así como el germen que encarnará una vez concluida la carrera y el proceso de aprendizaje. No obstante: ¿puede asegurarlo? ¿Puede asegurarlo siempre? ¿Solamente puede hacerlo a veces? Más adelante intentaremos responder estas preguntas

Por otro lado, es indudable que el estudiante trae su propia precomprensión de lo que es ser médico y de lo que él mismo quiere ser. Sin ella nunca habría optado por esta profesión específica. El alumno ya viene con una armazón conceptual efectiva, que se le hizo presente, por ejemplo, con algún modelo de vida vivida por otro médico erigido en prototipo de sus anhelos. En todo caso, cualquiera sea la fuente de su precomprensión trae ya alguna, la que quiera que sea, que se yergue como su ideal, aquello a lo que aspira llegar a ser, el modo como pretende vivir su vida asociada con las penas y alegrías que avizora. Es natural, entonces, que quiera también intervenir en

⁶ Jaspers, K. *Psicopatología General*. Buenos Aires, Beta, 1976.

la elaboración de un eventual Perfil de Egreso para que en él haya algo que incorpore e interprete sus propios fines y aspiraciones. Sería un error, a nuestro entender, concluirlo sin contar con la participación de los estudiantes de medicina⁷.

3.- Posibilidades y dificultades para la construcción de un perfil de egreso.

Supuesto lo anterior es posible definir, en general, tres clases de problemas que se desprenden necesariamente del propósito de elaborar un perfil de egreso, inspirado en las competencias y movido por las tareas que impone el contexto tal como lo expusimos en la Introducción.

En lo tocante a los conocimientos teóricos y/o fácticos que garantizan las competencias del egresado no debieran suscitarse grandes problemas para la definición de un tipo (aunque más adelante matizaremos esta primera afirmación fundamentada en el sentido común). Si aquellas son variables bien aprehendidas y objetivadas se puede exponer y certificar aquello en lo que cada competencia consiste, lo mismo que su realización y sus niveles de logro⁸. Sin embargo, en el ámbito de la medicina actual, como hay tantos asuntos debatidos y debatibles, es preciso, previamente, adoptar una postura sobre lo que sea aquello objetivo que se va a enseñar. Mientras más ambigüedad haya en una materia más difícil es definir un perfil de egreso, o en otras palabras, un perfil de egreso en estas condiciones no es el mejor modo de caracterizar o dinamizar la enseñanza, sino justamente lo contrario. Lo mismo anterior es aplicable, a nuestro juicio, a lo que tiene relación con las destrezas prácticas

No obstante, la definición de la responsabilidad y la autonomía que hace el perfil, *prima facie* son asuntos que se presentan como erizados de problemas. Cuando uno se compromete a que otro se comportará con responsabilidad y autonomía, ¿a qué se está comprometiendo en concreto? ¿Puedo yo comprometer la libertad del otro? Aquí se ve claramente lo distinto que es esto de la posesión de un conocimiento objetivo evaluable. Es a lo que apuntábamos más atrás cuando preguntamos si la Escuela de Medicina puede asegurar que el profesional formado por ella será un efectivo portador de las características enunciadas en el perfil de egreso. Y todo parece indicar que racionalmente hablando no puede, lo que se ha reconocido explícitamente distinguiendo entre los elementos del perfil que están garantizados por la Universidad, de aquellos otros de los que sólo se puede dar fe, y que por ende sólo son esperables y no certificables. No obstante esta diferencia todo están incluido en un mismo tipo, de modo que el perfil resulta ambiguo y contradictorio cayendo, inadvertidamente, en el infinito.

4.- La especificidad de lo ético-valórico en el perfil de egreso

La verdad es que con la actitud ético valórica del egresado se ha pasado, sin distinguir y dentro del mismo perfil, desde un tipo clausurado, sociológico, inteligible y acaso legítimo, hacía otro de carácter personal movido por una actividad de tipo racional-afectivo-valorativa. El efecto buscado en este caso, a diferencia de lo que ocurre con lo cognitivo y lo práctico, que pueden ser formulados y evaluados de un modo objetivo, no se consigue por medio de una acción formativa puramente teórica.

⁷ En el proceso en curso de elaboración del perfil, se aspiraba, originalmente, a que los estudiantes tuvieran su propia participación, no obstante, es un hecho que no han aprobado ni los contenidos del mismo ni los procesos con que se ha realizado.

⁸ Hay ciertas tareas, en las que coinciden todos los perfiles que conocemos, como el liderazgo, el trabajo en equipo, la red de atención, la prevención en el contexto de la "salud social", etc., que carecen de doctrina y definición, de modo que se generan problemas especiales que trataremos con detalle en el punto 9 de este trabajo.

Con frecuencia, lo que determina la actitud ética es el contagio asociado a personas y ambientes. El sentido vivido de la responsabilidad y la autonomía usualmente surge como el seguimiento de un docente, profesor, tutor, etc., que no señala con el dedo hacia ningún perfil, sino que se muestra a sí mismo con el testimonio de su propia biografía personal libremente escogida y a cargo de sí mismo. Pero, en la realidad, los estudiantes se encontrarán también con muchas vidas cubiertas por una patina de opacidad depositada por el tiempo, fruto de las propias incoherencias. Sin embargo, cualquier vida, y todas ellas, debieran orientarlos de algún modo, positiva o negativamente, para que busquen de forma activa la clase de médico que desean llegar a ser, tomando su humanidad en sus propias manos con autonomía y responsabilidad⁹.

No obstante, que esto se haga, cómo se hace y en qué concluye nadie puede calcularlo, ni mucho menos realizarlo como programa técnico-racional¹⁰. De allí que el Perfil de Egreso, en lo que tiene relación con sus propósitos ético-valóricos, no pueda llenarse cabalmente como promesa hecha por la Universidad a la sociedad ni puede tampoco el alumno limitarse a lo que la Universidad le enseñe. Es decir, un Perfil de Egreso ético-valórico no puede garantizar que tipo de personas serán los egresados, justamente porque serán autónomas y responsables, es decir, libres. Aunque los técnicos tienden a realizar y comprender lo mismo del mismo modo, las personas viven una vida personal, íntima, única e individual.

Por eso, en este ámbito no se debiera tipificar sino abrir el horizonte de las ideas, en sentido kantiano, de lo que el médico es y debe ser, abarcando todas las expresiones surgidas a lo largo de la historia de la medicina y no solamente de lo que es preponderante, valorado o necesario en la medicina actual.

Pero la amplitud y variedad de modos en que se ha ejercido la medicina a través del tiempo es contradictoria, y por eso la medicina es una idea y no un tipo, y es a partir de la idea que se pueden construir infinitos tipos. La idea del médico, no el tipo limitado con que en cada época o en cada circunstancia se lo entiende, como dijimos, es una idea antinómica; pero, puesto que lo verdaderamente real no es el tipo sino lo infinito y antinómico, no se puede asegurar que un Mengele, por ejemplo, sea sólo un hecho del pasado sino también una posibilidad del presente, lo mismo que ocurre con un Schweitzer o un Semmelweis¹¹.

Sólo del conocimiento cabal de lo contradictorio con que se ha realizado efectivamente la idea del médico a lo largo de la historia, los médicos reales de hoy podrían orientarse autónoma y responsablemente para extraer un modelo propio y vivido. En cambio, la proposición de un tipo siempre será percibida como algo impersonal, y por ende lo más opuesto a la autonomía y la responsabilidad.

El riesgo del perfil de egreso, en este ámbito, que pretende construir un tipo ético-valorativo (y no trabajar con una idea), es que al final resulta comprendida por el alumno como todo tipo que no domina de modo efectivo lo infinito, es decir, como algo demasiado vago o unilateral en exceso, en todo caso algo que no refleja la totalidad y complejidad de lo real, porque ineludiblemente enfatiza algo en desmedro de otras cosas. Y es eso, justamente, lo que deja al alumno desarmado frente a la incertidumbre y pluralidad del mundo moral, y conspira contra su autonomía y responsabilidad. Por eso, no nos parece recomendable construir un tipo en lo relativo a lo ético-valorativo sino

⁹ Jonas, H. *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona, Herder, 1995.

¹⁰ Jaspers, K. *Origen y meta de la historia*. Madrid, Revista de Occidente, 1953.

¹¹ Lain Entralgo, P. *Historia de la medicina*. Barcelona, Salvat, 1987.

garantizar los procesos, durante el pre-grado y a través de currículum orientado en este sentido, por medio de los cuales se aprehende la idea del médico, idea que se verifica a través de la penetración en las realizaciones particulares y contradictorias habidas históricamente.

5.- Declaración de un perfil de egreso de la carrera de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Quisiéramos apartarnos ahora de las consideraciones generales y adentrarnos en un ejemplo concreto. A continuación mostramos un perfil provisorio con el que se ha estado trabajando en demanda de uno definitivo¹². Como tiene un carácter de ensayo y provisionalidad, es particularmente útil para su análisis y hacerlo con cierto detalle nos brinda el prototipo de los resultados que en general se obtienen con esta tipificación. Estudiémoslo entonces.

1.- *El médico-Cirujano egresado de la Universidad de Chile es un profesional de reconocida excelencia.*

Tal reconocimiento, sin embargo, a veces no es más que una apreciación o un estado de ánimo de la opinión pública, que es muy cambiante y gobernada por toda suerte de influencias y manipulaciones¹³. Por eso, la proclamación abierta de la excelencia no supone la posesión efectiva de ella. Por lo pronto, a quien se describe a sí mismo como excelente se le pueden exigir pruebas, pero el sólo pretender mostrarlas supone que se carece de ella. Con Sócrates (el más excelente de los hombres) dice el hombre verdaderamente excelente: solo sé que nada sé. El facundo, en cambio, siempre se tasa por encima de su cabeza.

Sería mejor omitir la palabra “excelencia” de cualquier perfil. Este término se usa demasiado pero sin definiciones claras ni estándares de lo que en realidad es. ¿Se trata acaso de la *areté* griega? Pues bien, si así fuera no debe olvidarse que ya entre los griegos no hubo unanimidad sobre el sentido de este concepto, y al igual que hoy fue objeto de una comprensión antagónica¹⁴.

2.- *Que se desempeña en forma competente en la red de salud, atendiendo integralmente las necesidades de salud del paciente y de la población en los ámbitos de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a lo largo del ciclo vital, incorporando a la familia y la comunidad en su quehacer.*

¹² Perfil de Egreso provisional. En etapa de validación al interior de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile (Documento de trabajo no oficial). Anexo 1. El siguiente es el texto completo del perfil tal como allí aparece: “*El médico-Cirujano egresado de la Universidad de Chile es un profesional de reconocida excelencia, que se desempeña en forma competente en la red de salud, atendiendo integralmente las necesidades de salud del paciente y de la población en los ámbitos de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a lo largo del ciclo vital, incorporando a la familia y la comunidad en su quehacer. Destaca por su liderazgo y tolerancia en todos los ámbitos de desempeño. Trabaja efectivamente en el equipo de salud, en escenarios de complejidad y contextos diversos, en coherencia con los principios éticos y el marco legal vigente. Manifiesta su compromiso social, generando acciones orientadas a resolver las necesidades y expectativas de salud del país. Optimiza los procesos de gestión desde una perspectiva estratégico-operativa, con el fin de mejorar la situación de salud de la población. Razona crítica y reflexivamente sobre su quehacer y la profesión, ejerciéndola sobre la base del conocimiento actualizado, considerando el avance de las ciencias, la tecnología y los cambios de los determinantes sociales de la salud. Gestiona constantemente su desarrollo personal y formación profesional realizando actividades de perfeccionamiento, especialización y de contribución a la generación de conocimiento, proyectándose como un referente de excelencia, ya sea como médico general o especialista, académico, investigador o gestor en el ámbito de la salud.*”

¹³ Allport, G; Postman, L. *La psicología del Rumor*. Buenos Aires, Psiqué, 1953.

¹⁴ Jaeger, W. *Paidea*. México, Fondo de Cultura Económica, 1986.

Mal podría certificarse que un egresado “se desempeña” en forma competente en la red de salud porque en realidad nunca se ha desempeñado allí. Lo que probablemente podría decirse es que al egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile tiene las competencias para desempeñarse, si es que los estándares y evaluaciones permitieran afirmarlo.

Pero quien en última instancia evaluará el desempeño profesional no será la Escuela de Medicina. Los egresados siempre serán medidos en el contexto de estructuras sociológicas, económicas y políticas de carácter sanitario que tienen sus propios fines y que son notablemente cambiantes. En nuestro país hay una gran diversidad de estas estructuras, cuyos fines son distintos y que aspiran a que el ejercicio de sus empleados y funcionarios se haga en estricto acomodo con ellos. De modo que una Universidad no puede garantizar aquellas afirmaciones sobre desempeño, y haciéndolas desorienta a sus alumnos y los conduce a un plano de notable irrealidad. Por otra parte, si se quisiera solucionar el problema cambiando los tiempos verbales desde el presente al futuro condicional, la sola idea de trasladar nuestro juicio a un futuro condicional nos muestra la naturaleza del problema.

3.- Destaca por su liderazgo y tolerancia en todos los ámbitos de desempeño.

¿Cómo se puede asegurar que el egresado destaca por eso? De nuevo, el liderazgo sólo puede ser efectivamente ganado al interior de estructuras sociológicas, políticas y económicas de carácter sanitario, a través de desplegar un estilo que ha de ser funcional con los objetivos que aquellas instituciones tienen planteadas, y eso, ¿cómo puede darlo una Universidad siempre por garantizado? ¿Qué idea tiene la Escuela de Medicina de lo que significa liderazgo? Ahora bien, si nadie puede asegurar el liderazgo en nada, quizá lo que debe entenderse es que lo pretendido con el perfil es que el egresado tenga las competencias para ser líder de un equipo de salud. Pero, ¿las tiene realmente? ¿Cuál es el currículo que garantiza esto?

Por lo demás, hay una indudable contradicción en esta afirmación. Por lo pronto, en una sociedad democrática es aventurado garantizar ningún liderazgo. En segundo lugar, si ya alguien está predispuesto o cree que su misión es la de ser líder difícilmente será tolerante y admitirá no serlo, por ejemplo, allí donde la realidad disponga otra cosa. Por eso, proponemos una agenda de trabajo (*currículum*) que facilite la adquisición de competencias en reconocer aquellas cosas en las que se puede diferir y debatir de aquellas otras con las que ser tolerante es ser injusto.

4.- Trabaja efectivamente en el equipo de salud, en escenarios de complejidad y contextos diversos, en coherencia con los principios éticos y el marco legal vigente.

Lo que sea un equipo de salud, las funciones que les caben a cada uno de sus miembros y al equipo como un todo es un asunto extremadamente líquido en el mundo sanitario real. No existe unanimidad ni en la teoría ni en la práctica sobre lo que estos equipos son y sobre cómo deben funcionar. Por lo pronto, entre el punto anterior, que asegura el liderazgo, y el actual, que propende al trabajo en equipo, se produce una indudable contradicción. Según la fluida teoría corrientemente aceptada son los equipos los que deciden los liderazgos de acuerdo con su realidad y necesidades, nunca vienen estos pre-cocinados. De modo que uno se prepara para ser líder o para trabajar en equipo, no para las dos cosas a la vez. Hay aquí, de nuevo, un notorio rasgo de ambigüedad en la enunciación del tipo, porque o se propende a formar personas

responsables y autónomas o individuos impersonales sometidos a la ideología de los equipos sanitarios¹⁵, pero no las dos cosas al mismo tiempo.

Es cierto que no se debe desoír la necesidad contemporánea de que los pacientes necesitan un trabajo de particular integración entre profesiones para dar respuesta a sus dolencias. Pero la forma de hacerlo es muy polimorfa, y la Escuela de Medicina primero que nada debiera fijar una postura en este debate. ¿Lo ha hecho? Nuestra propuesta es avanzar en dar su propio carácter a la identidad de las profesiones sanitarias fijando los límites epistémicos de los diferentes saberes, para luego integrarlos en aquellos espacios que se reconozcan como de común interés de trabajo, salvando así las particularidades de cada profesión, y, por supuesto, sus propias responsabilidades.

5.- Manifiesta su compromiso social, generando acciones orientadas a resolver las necesidades y expectativas de salud del país. Optimiza los procesos de gestión desde una perspectiva estratégico-operativa, con el fin de mejorar la situación de salud de la población.

Debemos repetir por tercera vez, que la optimización de los procesos de gestión es una decisión que toman las estructuras sanitarias de las que ya hablamos en los puntos anteriores, desde su propia perspectiva estratégico-operativa y con el fin de mejorar su *status*. Por eso no existen ni situaciones a gestionar ni capacidades de gestión que sean universales ni siempre las mismas, ni tampoco que sean aplicables a cualquier situación. ¿Cómo, entonces, se pueden garantizar esas capacidades?

6.- Razona crítica y reflexivamente sobre su quehacer y la profesión, ejerciéndola sobre la base del conocimiento actualizado, considerando el avance de las ciencias, la tecnología y los cambios de los determinantes sociales de la salud.

Pero cuanto más se enfatiza en un tipo o perfil tanto menos se hace necesaria la reflexión. El riesgo de los tipos valorativos es, justamente, que para su cumplimiento se hace prevalente la repetición y el aprendizaje del tipo formulado y no la meditación sobre lo real. Al final de la carrera el estudiante quizá no habrá aprendido a pensar ni a captar la complejidad de la realidad. Nuestra propuesta es, precisamente, no encerrar el perfil de egreso en un tipo clausurado, sino, más bien, abrirse a la libertad de autodefinirse en virtud de la valoración que él/ella mismo hagan de sus necesidades, de los juicios de la sociedad en la que vive y de su visión crítica del mundo.

7.- Gestiona constantemente su desarrollo personal y formación profesional realizando actividades de perfeccionamiento, especialización y de contribución a la generación de conocimiento, proyectándose como un referente de excelencia, ya sea como médico general o especialista, académico, investigador o gestor en el ámbito de la salud.

De esta tremenda variedad de roles que eventualmente estará llamado a cumplir el egresado de la Escuela de Medicina se infiere que la adscripción a un tipo determinado resulta disfuncional. Es cierto que en todos ellos se han de compartir ciertas características comunes, como idoneidad técnica, responsabilidad, compasión, etc. Pero sólo en algunos de estos logros se puede tipificar, en otras no.

6.- Ideas, conceptos y tipos en el ámbito ético y científico.

¹⁵ En todo caso, lo que decimos se puede constatar teórica y empíricamente con el caso de los equipos de psiquiatría comunitaria. (Para más antecedentes, ver: Villarino H. *Análisis del Manual de Trabajo en Equipo para la Psiquiatría Comunitaria*. Rev. Medicina y Humanidades Vol. I. N° 3. (Sept.-Dic.) 70-83. 2009. www.medicinayhumanidades.cl).

De la exposición del punto anterior se deducen una serie de consecuencias que ahora quisiéramos sistematizar. En la medicina, y en cualquier otra actividad racional, es preciso distinguir entre las ideas, que nos abren a lo infinito del conocimiento y la práctica, de los tipos o perfiles, que contraen ese infinito a una cierta operativización para usos tanto prácticos como de conocimiento. El estudiante universitario, a diferencia de otros, precisa moverse en los dos planos, y tener una clara conciencia de ambos y de sus esenciales diferencias.

Así, por ejemplo, en el terreno moral, en distintas circunstancias el profesional será solicitado por diversas incitaciones deontológicas, eudemonistas, utilitaristas, etc., y frente a cada una de ellas tendrá que decidir. No puede darse una formación moral como una serie de recetas típicas, porque no le serviría de nada frente al infinito de la realidad. Debe presentarse el universo moral, con sus contradicciones a veces insolubles, para que el educando aprehenda su libertad y lo insustituible de su propia resolución, y con ello lo que significan la autonomía y responsabilidad de sus decisiones¹⁶.

Otro tanto acontece con la historia de la medicina, donde según las épocas ha prevalecido este o aquel otro tipo de médico, y que dado lo infinito de la realidad siempre vuelven a plantarse como posibilidades reales y actuales, aunque no siempre con el mismo ropaje con el que ya han comparecido a lo largo del desarrollo histórico¹⁷.

Pero ocurre que el conocimiento científico alude también a un infinito, que en cada época es contraído a ciertos tipos prevalentes de comprensión y entendimiento¹⁸. Conocer lo que hoy día reconoce como válido la comunidad científica es indispensable para el estudiante de medicina, sin dudas, pero apropiarse del carácter infinito de lo real es lo que mantiene en marcha al conocimiento científico porque muestra sus límites, y sin conciencia de ellos nunca podrán ser sobrepasados. Si lo anterior tiene algo de verdad, entonces se requiere que el alumno posea una formación filosófica en virtud de la cual la idea del infinito, y la universalidad de las ideas, se le hace patente, comprensible y objeto de desarrollo ulterior.

En el ámbito de la medicina actual se constatan ciertos hechos, como el cambio del perfil epidemiológico, pero no por ello existen respuestas eficaces y científicamente comprobadas. Hay aquí, más bien, una serie de voluntarismos que se reiteran incansablemente pero que no hallan nunca sus propios límites, y con alguna frecuencia se muestran incapaces para realizar su propia autocrítica cotejándose con los resultados reales. Pero si una Universidad no soslaya ni da por zanjadas las discusiones en curso ni tampoco elude mostrar y plantear las ambigüedades e indefiniciones, pero al mismo tiempo es capaz de mantener vivos los debates que plantea la situación actual; si sus posturas, cualesquiera sean, están avaladas por la discusión y el reconocimiento explícito de las posiciones enfrentadas y de los matices, entonces sí que cumple verdaderamente con su misión. En cambio, allí donde no quiere ejercitar la razón y sólo pretende adaptarse a lo que *se* dice o a lo que *se* hace, a la moda en otras palabras, no puede aspirar a ninguna excelencia.

La vida universitaria es también la vida del espíritu, de su universalidad reflexiva. Hay un mal entendido al intentar verterla en los procedimientos de constitución y evaluación que tienen su aplicación y justificación en el terreno de la industria y los servicios, lo cual no significa que en determinados ámbitos particulares

¹⁶ Jaspers, K. *La razón y sus enemigos en nuestro tiempo*. Buenos Aires, Sudamericana, 1953.

¹⁷ Lain, *Op. Cit.*

¹⁸ Espinoza M; Torreti R. *Pensar la ciencia*. Madrid, Tecnos, 2004.

de la medicina no puedan ser aplicados. En la situación histórica actual, llena de cambios e incertidumbres, pareciera que el tipo de médico que se precisa es aquel que trabaja con ideas, porque tiene conciencia de lo real y de todo lo problemático que contiene. Sólo así, por lo demás, se podría cumplir una aspiración del actual perfil, aquella que dice que el egresado de la escuela de Medicina “*Razona crítica y reflexivamente sobre su quehacer y la profesión, ejerciéndola sobre la base del conocimiento actualizado, considerando el avance de las ciencias, la tecnología y los cambios de los determinantes sociales de la salud*”.

La Universidad de Chile, de acuerdo con su tradición, no debe entrar en competencia con otras a través de un perfil, ni pretender que el suyo sea superior a la de otras. Sólo asegurando las complejidades de la reflexión libre ésta Universidad es fiel a su historia, que la aleja de las facciones e intereses partidarios y de los reclamos comerciales, de aquellas promesas sin base que son el fundamento del fraude político y de la competencia comercial moderna.

7.- El problema del infinito y la obviedad

Se nos reprochará, quizá, que introduzcamos en materias tan técnicas y especializadas como estas consideraciones sobre el infinito, que difícilmente parecen venir a cuento y que resultan, en esta circunstancia, completamente adventicias, desorientadoras y en el fondo innecesarias. Recuérdese, se dirá, que en lógica se llama caída en el infinito a los círculos viciosos, y a la imposibilidad de determinar los conceptos, y por lo mismo de seguir pensando. Por otro lado, estamos en el terreno de la ciencia, no de la filosofía, y en este escrito se produce un permanente desvío de la atención traspasando los límites entre estos dos ámbitos tan heterogéneos. Las cuestiones filosóficas, se concluye, tienen su propio interés pero están fuera de contexto allí donde se tiene planteados desafíos que exigen respuestas concretas.

No obstante, en descargo nuestro, diremos, en primer y humilde lugar, que cuando uno con plena consciencia echa el infinito por la puerta suele entrar inadvertidamente por la ventana. En segundo lugar, para contextualizar lo que decimos conviene retener que en este trabajo hemos planteado que la realidad es infinita, que lo infinito es incognoscible, que para conocer los hombres contraen lo infinito en conceptos, tipos e ideas, y que uno debe cuidarse de usarlos allí donde aplican. Por último, hemos sostenido que para orientar el currículo del estudiante de medicina, y para determinar las capacidades que debe adquirir, en la actualidad es más preciso trabajar con la idea del médico que con un perfil de egreso, aunque en ciertos ámbitos limitados se pueda recurrir a él.

Veamos ahora que ocurre en la práctica real cuando se aspira efectivamente a dicho perfil o tipo, y cuáles son sus paradójicos resultados. En el Informe de Octubre 2011 del Proyecto Alfa Tuning-América Latina de Innovación Educativa y Social se consigna que en la primera etapa de trabajo del área de medicina se logró consenso en la declaración de 63 competencias comunes para esa carrera, en el contexto latinoamericano. En la segunda etapa del proyecto Tuning, continúa el citado informe, se logró acotar las competencias específicas declaradas de 63 a 8. Pero aparte los acuerdos alcanzados, ¿cuál es el ejercicio racional por medio del cual se suprimen 55 de las 63 competencias consideradas inicialmente aparte que en la perspectiva de un perfil no se puede trabajar con tantas competencias, es decir, que en la práctica resultan infinitas? Ahora bien, las competencias específicas acordadas fueron las siguientes:

- 1-Lleva a cabo la práctica clínica
- 2-Provee atención médica de urgencia
- 3-Se comunica en su ejercicio profesional

4- Usa la evidencia en la práctica clínica

5- Usa la información y sus tecnologías efectivamente en un contexto médico

6- Aplica los principios éticos y legales en la práctica de la medicina

7- Trabaja efectivamente en los sistemas de salud

8- Entiende el proceso salud –enfermedad desde los determinantes de salud

Cabe preguntarse si tantos esfuerzos justifican un resultado que concluye en esa serie de generalidades. El citado informe indica, finalmente, que se construyó la siguiente meta-perfil del médico egresado de las carreras de medicina de las universidades latinoamericanas:

El médico general egresado de las universidades de Latinoamérica es un profesional integral con formación científica, ética y humanística. Entiende el proceso salud-enfermedad desde los determinantes de salud y ejecuta acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidado paliativo a individuos y comunidades en los niveles y en los ámbitos que requiera el país; en concordancia con el perfil epidemiológico y la evidencia científica disponible. Participa efectivamente en el sistema de salud y la sociedad en la búsqueda de la calidad de la atención.

Esta meta-perfil ha entrado en una segunda etapa, consistente en contrastar los perfiles dentro de las escuelas de medicina de cada país. Y esto, a nuestro juicio, vuelve a ser una caída en el infinito. Es decir, en la búsqueda de las competencias y el perfil el infinito no ha dejado de reingresar por la ventana, no ha podido ser dominado porque no se ha tenido consciencia de él, de modo que no se ha producido ningún resultado, y los que se han obtenido no apuntan a ningún conocimiento orientador, sino a cierta retórica.

8.- Perfiles y caricaturas

El perfil que analizamos en el punto 5, dice pocas cosas sobre el tipo de médico que se forma en la U. de Chile, y todas muy generales, provistas cada una de infinitos sentidos. Dice, sin duda, que es un líder, lo mejor en todo y preparado para todo, pero diciendo eso en realidad no dice nada, o más bien no dice nada distinto de lo que a su turno dicen, o dirán, las universidades X, Y o Z. Obsérvese, por ejemplo, lo que afirma una universidad chilena en lo tocante a uno de sus programas de formación:

Este Programa pretende formar Médicos Especialistas en Psiquiatría de Adultos, con altos estándares de desempeño clínico y plenamente capacitados para desempeñarse como Psiquiatras Clínicos en cualquier escenario asistencial, y como competentes líderes de Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, o en otras posiciones dentro de la Red Territorial de Servicios de Salud Mental que prescribe el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud de Chile¹⁹.

Léase ahora lo que ofrece otra universidad chilena, en este caso pública, en programas de formación equivalentes.

Este Programa pretende formar Médicos Especialistas en Psiquiatría de Adultos, con altos estándares de desempeño clínico y plenamente capacitados para desempeñarse como Psiquiatras Clínicos en cualquier escenario asistencial, y como competentes líderes de Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, o en otras posiciones dentro de la Red Territorial de

¹⁹ Ver: http://postgrados.umayor.cl/personas/cursos_detalle.cfm?id=2614 (Universidad Mayor)

Servicios de Salud Mental que prescribe el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud de Chile²⁰.

Nos hemos esforzado por encontrar que sea alguna coma de diferencia pero no hemos podido hallarla. Se trata de una coincidencia notable que da que pensar. ¿Cómo puede producirse una tan completa unanimidad? No puede deberse a una mera coincidencia, porque eso sería milagroso. Es evidente que una es la copia de la otra o las dos de una tercera. Pero estos perfiles, ¿qué seriedad tienen? ¿Qué relación guardan con la efectiva realidad de lo que cada una de estas universidades enseña? No obstante, en ambas se ha tenido la prudencia de omitir la palabra excelencia, y se han elegido unos términos que resultan mucho más creíbles aunque igualmente ambiguos: altos estándares de desempeño.

Por lo pronto, por su identidad, esos perfiles no pueden haber sido elaborados por un claustro docente comprometido que tiene conciencia de sus posibilidades, que está empeñado y desarrolla áreas de investigación propias, que mirando la realidad con sus propios ojos establece responsablemente sus propias conclusiones, y que publica y hace accesible de modo transparente su quehacer espiritual. Es decir, que realiza el trabajo intelectual libre, propio y exigible a una universidad, la cual debe producir conocimiento y no repetir sin reflexión lo que dicen otros. Aquí ni siquiera se ha tenido el pudor de buscar otras palabras para decir lo mismo.

Un perfil de egreso, para no ser una mera fórmula hueca, debiera reflejar lo que efectivamente posee la universidad que lo ofrece, porque es eso lo que se compromete a brindar a los educandos, es decir, aquellas reales competencias, habilidades y perspectivas que se cultivan en ella a través del trabajo cotidiano y personal de sus docentes; y suponer que todo eso es idéntico en dos universidades tan diferentes como las mencionadas, ya que los perfiles de egreso también lo son, es apelar de nuevo al milagro.

Una universidad no debiera ocupar su tiempo haciendo perfiles de egreso, sino en revisar y garantizar los procesos por medio de los cuales y en los cuales vive. Debe ser consciente de sí misma para mostrar y ofrecer su realidad, porque allí no es posible el engaño ni la identidad con otros. Cabe preguntarse a raíz de los perfiles citados más atrás lo que la sociedad ya ha empezado a preguntarse con inquietud, es decir, cuáles son los parámetros que evalúan las comisiones de acreditación de estos estudios, y si se conforman con revisar los perfiles o si estudian real y seriamente los procesos de enseñanza y la idoneidad de quienes en ellos participan.

Por lo demás, no debemos olvidar lo que ocurre ante nuestros ojos, es necesario descender a la vida cotidiana para tomar el pulso de la realidad. Los estudiantes universitarios chilenos se han movilizadado en demanda de una educación real, verdadera y equitativa. Pareciera que ya no admiten formulismos, maquillajes, generalidades ni palabras como respuesta. Pero lo que ofrecen aquellos dos unánimes perfiles no son más que formulas estereotipadas, es imposible verlos surgir desde esa verdad y realidad académica que debiera sustentar cualquier proceso educativo legítimo, a lo que la juventud del presente aspira y que cansada de esperar demanda ahora con justa urgencia. Pero si tienen hambre de pan, ¿les daremos acaso piedras?

En todo caso, ¿no resultan prácticamente idénticos el perfil elaborado en la Escuela de Medicina de la Chile, que analizamos antes, y estos otros dos? ¿No trasuntan, acaso, una misma filosofía en lo relativo al trabajo en equipo, el liderazgo, la red de atención, etc.? El lector que conozca varios de estos perfiles, aunque se usaran

²⁰ Ver: <http://postgrado.facimed.cl/> o http://postgrado.facimed.cl/?page_id=111 (Universidad de Santiago de Chile)

palabras distintas, ¿no percibirá, por ventura, que se trata de un reclamo construido de acuerdo con un patrón que se repite más o menos lo mismo aquí y allá, y que por eso mismo carece de valor informativo y de capacidad para reflejar lo que ocurre? Si todos los perfiles son iguales, este instrumento, a la postre, no sirve para distinguir la realidad sino para enmascararla.

Pero el que todos los perfiles terminarán siendo idénticos nos lo confirma el Informe Tuning²¹, porque su construcción es una empresa de ámbito latinoamericano que precisa de acuerdos y consensos y no de escrutar la realidad específica de cada institución, para desde allí, según los recursos, medios, características e ideas propias ofrecer una determinada enseñanza. Los perfiles concluyen en formulas que se sostienen en una coherencia de sentido común que no tiene nada que ver con la realidad, o peor aún, que cualquier realidad puede hacerlos suyos propios.

Aquí, desde ya, podemos hacer una profecía: cualquiera sea la conclusión a la que finalmente arribe el Proyecto Alfa Tuning América Latina, al día siguiente todos los perfiles de egreso propuestos por las distintas universidades públicas y privadas de nuestro continente se parecerán a él como dos gotas de agua independientemente de cuál sea su realidad, sus procesos y sus verdaderos fines. Y como los perfiles son términos medios, no encarnan seriamente ningún ideal, nadie cometerá ninguna incorrección ni faltará a la verdad al adoptarlos.

9.- La insuperable ambigüedad de ciertas prácticas sanitarias y su relación con el perfil de egreso

Por último, como ya lo hemos insinuado, en casi todos los perfiles se ofrecen formación y habilidades en asuntos que son ambiguos y carentes de doctrina, pero que parecen estar en el primer plano del interés y justificar buena parte de las transformaciones en virtud de las cuales se hace perentorio un nuevo perfil de egreso.

Por ejemplo, en el punto 5-4 de este trabajo mencionamos lo de los equipos de atención. Ahora bien, si en realidad no existe una doctrina uniforme y la que se esgrime está sujeta a altas dosis de arbitrariedad, cada uno, a la postre, entiende este asunto a su modo y manera, planteándose entonces, en este caso y en los que veremos a continuación, el problema de cómo el profesional puede ser el efectivo portador de las características comprometidas en el perfil. ¿Cuál es el saber por el que será evaluado y que garantiza estas competencias?

Otras dificultades de conceptualización son las referidas a lo que se ha llamado el nuevo contexto y el cambio de paradigma de la medicina, en torno a lo cual pivota la innovación curricular, el aprendizaje basado en competencias y la incorporación de la medicina basada en evidencias. Se dice, por ejemplo, que dado el progreso obtenido en el conocimiento se ha generado la capacidad de anticipar las enfermedades de la población, lo cual es verdad, pero de allí se infiere, sin pruebas, que se puede prevenirlas y que es tarea de la medicina hacerlo. Es este quehacer el que justificaría la existencia y la filosofía poco clara de los equipos, el cambio del acento desde lo curativo a lo preventivo y el traslado desde lo hospitalario a los centros más cercanos al paciente.

No tiene nada de raro que esto ocurra, porque la prevención, en medicina, ha cosechado indudables éxitos en infinidad de programas. Por su intermedio se han

²¹ Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina, Informe Final-Proyecto Tuning América Latina 2004-2007 U. de Deusto y U. de Groningen Sitio web: www.tuning.unideusto.org/tuningal

controlado enfermedades que han sido un largo e inmisericorde azote para la humanidad, se han desterrado epidemias multiseculares y en muchos lados se ha superado la desnutrición infantil y logrado disminuir la mortalidad materna, etc. No obstante, todo eso se ha hecho bajo la antigua divisa que sólo pretende enfrentar y derrotar a la enfermedad. Sin embargo, para algunos, la medicina del futuro puede más que todo eso, puede construir la salud social.

No obstante, aún no se ha explicitado cómo, al echarse sobre los hombros esta tarea, podría la medicina resolver algunos de los temas de la sociedad de consumo, donde, por ejemplo, se genera obesidad desde la infancia, se utilizan de modo creciente todo tipo de sustancias psicoactivas y aumenta la brecha entre expectativas de vida y vida real vivida (stress, enfermedad mental, hipertensión) etc. La tasa de suicidio en los adolescentes de nuestro país, por ejemplo, se ha duplicado estos últimos años, a pesar de que este asunto ha sido encarado, a través del Programa de Psiquiatría Comunitaria del MINSAL, con lo que se supone es lo más avanzado en el establecimientos de redes, traspaso de la atención a la Salud Primaria, trabajo en equipo y la última generación en planes y programas estratégicos de prevención. La verdad es que ninguno de aquellos programas concebidos como fomentadores de la salud social, a diferencia de los concebidos para erradicar enfermedades, ha tenido el éxito esperado, de modo que no se posee una técnica ni un conocimiento válido, transmisible y enseñable. El perfil de egreso, en estos casos, no constituye la fijación de un *telos* que ordene la enseñanza, sino la consagración de un cierto voluntarismo verboso²².

Por otro lado, ¿qué significa exactamente el cambio de paradigma de acuerdo con el cual se ha de verificar el paso desde el médico controlador de la enfermedad al médico constructor de la salud? A nuestro entender, en esas afirmaciones se dicen en realidad dos cosas. En primer lugar, que hay algo que la sociedad actual espera de la medicina, y, en segundo lugar, que hay algo con lo que los médicos deben responder, a saber, cambiando su paradigma.

Pero, ¿qué espera la población? Para muchos, la medicina juega en las sociedades modernas un rol sustitutivo de la religión, y este juego es mantenido desde dentro de la misma medicina, de preferencia por aquellos que provienen de algunas áreas de la Salud Pública y de la Psiquiatría, aunque en realidad constituya una atmósfera que envuelve a todas las especialidades. Este juego es mantenido, decíamos, por aquellos que aspiran a que la medicina efectivamente se aboque a construir una indefinible y utópica salud social, que en los hechos es la pretensión de erigir el paraíso en la tierra. En este sentido cabe recordar la definición de salud de la OMS como “El completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”²³, que desde el punto de vista lógico constituye esa clase de definición donde la definido no es más claro que la definición misma, y donde la definición, en realidad, no dice nada porque alude a un infinito, en el sentido de un infinito no dominado. Por lo mismo, ha resultado inoperante y nadie la usa, o se la usa allí donde los propósitos son confusos.

En fin, la pregunta que surge ante esta definición de la OMS, o de las aseveraciones de los que propugnan la tarea de la salud social, es la de si puede ser, la que proponen, una función de la medicina. Detrás de este ideal se oculta, a nuestro

²² Villarino, H. *Los pretextos de la psiquiatría comunitaria*. Santiago, LOM, 2010.

²³ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. Página oficial OMS <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

entender, una terrible falta de claridad. Jaspers, a mediados del siglo pasado, decía que a raíz de esto la medicina había caído víctima de su propia confusión. En los cuadros conversivos aparecen manifestaciones corporales que no pueden ser bien entendidas con las categorías del pensamiento científico. Lo que el paciente piensa, teme, desea y espera de su enfermedad parece ser un factor en la evolución de su mal. Lo que el médico dice y habla lo interpreta el paciente a su manera, y el médico no puede estar de ningún modo con el enfermo en una comunión de abierta razón²⁴.

Mutatis mutandis, la vacuidad y el nihilismo cebado con la sociedad de masas, se expresa y manifiesta como enfermedad sin serlo realmente; y lo que debiera concluir en actos de aclaración, decisión y resolución existencial se eluden a través de vivir el malestar como si fuera enfermedad, aunque no lo sea. Se espera entonces que la medicina cure la infelicidad y la penuria, pero la medicalización de la desdicha es una salida falsa. Sólo en una comunión de abierta razón puede el médico ejercer su rol propio, y en este caso, como en el ejemplo anterior, es imposible. El médico y el padre espiritual, dice Jaspers, no son lo mismo, y si el primero suplanta al segundo no podrá ser de utilidad a quien lo invoca y sólo podrá atraer malos entendidos a la propia medicina. El médico que pretende aquello que se describe como salud social no es más que un aprendiz de brujo, aquel que sin ningún saber realiza el ademán y la gesticulación del saber movido por el amor propio, la pretensión efectista y el deseo de poder, y que, por lo mismo, en lo tocante a resultados se aproxima a cero²⁵.

Por eso, más atrás nos preguntábamos si en lo relativo a los conocimientos teóricos y/o fácticos que garantizan las competencias que se anuncian en el perfil no se suscitan también problemas de definición. Si aquellas no son variables bien aprehendidas y objetivadas no se puede certificar aquello en lo que cada competencia consiste, ni su realización ni sus niveles de logro. En este y otros asuntos debatidos y debatibles, es preciso, previamente, fijar una doctrina, porque la ambigüedad torna inalcanzable el perfil.

En el nuevo currículo, por último, se enfatiza en la necesidad de una medicina basada en evidencias²⁶, pero, ¿cuáles son las evidencias que justifican la serie de cambios propuestos en la concepción de la medicina? Aquello, en cambio, que constituye desde siempre su esencia se soslaya completamente. En este sentido es muy curioso que el proyectado perfil de egreso de La Escuela de Medicina de la Universidad de Chile que discutimos en el punto 5, no se detenga en ninguna observación relativa a la clínica, a la relación personalizada con los pacientes, etc., salvo que se sobreentienda que la relación clínica contiene la complejidad de toda relación personal, humana, a la que debe orientarse el médico formándose o atendiendo integralmente las necesidades de salud del paciente, y que esa integralidad sea lo autoexplicativo que por sabido no dicho y por no dicho olvidado.

10.- Alternativas

Al realizar esta serie de observaciones no nos mueve un espíritu confrontacional ni destructivo, somos los primeros en reconocer el esfuerzo meritorio y bienintencionado de los otros aunque no por ello compartamos sus resultados. Lo que en realidad nos anima es la comprensión que tenemos de nuestra propia disciplina, la bioética, y su rol en la formación médica, puesta a prueba con este perfil; por eso se

²⁴ Jaspers, K. *La medicina en la era tecnológica*. Barcelona, Gedisa, 1988.

²⁵ *Op. Cit*

²⁶ Esto se ha dado por entendido, sin estar incorporado en el currículum y sin la reflexión ética del manejo monopólico de las fuentes de información, las revistas, los centros de documentación, etc.

requiere aclarar ideas y tomar posturas a través de distintas reflexiones independientes, porque la vida universitaria consiste justamente en eso, en el debate de ideas.

Sin el menor deseo de pontificar quisiéramos dar nuestro propio punto de vista, falible como cualquier otro y expuesto como cualquier otro a la crítica. A nuestro entender, la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile posee tres realidades, y es con ellas con las que forma a sus alumnos. En primer, hay unos recursos físicos y financieros finitos; en segundo lugar hay un personal determinado que allí labora, y unos alumnos, pero, en tercer lugar, la materia con que trabaja, el conocimiento en diversos campos, es infinita. Ahora bien, la forma como combina estos elementos reales es el sello de la formación que efectivamente brinda.

En este punto de la combinación y de los resultados con ella esperados quisiéramos ser bien entendidos, de modo que procuraremos eludir cualquier ambigüedad. Por lo pronto, hay un cuarto elemento, no mencionado, que es fundamental para dotar de sentido a la combinación de los otros tres, a saber, el punto de vista del paciente. Preguntémonos, entonces, si es que ellos esperan que el futuro médico sea un líder, un comunicador, un agente de cambio social, un ser preocupado por la salud de la comunidad, etc., todo lo cual es perfectamente legítimo por sí mismo pero que carece de sentido si el líder, comunicador, agente social, etc., función que por lo demás puede cumplir y efectivamente cumple cualquiera, no es primariamente, y siempre, un médico clínico. Por lo pronto, todos los médicos que se han preocupado de esas materias han sido primero clínicos, que han podido entrar en un encuentro profundo y humano con los pacientes y con sus necesidades. Sólo después han percibido la urgencia de gestar bien los recursos para que les alcancen a todos, para ser un buen comunicador que le entiendan lo que dice, etc. Hoy día vemos como los administradores, los gestores, los líderes, los salubristas que trabajan con técnicas, y por ende con promedios impersonales, tienen enormes problemas para entablar conversaciones con sentido con los médicos clínicos, porque no han visto en su vida a un paciente, a un enfermo real de carne y hueso, de modo que no saben que aquello requiere de una capacitación infinitamente compleja. De lo insatisfactorio que para los pacientes actuales resulta la relación médico-paciente nos habla con elocuencia la judicialización de la medicina.

No quisiéramos que nuestros egresados se perdieran en lo que deben ser: médicos. Después, todo lo demás. Y para eso habría que poner en el primer plano del perfil el sentido de la medicina clínica, donde el médico se encuentra personalizadamente con el paciente, porque allí radica, desde siempre, la piedra angular que sostiene y da sentido a todo lo demás. Y es esto, justamente, como lo expusimos en punto anterior, aquello de lo que carece el perfil.

La Escuela de Medicina malentiende su empresa si cree que ha de formar profesionales adaptados a cumplir con las tareas que la situación sociológica del presente impone a los médicos, porque muchas de ellas, como lo hemos expuesto en este trabajo, no están bien fundamentadas, ni son enseñables ni nadie puede asegurar que mañana sigan vigentes. Hoy, como nunca, la medicina y el médico están sometidos a configuraciones cuyo destino y resultado son incognoscibles, pero cualquiera sea el futuro, si en él no hay cabida para lo esencial, es decir, para la relación personalizada médico-paciente, entonces la medicina no será o será una veterinaria. Nadie está seguro de lo que ocurrirá, no obstante, la esencia histórica de la medicina debiera ser explicitada y expuesta al futuro, porque cualesquiera sean los cambios que sufra esa esencia debe permanecer. Es su conocimiento, que radica en la razón, la flexibilidad y la libertad, lo que la Escuela debiera garantizar en los egresados.

Por ello, creemos que más que lanzarse a la búsqueda de un único tipo de médico, la Escuela debiera garantizar la centralidad de la persona y los procesos educativos como el núcleo de su actividad pedagógica. Es en función de esos procesos que se podrán medir resultados, y no al revés, acomodar los procesos a los resultados que se esperan²⁷. Se trata más bien de profundizar en la calidad de aquellos procesos que garantizan los conocimientos profesionales, las habilidades, las competencias, los valores y las actitudes que sirvan de fundamento para la realización de aquel médico que primeramente es un clínico, pero también libre, reflexivo, autónomo y crítico; que seguramente es el médico que será indispensable en el futuro.

11.- Conclusiones

Asistimos, en el presente, a un evidente desgaste de las formas en que históricamente se ha ejercido el poder y la administración en todo ámbito de cuestiones, incluso en las universitarias²⁸. El desconcierto y la inoperancia se han apoderado de los modos en que se han realizado tradicionalmente, porque las proposiciones finitas, cortoplacistas y utilitaristas que describían este ejercicio, en la moderna sociedad de la información y del riesgo, que es la nuestra, han quedado fuera de juego. Por eso, su deslegitimación es evidente, incontenible e insuperable. Los límites del conocimiento son palpables, y nadie tiene respuestas ciertas ante la nueva desnudez en que hemos quedado. Ya no existen certezas, y respecto del futuro lo incalculable es la norma. Por otra parte, todas las realidades tienden a articularse en instancias globales, que por inesperadas nadie sabe gobernar, y probablemente ellas mismas carecen de la capacidad de regularse. Nuestro mundo se ha tornado incierto, vacilante y precario²⁹.

Y sin embargo ese es el mundo en el que vivirán los médicos del futuro, donde nadie puede predecir, sin riesgo de equivocarse, los escenarios en que lo harán, ni mucho menos dar hoy respuestas exactas sobre el ejercicio que habrá de desplegarse mañana. En el presente, de un modo inaprensible, todo está relacionado con todo y es cada vez más difícil establecer límites³⁰.

La nueva época exige un particular modo de comprenderla, porque en ella ha comparecido el infinito, es decir, lo real, que el saber de antaño pudo contener y regular pero muchas de cuyas formas más acreditadas han perdido vigencia y capacidad para influir. Hoy somos conscientes que el saber de antaño no era simplemente universal, y que de algún modo lo sabido era a veces el reflejo de una exitosa estrategia de dominio. En muchas de sus manifestaciones el saber no era una aprehensión de lo real, sino una forma de imponerla y dirigirla. Pero una vez más, como en los comienzos de la aventura humana, el hombre, liberándose de las finitudes coactivas ha puesto proa al infinito, y ante él, una vez más, se siente perdido.

Ningún hombre puede garantizar lo que el futuro trae, y menos en nuestra época. De lo porvenir, a lo más, tenemos barruntos, de modo que no se puede pretender enseñar un futuro que nadie conoce. Pero tampoco se puede imponer a las nuevas generaciones estilos ya desgastados del saber, porque devienen zapatos chinos que aprisionan y deforman la vida realmente vivida. Frente a esta alternativa no es la solución ni traspasar una forma finita del ejercicio profesional, al fin de cuentas no se debe echar el vino nuevo en odres viejos, ni obrar como si se poseyeran las claves del mañana. A nuestro juicio, hay que abrir al educando al infinito de la idea del médico,

²⁷ Glosario de términos de educación médica, Andrzej Wojtczak. *International Institut for Medical Education* (IIME). Nueva York, USA. Educ. Méd. v.6 supl.2 Barcelona jul.-sep. 2003

²⁸ Lyotard, JF. *La condición pos moderna: informe sobre el saber*. Madrid, Cátedra, 2008.

²⁹ Vattimo G; Rovatti P. *El pensamiento débil*. Madrid, Cátedra, 1988

³⁰ Ricoeur P. *Sí mismo como otro*. México, Siglo XXI, 1996.

para que de acuerdo con la inconmensurable realidad que deberá enfrentar pueda orientarse y recrear lo esencial.

Hay aquí un problema peculiar y eterno que se repite en todas las formas de enseñanza: la relación pasado-futuro. La solución de esta dialéctica siempre se ha saldado con la apelación a la tradición, es decir, con la obligación que cada generación se impone de transmitir a la siguiente aquello que, después de depurarlo, le parece perenne e inestimable, sabiendo que allí está la fuente más sólida para que el educando realice por sí mismo, y de acuerdo con su circunstancia, la innovación y el cambio. Por otra parte, a lo largo de nuestro análisis hemos comprobado como el perfil cae inadvertidamente en el infinito. Eso revela que incluso allí comparece, pero sin hacerse consciente, y por lo mismo sin que se lo domine ni se saquen las consecuencias.

La Escuela de Medicina de la Universidad de Chile puede o no, de acuerdo con su tradición, aceptar este desafío, y aceptándolo puede o no dar en el blanco. Pero aceptarlo es, sobre todo y en primer lugar, repensarse a sí misma. Lo que necesitamos, dice Sebastián Edwards refiriéndose a la universidad chilena,

Es flexibilidad y personas con una base educativa muy general, individuos que puedan adaptarse con rapidez a los cambios tecnológicos y a las necesidades del país. Nuestros estudiantes de la UCLA³¹, agrega Edwards, leen los clásicos³², estudian ciencias y matemáticas, hacen trabajos de investigación, estudian biología y economía, toman cursos de psicología experimental y de arte; todos ellos eligen una mayor concentración, lo que les obliga a estudiar una disciplina en mayor profundidad, pero eso no significa que se transformen en super-especialistas en ese ramo. En la UCLA graduamos individuos flexibles que pueden resolver problemas específicos; en cambio, en nuestro sistema chileno, concluye Edwards, encasillamos a los jóvenes desde el primer día, y los transformamos en monos sabihondos, en personas estrechas, en abogados prematuros, psicólogos deprimidos y periodistas iletrados.

Se esté o no de acuerdo con el detalle de estas aseveraciones, de ellas no se deduce un nuevo tipo, o un tipo mejor, porque no se pretende encasillar sino que abrir. La tarea formadora del futuro no recae en la construcción de perfiles de egreso sino en la transformación de los procesos de enseñanza, y en relación con eso estamos, como diría Toynbee³³, en aquel punto de la montaña donde ya no se puede volver atrás, y donde sólo un supremo acto de decisión y asunción de riesgos permite alcanzar la nueva e incierta escarpa donde tomar aire y descansar antes de continuar el ascenso.

³¹ La UCLA es una institución pública norteamericana y ocupa el lugar número trece entre las mejores universidades del mundo.

³² Puede que resulte curioso, pero allí donde se quiere formar gente reflexiva y capaz de adaptarse con rapidez a los cambios tecnológicos, ¡Se lee a los clásicos! Es decir, se abren a la sustancia infinita de lo real y no a la pura contingencia de la actualidad.

³³ Toynbee AJ. *Estudio de la Historia*. Barcelona, Altaya, 1997.