

La enseñanza de la clínica médica en el posgrado

La rama de la medicina que en Argentina denominamos Clínica Médica suele equipararse a lo que en el resto del mundo se denomina Medicina Interna. Este nombre se origina en escritos alemanes del siglo XIX que acuñaron tal concepto para referirse a la medicina basada en el método científico y en el razonamiento fisiopatológico contraponiéndose al empirismo y al pensamiento mágico imperantes hasta entonces.¹

Luego de la Segunda Guerra Mundial, gran cantidad de esfuerzos y recursos económicos fueron invertidos en investigación y educación médica. Así, fueron produciéndose enormes avances en los conocimientos científicos y hubo una tendencia marcada a abarcar parcelas cada vez más pequeñas, lo que dio lugar a la superespecialización médica.²

Confusiones conceptuales

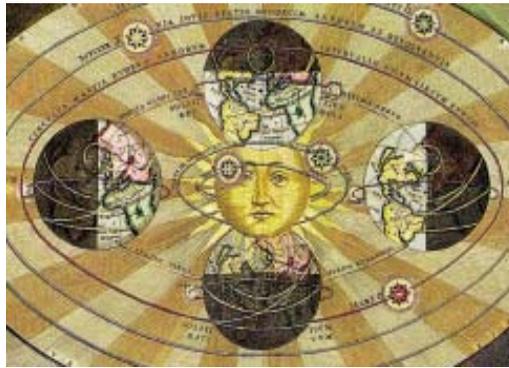
En la actualidad existen numerosas denominaciones de especialidades (Atención Primaria de la Salud, Medicina General, Medicina Interna, Medicina General, Clínica General, Medicina Familiar o Medicina, a secas) que tienen de una u otra forma relación con la Clínica Médica y que han sembrado no poca confusión.

La denominación Clínica Médica tiene su origen en el latín (*clinice*: lecho, es decir observación directa del enfermo junto al lecho; *medicus*, que no utiliza métodos quirúrgicos para el tratamiento) y se vincula con el cuidado de individuos adultos. Algunos han cuestionado su carácter de especialidad³ por considerarla demasiado abarcadora. El Diccionario de la Real Academia define especialidad como “rama de una ciencia, arte o actividad, cuyo objeto es una parte limitada de ellas, sobre la cual poseen saberes o habilidades muy precisas quienes la cultivan”. Es evidente que la Clínica Médica resulta claramente una especialidad.⁴ Su área de incumbencia es amplia, pero los límites están netamente establecidos: se ocupa de problemas de salud de adultos, utilizando métodos no quirúrgicos y le competen los tres niveles de complejidad, a saber: a) atención primaria de esta población, sobre una base esencialmente ambulatoria, b) internación general, c) internación en áreas críticas.

¿Cuáles son los saberes o habilidades precisos que deben desarrollar quienes la cultivan? Tales saberes consisten en abordar al ser humano en su totalidad, poniéndolo por encima de la enfermedad en sí, y de ello surge que puede y debe ocuparse de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, a través del consejo médico, el rastreo (*screening*) de las enfermedades asintomáticas y las inmunizaciones.

La especialidad Clínica Médica no debe ser concebida como la simple sumatoria de distintas ramas de la medicina; lo que la caracteriza es el enfoque integrador, y en tal sentido cabe cuestionar el uso que se da comúnmente a la denominación Medicina Interna como sinónimo de Clínica Médica.

En el concepto tradicional de Medicina Interna no se encuentra contemplada la inclusión de la Salud



Mental como un aspecto sustancial de ella. Esto constituye toda una definición epistemológica. Los internistas hemos tenido que aceptar –tras sucesivos fracasos para comprender auténticamente qué le sucede al ser humano que en salud o enfermedad acude a nuestra consulta en busca de ayuda– que hay algo que se nos escapa. Hemos pensado durante largo tiempo que averiguar sobre la historia biográfica, sobre las

características de personalidad, o sobre las circunstancias que impulsan a ese hombre o mujer a llevar condiciones de vida que ponen en riesgo su salud, no son de nuestra incumbencia sino de la de especialistas en Salud Mental (psiquiatras y psicólogos).

La verdadera Clínica Médica debe integrar estos aspectos en forma ineludible. Quien la cultive debe comprender la absoluta necesidad de estar capacitado para abordar esta temática con solvencia y sólo entonces podrá decir que tiene un enfoque holístico e integrador.

Mitos y prejuicios sobre la especialización

A comienzos de la segunda mitad del siglo XX no faltaron quienes llegaron a decretar la muerte del internista: “La actual situación se ha producido porque los conocimientos médicos han crecido hasta tal punto que ya no es, y nunca más será capaz un solo individuo de abarcar más que una pequeña fracción de ellos. Negar esto no es solamente ignorar los hechos, es negar la esencia del mecanicismo que ha hecho posible nuestro reciente progreso. La especialización es un fenómeno natural. Es comparable en cuanto a los quehaceres humanos a la diferenciación de la función en biología”.⁵ Nuevamente se incurre en un grosero error epistemológico. La diferenciación de la función en los seres vivos nada tiene que ver con el fenómeno de la especialización en las distintas actividades humanas, que por su misma esencia es producto directo de la cultura y en modo alguno una determinación de la naturaleza.

Existe una tendencia a pensar que a mayor restricción del campo de estudio, mayor profundidad del conocimiento y, en ese sentido, se ha llegado a postular que un especialista es alguien que sabe cada vez más sobre cada vez menos, hasta que al final, lo sabe casi todo sobre casi nada.

Antes de sostener este aserto es necesario definir cuál es el objeto de conocimiento en estudio. Si lo que queremos conocer es un fenómeno biológico o clínico, sin duda el concepto anterior resulta válido; si en cambio, lo que intentamos es abarcar al ser humano en toda su complejidad biopsicosocial, la profundidad del conocimiento dependerá directamente de cuán capaces seamos de enfrentarnos eficazmente a esa complejidad, y en consecuencia, los límites del objeto de estudio deberán ampliarse en lugar de restringirse.

Dicho en otros términos, para unos lo importante será el fenómeno y lo secundario el ser humano, mientras que para otros (los clínicos) lo importante será el ser humano y lo secundario el fenómeno. Ambas visiones se necesitan mutuamente y se complementan. En

ninguna circunstancia podrán concebirse como enfoques antagónicos.

Acerca de la enseñanza y el aprendizaje

Enseñar no es una función vital porque no tiene fin en sí misma; la función vital es aprender.

Aristóteles

Un proceso enseñanza-aprendizaje considerado de calidad debe tener:⁶

Docentes diversos e involucrados: Capaces de dedicar tiempo y energía suficiente a su función guía y de ofrecer diversas perspectivas de participación a los estudiantes: exposiciones, discusiones, talleres, etc., dentro y fuera de clase.

Alumnos diversos e involucrados: Imbuidos de su carácter de protagonistas del proceso y no como simples depositarios de un saber preconfigurado y absorbido pasivamente. Sentirán formar parte de una "comunidad de aprendizaje" en donde estudiantes y docentes enseñan y aprenden entre sí.

Líderes (autoridades universitarias) involucrados: Consustanciados con la metodología y proclives a brindar a docentes y alumnos apoyatura institucional y recursos para optimizar los logros educativos.

Ambiente de toma de riesgos: Capacidad de todos los actores del proceso de cuestionar la ortodoxia y de proponer caminos, perspectivas y enfoques alternativos.

Diálogo crítico: Desarrollo de la capacidad de sostener un diálogo ordenado y mutuamente enriquecedor, examinando y cuestionando los distintos supuestos y diferentes puntos de vista.

Aprendizaje integrado: Conexión del conocimiento teórico con la aplicación a problemas, cuestiones y situaciones complejas del mundo real.

Orientación: Los alumnos reciben orientación, pareceres y retroalimentación individualizada de sus profesores por diversas vías: trabajo cooperativo, reuniones formales e interacciones informales.

Productos tangibles: Los alumnos son desafiados a extraer y conectar principios, prácticas y habilidades que han aprendido a los efectos de crear un producto valioso para su campo de acción y para ellos mismos. La información científico-técnica se encuentra publicada y es relativamente sencillo acceder a ella. Las actitudes y aptitudes, en cambio, sólo pueden aprenderse en interacción fecunda con los maestros, y tal interacción es esencialmente empática, es decir atravesada por la afectividad.

"La única forma de alcanzar el gran conocimiento es entender la virtud; desde el emperador hasta el más humilde hombre del pueblo deben desarrollar la autodisciplina", decía Confucio, filósofo chino que vivió hace 2.500 años.⁷

Desarrollar la capacidad de escuchar con atención, demostrando interés por lo que le ocurre al paciente y hablarle con claridad y sinceridad es un proceso en el que debe complementarse la observación de lo que hace el maestro y la identificación. El docente debe ser, antes que un transmisor de información, un modelo de identificación, y sintiéndose tal, cuidar permanentemente su manera de actuar, en especial en lo ético, teniendo presente la repercusión profunda que ésta tendrá en sus alumnos.

La literatura médica nos abruma con su permanente y metéorico crecimiento cuantitativo. La calidad de lo que se publica, sin embargo, es disímil y en muchos casos escasa, aun en las publicaciones más prestigiosas. El clínico que intentamos formar debe aprender a reconocer lo valioso y diferenciarlo de lo sesgado por diversos intereses, que se presenta por lo general disimulado tras un hábil manejo de la estadística.

Dice Jeremy Anderson, de *Monash University*, Clayton, Australia, imaginando una currícula médica basada en las ideas de François Rabelais, monje franciscano, médico y humanista del siglo XVI, expresadas en su satírica e inmortal obra *Gargantúa y Pantagruel*: "La escuela médica Rabelais producirá graduados que se sientan tan cómodos en la mierda como en las estrellas, comprendiendo que la patología que observan en la humanidad está igualmente presente en ellos mismos."⁸

Este concepto es de importancia trascendente para el clínico en formación. Debe aprender a integrarse a sí mismo como persona si pretende comprender a la persona que acude en demanda de su asistencia. En esto los médicos debemos hacer un verdadero reaprendizaje. Ante todo, debemos abandonar la idea que se nos ha inculcado durante años en el sentido de que el médico debe mantenerse ajeno a las emociones y utilizar los recursos puramente intelectuales al servicio del diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. El análisis consciente de la contratransferencia, es decir de las emociones suscitadas en el médico por lo que el paciente le presenta como propuesta (una consulta consciente y una demanda inconsciente) será de fundamental valor para comprender su estructura de personalidad, su manera de vivir y sus razones para adoptar conductas que lo enferman y lo acercan a la muerte.

A modo de conclusión: Una visión personal

En este joven siglo XXI, vertiginoso en información, a menudo caótico en su mezcla de valores, el clínico seguirá vigente y su vigencia irá *in crescendo* en tanto siga habiendo seres humanos que enferman y no mecanismos fisiológicos o estructuras anatómicas que se alteran. Parafraseando a Carlos Fuentes, diré entonces: *En esto creo...*

La Clínica Médica es una especialidad que aborda a la persona en toda su complejidad.

Quien la cultiva debe integrarse a sí mismo como persona.

La información científico-técnica se encuentra publicada y es fácil de obtener.

La literatura médica debe ser evaluada críticamente: debe darse prioridad al diseño de un trabajo científico por sobre sus hallazgos y conclusiones.

No se debe confundir inferencia con evidencia. Los resultados de los grandes ensayos clínicos no son siempre aplicables en forma directa al paciente individual.

Las actitudes y aptitudes no se encuentran en las publicaciones y solamente se desarrollan como resultado de la interacción fecunda con los maestros, sobre la base de una conducta ética. Tal interacción es esencialmente empática, es decir, impregnada por la afectividad.

La actitud del clínico debe tener una dosis equilibrada de orgullo por lo que hace, humildad por lo que ignora, ánimo cooperativo, tendencia a la acción multidisciplinaria y, por sobre todo, autocrítica y heterocrítica.

Dr. Alcides A. Greca

Profesor Titular de Clínica Médica, Director de la Carrera de Posgrado de Especialización en Clínica Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario; Jefe del Servicio de Clínica Médica del Hospital Provincial del Centenario de Rosario, Santa Fe, Argentina

Bibliografía

1. Bean WB. Origin of the term "Internal Medicine". N Engl J Med 306:182, 1982.
2. Beeson P. One hundred years of American Internal Medicine: a view from the inside. Ann Int Med 105:634, 1986.
3. Yelin C. Los internistas ¿somos clínicos o especialistas? Boletín del Círculo Médico de Rosario, Abril 2006.
4. Greca A. Especialidades y especialistas. Boletín del Círculo Médico de Rosario, Junio 2006.
5. Himsforth H. The integration of medicine. BMJ 2:217, 1955.
6. Refocusing quality assessment on students learning. En: Haworth & Conrad, Emblems of quality in higher education, Allyn & Bacon, 1997.
7. Lam CLK. Confucius School of Medicine: The way to great learning. BMJ 323:1458-1459, 2001.
8. Anderson J. The Francois Rabelais School of Medicine. BMJ 323:1456-1457, 2001.