



Reflexiones sobre nuestro quehacer pedagógico: hacia la reforma curricular en la carrera de Medicina

María Teresa Pérez García, Profesora Asistente, Departamento de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios

Al encabezar este escrito, viene a mi memoria la primera sesión de la cátedra electiva «De la relación enfermo-terapeuta y las otras relaciones...», en que pregunté a los alumnos que se habían inscrito, sobre el por qué querían hacerse partícipes de ese experimento. Uno de ellos, respondió: - «Vengo tratando de encontrar un tragaluz, por donde pueda ver **lo hermoso que vine buscando** cuando empecé a estudiar medicina, porque hasta ahora (cursando el 8o semestre) no he podido.»

Reflexionando sobre las razones de esa respuesta, ocupa mi mente el alto índice de fracaso que deben enfrentar los médicos por **la falta de adherencia al tratamiento**, problema muy evidente a los estudiantes al recorrer el servicio de Medicina Interna del Hospital en donde, más de la tercera parte de los pacientes allí hospitalizados padecen sus efectos: enfermedades cerebro-vasculares en los hipertensos; gangrenas en los pies y estados comatosos en los diabéticos; estados urémicos en las pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico; severas infecciones que ponen en peligro la vida en pacientes con inmunosupresión farmacológica.

De la misma manera, tantos pacientes cuya queja principal es el **dolor**, de cualquier localización o etiología, a

los que debemos hacer frente los médicos, tratando de encontrar el origen de su síntoma, pero pasadas varias consultas, no ha sido posible aliviar el sufrimiento, chocando con la frase del Profesor Sánchez Torres: «La Medicina no viene a ser otra cosa que la ciencia y el arte hermanados para aliviar el sufrimiento humano...» (1).

Aparecen las grandes dificultades que tenemos los clínicos, para interpretar las enfermedades, cuando éstas no parecen tener explicación en lo biológico o en lo fisiológico. Tratar de explicar los síntomas, en ausencia de un origen biológico, implica entrar en el mundo reservado a los psicólogos o a los psiquiatras, el mundo de la mente, de la interrelación y del afecto, en el que nos movemos todos los humanos y sobre el cual, tienen conocimiento, sólo algunos especialistas.

Finalmente, nuestros programas de pre y de postgrado, porque, sólo ocasionalmente, se encuentran estos temas como parte de los contenidos y de las prácticas, que desarrollamos tanto estudiantes como profesores.

En la búsqueda de respuestas, no sólo es necesario cambiar el programa de la carrera. Se requiere el desarrollo de herramientas como, la interdisciplinabilidad, entendida como la presencia física y de su discurso, de todos los profesionales que deben

tomar parte en este proceso; la participación de la comunidad y nuestra presencia en ella con nuevas áreas de práctica, que permitan el contacto más estrecho de los estudiantes con la que será su realidad en el ejercicio profesional y, sobre todo, nuevas formas y nuevos parámetros para ejercer nuestra función docente.

«En la Escuela de Medicina aprendemos mucho sobre las vidas de los parásitos, de las bacterias y de los hongos y muy poco sobre la vida de los hombres, sujetos a quienes nos hemos dedicado a salvar sin preguntarnos por qué ni para qué.» (2).

Este es, uno de los orígenes del deterioro progresivo de nuestros instrumentos de trabajo, la relación médico-paciente y la relación docente-dicente, ambas de corte vertical, unidireccionales, pobres en creatividad, basadas en categorías de tolerancia y sin afecto ni respeto.

De los tantos factores, que pueden incidir sobre esta situación, que no sólo pertenecen a la visión médica, sino a la de toda la sociedad y a nuestra cultura de corte occidental, me propongo en este escrito tocar tres: primero, la priorización del síntoma y el pensamiento lineal; segundo, la disociación mente cuerpo y; tercero, el enciclopedismo como elemento básico de formación.

I. La priorización del síntoma y el pensamiento lineal

Nuestra sociedad se caracteriza por darle prioridad a los síntomas. Con mirar a nuestro alrededor la congestión de vehículos en una ciudad como Bogotá, es posible ilustrar este problema, que comparten la mayoría de las grandes ciudades del mundo occidental:

Cada vez hay más vehículos, lo que conduce a mayores trancones (síntoma); la solución planteada es la de ampliar las vías, para que alberguen más, lo que conduce indefectiblemente a mayores trancones (síntoma), mayor contaminación (síntoma), más estrés y más enfermedades secundarias o asociadas (síntoma).

Definitivamente es difícil no aceptar lo que dijo G. Bateson: «Ese es el paradigma: tratar los síntomas para preservar al mundo de la patología. Pero es todavía un poquito peor: hasta consideramos el futuro y tratamos de ver los síntomas e incomodidades venideros....De esta manera se invierten millones de dólares a causa de las hipótesis sobre el futuro aumento de la patología.» (3).

Fijamos nuestra atención en el síntoma, pensando en su origen, como expresión de una disfunción orgánica, dejando de lado la relación que existe entre éste y quien lo padece, olvidando al ser humano que lo está sufriendo; también lo podemos hacer, pensando, en los efectos que el síntoma causa en el paciente, dedicándonos al tratamiento sintomático, obviando la investigación de su origen. De todas formas priorizando el síntoma y disociando al ser humano.

Pero este no es sólo un problema de los médicos; la forma de describir la

realidad tanto, en el lenguaje, como en nuestra conciencia, es fragmentada, todavía más en el lenguaje científico, que no puede hablar sino de algunas verdades de razón. De hecho, nuestra conciencia, es una substracción de la totalidad y para alcanzar a identificar la realidad debe enfocarla por partes.

En la formación médica, aprehendemos, la anatomía o la semiología, en una forma fragmentaria, para luego realizar una integración, definiendo las partes, de acuerdo a las relaciones que tienen las unas con las otras. Por ejemplo no identificamos como pie, la extremidad distal del miembro superior y lo derecho se define en relación a lo izquierdo. El problema es, que aunque establecemos las relaciones, la mayor parte de las veces, fijamos nuestra atención en las partes y no en la relación que hay entre ellas.

Cada vez es más claro el concepto de que lo social hace parte de lo individual, que ejerce influencia sobre las respuestas biológicas de los seres humanos y que determina de alguna manera el comportamiento y expresión frente a la vida y a la enfermedad.

Esta es una de las razones, por las que ya no podemos hablar de la uncausalidad de la enfermedad, sino de un conjunto de elementos relacionados, cuya capacidad de expresarse como enfermedad depende de las relaciones entre los factores, del tipo que intervengan y de la forma como se relacionan entre sí; se entiende, que para actuar sobre una enfermedad no solamente puede ser útil la supresión de un factor específico, por ejemplo, el consumo de un tóxico o de algún tipo de alimento, como lo hacemos ahora, sino que puede trabajarse en la modificación de las relaciones entre

ese factor específico y los demás, como la actividad física, la recreación, los niveles de estrés, los genes, lo cual abre un amplio campo de posibilidades a nivel preventivo e incluso curativo.

De igual manera, en el proceso de aprendizaje del estudiante inciden múltiples factores de diversa índole, que determinan lo que él logre hacer durante su formación. Pero nuestra atención se concentra en el síntoma (mal desempeño, bajo rendimiento), sin considerar los posibles factores que pueden estar interviniendo y por tanto, sin buscar los correctivos adecuados.

Por muy diversos fenómenos, que no son motivo de este ensayo, en los últimos 30 años, Colombia, pasó de ser un país rural, a ser un país eminentemente urbano, en la distribución de su población, sin que para ello se hubieran realizado las adaptaciones necesarias, generando en las ciudades, grandes congestiones, hacinamiento y cinturones de miseria, no sólo económica, sino afectiva y moral.

Cada día el individuo está y se siente más sólo y, cuando se encuentra en dificultades, prácticamente no tiene a quién recurrir en busca de consejo, de consuelo o simplemente, para hablar.

Ya en 1961 el Dr. Michael Balint en su libro "El médico, el paciente y la enfermedad" hacía esta reflexión: «Se sabe que en muchas personas, quizás en todos nosotros, toda tensión o esfuerzo excesivo, de carácter mental o emocional va acompañado de diversas sensaciones físicas, o se refleja en ellas. En tales estados de perturbación, especialmente si la tensión aumenta, una posible válvula de escape - en la práctica muy usada - consiste en visitar a nuestro médico y que-

jarnos.» (4). Esta parece ser una de las destrezas más importantes del médico: saber escuchar. Pero la soledad no sólo afecta los pacientes, nos afecta a todos, profesores y estudiantes, y reconocerlo implica crear formas de relación, que hagan nuestro trabajo más gratificante.

Un ser humano es mucho más que un simple ser biológico, mucho más que un conjunto ordenado de órganos y sistemas interrelacionados armónicamente, mucho más que un simple ser vivo.

La especie humana ha sido capaz de preservarse en el tiempo; en la memoria de las piedras, con el lenguaje pictórico; en la memoria de la historia, con el lenguaje escrito y en la memoria de las gentes, con el lenguaje hablado. Ha construido un pasado que da significados al presente y abre posibilidades al futuro.

Este devenir de la memoria va ligado a la vida de cada ser humano, haciéndolo parte de una sociedad, porque genera los elementos de pertenencia a la cultura. Son esos elementos culturales y sociales, los que definen, entre otros tantos aspectos de la vida, la forma en que se interpreta y se percibe la enfermedad, no sólo para quien la padece, sino para quien tiene como misión «curarla», que determina, en últimas, su propuesta terapéutica y la decisión que tomará el usuario, al concluir la consulta; el reconocimiento mutuo de estos valores es lo que nos pone en la condición de compartir y lo que crea la percepción de la pertenencia y de la diferencia.

La ejecución idónea del acto médico, objetivo de la formación de un estudiante de medicina, supone no sólo el dominio del conocimiento científico, sino el de los elementos de la cultura a la que tanto él como

el paciente pertenecen, porque, “la cultura provee al pensamiento sus condiciones de formación, de concepción, de conceptualización. Impregna, modela y eventualmente gobierna los conocimientos individuales.” (5).

Si reconocemos esta premisa, en los contenidos de nuestras cátedras debemos encontrar muchos más elementos que hagan referencia a los aspectos culturales y sociales, nuestros y de nuestros pacientes, fundamento indispensable para el logro de nuestro propósito. No es posible dissociar ni la alteración orgánica en cada paciente, ni el proceso de aprendizaje en cada estudiante, de las demás percepciones que el individuo tiene de su vida.

II. La disociación mente cuerpo

«Enfermedad ya no significó lo que ocurría en todo el organismo, sino lo que ocurría en sus órganos... y así la misión natural y original del médico, el enfoque de la enfermedad como un todo, pasa a ser la tarea menor de localizar la molestia, identificarla y adscribirla a un grupo preestablecido de enfermedades» (6). «Se arregla la parte, no el todo, lo que puede significar la desaparición transitoria del síntoma, pero no el mejoramiento de una situación particular de salud-enfermedad de un individuo, ni mucho menos la intervención en su bienestar real de vida» (7), dice Marcela Hernández en su trabajo de investigación.

En nuestra interpretación de la enfermedad predomina, el funcionamiento del cuerpo como una maquinaria sin ningún tipo de influencia afectiva ni cognitiva por parte del paciente y, en nuestra visión del trabajo docente todavía impera la idea de que el estudiante es una máquina grabadora de información,

cuyo cerebro viene desocupado para llenarse durante la carrera de medicina.

El estudiante es otro ser humano en quien se expresan todos los factores de su vida en el proceso de aprendizaje; es alguien que trae una memoria, una historia y un sentir construidos en lo que lleva viviendo, elementos que determinan su forma de relacionarse, su forma de aprender y lo que logra aprender.

En la enseñanza y en el ejercicio de la medicina clínica, hacemos hincapié en la urgencia de no omitir alguna dolencia de carácter físico, como origen de los síntomas que motivan la consulta del paciente o la falla del estudiante, priorizando la dolencia o la falla en sí y no los efectos que ésta tiene sobre el paciente o sobre el estudiante.

En la práctica profesional, defendemos la separación tajante entre la mente y el cuerpo, que Descartes propusiera hace ya más de tres siglos, para resolver el dilema entre las creencias religiosas y la investigación científica, abordándolas como partes, obviando su innegable relación y con mucha frecuencia, declarándonos incapaces de analizarla. En la práctica docente ocasionalmente tratamos de conocer a nuestros estudiantes, de entender cuál es el bagaje que traen y cuáles son los obstáculos que les impiden o retardan el proceso de aprendizaje. Nuestra evaluación se reduce a la calificación de la falla, pero no entra a considerar sus orígenes.

Por la misma razón, en la investigación clínica siguen siendo muy serias las dificultades para reconocer cualquier resultado o afirmación, que surja de fenómenos cualitativos, como los que tienen que ver con la interrelación y el afecto, porque no son cuantificables.

Todavía, nuestras áreas de práctica dan prioridad a la atención de pacientes hospitalizados, con severas alteraciones orgánicas o mentales, en instituciones cuya organización limita la presencia y la interacción, porque no existen espacios ni tiempos adecuados para escuchar y las nuevas políticas de salud dan prioridad a la cantidad sobre la calidad de atención

Bien dice el profesor Páramo: «Nuestro lenguaje generalmente está lleno de paradojas. Por ejemplo, la aparición de la medicina social, la socialización de la medicina es también la destrucción de la entidad social en la medicina. La medicina social es la medicina anónima, de minutos, que atiende a la carrera, o que atiende como cosa al ser que necesita de ella.» «La profesión médica - y esto se extiende más allá del médico a quienes trabajan con la salud: psicólogo, enfermeras, etc.- puede ser, en este momento, un ejemplo del comportamiento de la sociedad entera, en su enajenación.» (8).

En un informe presentado por la Dra. Helena Martín, en diciembre de 1995, la alteración mental se encontraba asociada a las patologías médicas, en cerca del 80 % de los pacientes que asistieron a la Consulta Externa de Medicina Interna, en la mayoría de ellos, la depresión y, lo que parece más grave, mas del 70 % de los pacientes no cumplía con las indicaciones terapéuticas ordenadas por el médico (9).

La gran resistencia de nuestros pacientes a adherirse al tratamiento y a aplicar normas preventivas, puede estar ligada, muy probablemente, a la ideación e imagería, con que se maneja el proceso salud-enfermedad. Muchas personas que deambulan por las calles, pueden padecer una enfermedad desde el punto de vista

médico o biológico, pero lo que en definitiva las convierte en enfermos o en pacientes, es la percepción de síntomas que alteran su cotidianidad y las obliga a buscar ayuda. ¿Cuándo y por qué se hacen perceptibles los síntomas?

La mayor parte de las veces, el médico limita su trabajo a entregarle al paciente la interpretación que hace de sus síntomas a la luz de su conocimiento «científico», obviando las interpretaciones que el paciente hace sobre la aparición de los mismos. El acto médico se constituye entonces en un enfrentamiento de saberes, en donde uno de los dos se impone sobre el otro.

La transcripción o traducción que hacemos del sentir del paciente a nuestro lenguaje científico, puede desaparecerlo paulatinamente como ser integral ante nuestros ojos. Su síntoma se ve como la expresión del órgano enfermo pero no como la condición que hace que él no pueda trabajar. Nuestra propuesta terapéutica va dirigida a tratar ese órgano enfermo, pero no tiene en cuenta las alteraciones que impone a la condición de vida de ese ser humano y desconoce sus fantasías, sus temores, sus limitaciones y sus angustias. Definitivamente hablamos lenguajes diferentes.

¿Será este el mismo problema que ocurre entre docentes y estudiantes? Hablamos lenguajes diferentes, porque no reconocemos su cultura, sus antecedentes de aprendizaje ni sus conocimientos. Probablemente sea esta la razón para el fracaso y el desprestigio de las clases magistrales e incluso de otro tipo de trabajos pedagógicos. El enfrentamiento de dos saberes, en donde uno se impone sobre el otro, sin haber creado las condiciones para la introyección del nuevo conocimiento.

Las condiciones mínimas para que alguien pueda aprender algo nuevo, empiezan por darse en una relación profesor-alumno, en la cual ambos se reconocen dispuestos a escuchar al otro, a aceptar que el otro puede estar diciendo la verdad, a hacerse responsable cada uno, de la construcción conjunta de una nueva interpretación de los hechos y por tanto, de un nuevo conocimiento.

Sólo hasta hace pocos años nuestra medicina se ha decidido a participar con esfuerzo, en espacios de la vida humana como la hora de morir, la vida de los ancianos, de los discapacitados y de los desahuciados, territorios de dominio de otras profesiones como las Terapias o la Psicología. Desde la cirugía y la clínica, aún se mira la rehabilitación como un área del conocimiento que sólo las apoya, cuando muchos de los elementos de prevención se encuentran mejor definidos en el trabajo del rehabilitador. Todavía a muchos médicos les cuesta trabajo aceptar la validez del conocimiento y la independencia del mismo, de los otros profesionales de la salud, haciendo referencia a ellos, como personal "paramédico".

El reconocimiento de la multicausalidad de la enfermedad, debe conducirnos a la aceptación y el respeto de todos los otros discursos que hacen parte de la responsabilidad sobre la prevención y la curación de la enfermedad como parte de la vida. Esta gigantesca responsabilidad no puede seguir recayendo sólo sobre el médico. Debe ser asumida por equipos de diferentes disciplinas y profesiones, incluso las que no pertenecen a las denominadas "de la salud", pero además, por cada individuo, como ciudadano activo, con derechos y deberes y por toda la sociedad, como organización.

III. El enciclopedismo como base de la formación

La contribución de la escritura al desarrollo de la humanidad es innegable: generó los recursos intelectuales que facilitaron la ampliación del pensamiento y de la ciencia; permitió que las nuevas generaciones no tuvieran que empezar desde el principio, sino a partir de una sabiduría registrada, que en esta forma era más fácil de estudiar y de mirar críticamente y, favoreció la independencia del pensamiento en el alumno, al permitir la existencia de conocimiento sin conocedor.

La Medicina es una de las áreas de la ciencia, que se ha beneficiado enormemente, de lo escrito y en la que lo escrito tiene gran importancia para entender la forma progresiva en que se ha ido estructurando nuestro saber de hoy. Pero, tal vez por eso, la peligrosa tendencia, a considerar los textos y los artículos como la única forma de aprenderla.

Un texto de medicina es como el mapa del terreno al que el médico se enfrenta, tratando de resolver los problemas de diagnóstico y de terapéutica. De hecho, al leer las enfermedades en los libros, parecen más fáciles de lo que realmente son, porque cada síntoma y cada signo aparece claramente reseñado; pero, en la vida real, el paciente sólo muestra algunos de los síntomas y signos descritos y la mayor parte de las veces no se ajusta a la descripción.

La sobrevaloración de lo escrito, de lo referencial, en mi concepto, nos ha conducido a una actitud enciclopedista y pseudocientífica, que nos distancia de producir conocimientos para resolver los problemas de nuestra comunidad.

Nuestros programas se preocupan por los contenidos, más que por las destrezas y, por medio de las evaluaciones, se presiona al estudiante para que viva a la cacería de «los conocimientos» que repite o “le gustan” al profesor, sin que logre diferenciar entre lo que consiste «aprenderse al profesor» o aprenderse la materia, reforzando la convicción de que «aprenderse al profesor» es «pasar la materia».

Lograr el título se convierte en una tarea fácil, en la que la expresión de las capacidades del estudiante pasa a un segundo plano, porque se reduce a repetir lo que dicen los libros o los artículos o, simplemente, lo que dice el profesor en las revistas. Se le da más importancia a la meta, que al proceso y al esfuerzo que implica alcanzarla.

En pedagogía, afirma el catedrático Rómulo Gallego-Badillo, “lo más importante es el hombre, el estudiante y no el programa, como ocurre en la enseñanza, en la cual los contenidos de las asignaturas priman.” “Solo en los planes de estudio para la capacitación, la memorización y el entrenamiento, mediados por el transmisionismo, el cumplimiento estricto del programa es lo que cuenta.” (10).

Esperar de los estudiantes sólo su saber de la teoría, implica no mirarlos como los otros (humanos), no ponerse en su lugar, no aceptarlos como lo que son, aprendices, con un saber elaborado a lo largo de su trayectoria de vida, sus estilos de aprendizaje, sus formas de ver el mundo. Implica además la imposibilidad de establecer una relación pedagógica que conduzca a la autotransformación, la transformación que cada profesor ha tenido que sufrir en el tiempo, luego de mucho estudio, de muchas

transformaciones intelectuales, de desarrollar las estructuras de pensamiento que le permitieron adoptar un saber, ese saber, que construye y reconstruye, para saber que está seguro que sabe y lo puede enseñar.

No se trata de despreciar el bagaje teórico, se trata de saberlo emplear, como instrumento, como base de, como guía y no como fin último de un proceso. El profesor Gallego-Badillo lo recrea muy bien cuando dice: “No ha de admitírsele a nadie la oralidad del momento, las ocurrencias caprichosas de última hora, como si fueran los apuntes de la genialidad. Cada quien debe pararse sobre sus ensayos escritos, con la consulta bibliográfica de rigor, sobre las ideas rectificadas, pensadas más de dos veces.” (11).

Desde esta priorización de las descripciones que hacen los textos, también surge la necesidad de encajar los pacientes en esquemas.

Sin duda la construcción de algoritmos o protocolos constituye una de las herramientas de nuestro trabajo terapéutico, mas no la única. Cuando así ocurre, progresivamente, nos conducen a enfocar sólo los síntomas y los signos, o sólo el órgano enfermo o, simplemente, la enfermedad, obviando el ser humano que la sufre.

No podemos olvidar lo que escribiera el Dr. A.M. Cooke profesor de la Universidad de Oxford en 1985, encabezando uno de los más bellos textos de Medicina Interna que conozco: «Un médico que practica la medicina sin un texto, se parece a un marino que zarpa hacia el mar sin una carta de navegación, mientras que un médico que estudia textos más que pacientes, es como un marinero que ni siquiera logra salir al mar» (12).

La educación impartida en las Facultades de Medicina además de concentrar sus esfuerzos en la adquisición de contenidos teóricos, debería propender por la formación del estudiante como ser humano, como ciudadano impecable, consciente de sus deberes, pero también de sus derechos; por el dominio de las destrezas en la comunicación y en las relaciones interpersonales, con la consiguiente valoración del ser humano, como instrumento básico de trabajo, como materia prima del quehacer médico.

“Il n’y a pas de maladies, seulement des malades” (No hay enfermedades, sólo enfermos) dijo Armand Trousseau hace ya más de un siglo (13).

Para cerrar : una corta reflexión ética.

En un medio como el nuestro, en donde debemos resolver al mismo tiempo el problema académico y el problema asistencial; comportarnos como sociedad de científicos, en la que se realizan los estudios que conducen a entregar un título con efectos legales, el de médicos, y al mismo tiempo, como organización encaminada a asegurar la atención de las personas cuando se encuentran enfermas, preservar el equilibrio entre los dos aspectos exige recuperar permanentemente al ser (humano) que se encuentra en cada uno de nosotros y en cada uno de nuestros pacientes.

Pero esta recuperación sólo es posible desde la reflexión sobre lo que cada uno quiere para sí mismo como ser humano íntegro, afortunadamente diferente de los demás, capaz de ejercitar la responsabilidad creadora de escoger su propio camino, aspirando siempre a ser tratado como humano, no como

máquina ni como bicho, consciente de que ese ser (humano) consiste principalmente en tener relaciones con los otros seres humanos.

Desafortunadamente, el mundo en que estamos viviendo no parece propiciar esta reflexión; nos hemos ido acostumbrando a depender de lo externo, de una calificación o de un concepto ajeno, de la posesión de bienes materiales y el ajetreo que genera la búsqueda de estos elementos, nos conduce a olvidarnos de nosotros mismos y, por consiguiente, de los demás.

Una posición ética sólo es posible construirla desde esa autovaloración que reconoce la autovaloración de los demás; que logra definir lo que es bueno para los otros desde la plena definición de lo que es bueno para sí mismo y que quiere y puede auxiliar al otro, en la medida en que le es posible ponerse en su lugar.

Toda postura verdaderamente humana exige esta reflexión y el ejercicio de una práctica como la nuestra, depende fundamentalmente de mantener esa postura verdaderamente humana. Nada más frágil que nuestra condición, en la medida en que somos en la interdependencia y nada más fácil de perder con la enfermedad, que esa posibilidad de interrelacionarnos con los demás.

Debe ser política de la Facultad de Medicina, de sus profesores y estudiantes, que su presencia en las instituciones hospitalarias, no sólo permita incrementar el número de pacientes atendidos, sino que la calidad con que se los atiende, cada vez sea mejor. Este proceso se inicia, cuando la relación entre docentes y estudiantes se basa en el reconocimiento mutuo de saberes,

construyendo categorías de respeto sobre la base del quehacer pedagógico. El acto médico ejecutado por los profesores de la Facultad de Medicina, debe ser diferente del que ejecuta cualquier otro profesional de la Medicina, entre otras, porque su ejecución se basa en el reconocimiento de las necesidades y condiciones de los dos seres humanos que se benefician de su hacer.

Pero, para que esto sea posible, es necesario superar la certeza en la objetividad que supuestamente nos libera de sufrir o alegrarnos por lo que le pasa a otros (pacientes o estudiantes) como humanos y recuperar el respeto que nos merece su verdad, rescatando lo que los médicos debemos saber hacer siempre, por una persona que necesita nuestra ayuda, **asistirle**.

Repensar la reforma curricular es una tarea que nos compete a todos: estudiantes y profesores. Repensarla como un espacio abierto de posibilidades para construir nuevas formas de hacer, para llevar a una práctica sana y constructiva, toda la teoría consignada en nuestros textos, en la constitución del 91 y en las leyes y reglamentaciones que hoy rigen nuestra práctica. Repensarla como la oportunidad para mirar hacia el futuro, cumpliendo con la responsabilidad que supone nuestra pertenencia a la Universidad del Estado, pública por excelencia, que implica crear conocimientos que le sirvan a la sociedad para resolver sus problemas, conocer los desarrollos de la ciencia a nivel internacional, pero haciéndolos útiles a nuestras condiciones y posibilidades(14). Repensar la reforma como una construcción nuestra y no como una interpretación ajena a nuestras especificidades.

REFERENCIAS

1. **Sánchez Torres F.** Temas de ética médica. Giro Editores Ltda. 1a edición, 1995.
2. **Abad Gómez H.** El significado de la vida humana. En Abad Gómez H. Teoría práctica de salud pública. Editorial Universidad de Antioquía, Medellín, 1a edición, 1987.
3. **Bateson G.** Síntomas, síndromes y sistemas. En Bateson G. Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente. Editorial Gedisa, Barcelona. 1a edición, 1993.
4. **Balint M.** El médico, el paciente y la enfermedad. Editorial Libros Básicos, Buenos Aires. 1a edición, 1961.
5. **Morin E.** Cultura conocimiento. En Watzlawick P, Krieg P. El ojo del observador. Contribuciones al constructivismo. Editorial Gedisa, Barcelona. 1a edición 1994.
6. **Zweig**, citado en Weider 1962. Citado por Silvestre P. Información que posee el paciente hospitalizado acerca de su estado de salud. Trabajo de Grado, 1993.
7. **Hernández M.** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y su implicación psicológica. Trabajo de promoción, especialización en psicología en salud, 1992.
8. **Páramo G.** La dimensión humana como factor esencial en la atención en salud. En Ética, universidad y salud. Memorias del Seminario Marco conceptual para la formación del profesional en salud. Universidad Nacional de Colombia, Ministerio de Salud, 1993.
9. **Martín H.** Profesora del Departamento de Psiquiatría. Informe verbal presentado a los residentes de Medicina Interna, diciembre 1995.
10. **Gallego-Badillo R.** Saber pedagógico. Una visión alternativa. Cooperativa editorial Magisterio. Santafé de Bogotá, 1a edición 1995.
11. **Ibid.**
12. **Cooke A. M.** On textbooks and medicine. In Weatherall D.J. Ledingham J.G.G., Warrell D.A. Oxford Textbook of Medicine. ELBS. Oxford University Press, London, 1st edition, 1985
13. Citado por Cooke A.M. Ob. cit.
14. Rectoría Universidad Nacional de Colombia. La Universidad Nacional, Universidad del Estado. Reforma académica. Documentos. Vicerrectoría académica, Comité de Programas Curriculares, 1995.