



FACULTAD DE MEDICINA

LICENCIATURA EN KINESIOLOGIA Y FISIATRIA

Tesina

Tema:

**" Bases epistemológicas de la formación del médico y kinesiólogo, barreras interdisciplinarias"**

Tutor: Andrés Cappelletti

Autores:

Ferraro, Alejandra  
Romero, Verónica

2002

## **Índice:**

	Pág.
<b>Índice</b> .....	2
<b>Resumen</b> .....	3
<b>Introducción</b> .....	4
<b>Problemática</b> .....	5
<b>Fundamentación</b> .....	7
<b>Métodos y Procedimientos</b> .....	47
Objetivos.....	47
Hipótesis.....	47
Tipo de estudio.....	48
Población y muestra.....	48
Área de estudio.....	48
<b>Desarrollo ( Resultados y Comentarios)</b> .....	49
<b>Conclusiones</b> .....	67
<b>Bibliografía</b> .....	70
<b>Anexos</b> .....	72

## **Resumen**

La asistencia en salud, representa uno de los objetivos básicos de toda sociedad evolucionada. El contexto socio – cultural, determina quienes serán los encargados de conducirla, transformarla y promoverla, acorde a las necesidades actuales. Es aquí, donde el médico juega su papel más relevante, luchando con situaciones que tropiezan con el campo de lo ético y lo moral, y en donde evidencia un confuso perfil.

La necesidad de profundizar y conocer acerca de la formación médica permite determinar con bases sólidas, cuáles son sus incumbencias, límites, transgresiones y falencias que desvirtúan su perfil. Asimismo, permitirá llevar a cabo innovaciones educativas para con otras disciplinas de la salud, y en especial con la kinesiología, favoreciendo el trabajo interdisciplinario.

En el fundamento de ésta investigación se detalla la evolución de la Medicina a través de la historia de la humanidad, se describe el perfil médico y kinésico que pretende generar la Universidad Abierta Interamericana, se analiza la ciencia médica en torno a un marco de interdisciplinariedad, se exponen las bases de un sistema de enseñanza universitario acorde a una estructura tubular y de características bancarias.

Desde la innovación se remarcan los fundamentos legales que propone la Ley Federal de educación y la necesidad de un pensamiento reflexivo- científico. Desde la ciencia y la técnica se evidencia la influencia y condicionamiento que provocan éstos no sólo en la figura y desempeño del profesional de la salud sino también en el paciente.

Las estrategias metodológicas y procedimientos de investigación puesto de manifiesto en el desarrollo, permiten el análisis de los Planes de Estudio, propuestos para las carreras de Medicina y Kinesiología, la interpretación subjetiva de la observación llevada a cabo en las materias, que permitieron captar la complejidad y ambigüedad propia de la formación biológica, y el testimonio concreto aportado por los distintos profesionales que revelan a la luz el verdadero marco del hacer laboral.

Esta tesis pretende crear las herramientas con las cuales generar profundos cambios en el sistema educativo sanitario, reivindicando aspectos sociales, culturales, humanísticos y antropológicos relegados en la sociedad de consumo, que reduce al hombre a conformar una simple pieza del engranaje de una mega – máquina.

## **Introducción:**

El presente trabajo se fundamenta en la adopción de una propuesta kinesiológica, especialidad relativamente nueva surgida en el último cuarto del siglo XX. Tal disciplina tiene como pilares fundamentales el trabajo en la prevención, tratamiento, rehabilitación e inserción laboral del paciente o potencial paciente, puesto que no siempre la tarea profesional de la salud debe ser comprendida únicamente como la cura de la enfermedad. Resulta muy importante formar kinesiólogos para desempeñar *tareas preventivas*, y ello se logra con profesionales de actitud humanística, de apertura psico - social, humildes y respetuosos con el paciente, éticos y morales sobre todo en lo económico, ágiles para detectar sus propios límites y para saber derivar a otras especialidades, y por sobre todo abiertos a transmitir y también a adquirir conocimientos de sus prójimos.

La kinesiología surge de la necesidad de la medicina en ocuparse de aquellos pacientes que luego de una enfermedad prolongada o incapacitante, padecían secuelas y a los que era evidente se dejaba librados al azar, sin tener en cuenta lo que hoy representa la reinserción laboral. Así fue como se organiza una rama de las ciencias de la salud, en la que a través del movimiento el hombre enfermo o sano, puede mejorar su calidad de vida para desempeñarse óptimamente en la sociedad en la que se halla inmerso.

Entendida la kinesiología como integrante de la medicina en general, es más depende en mayoría para el tratamiento del paciente de la derivación del médico, se hace imprescindible la indagación de la formación tanto del médico como del kinesiólogo y las barreras interdisciplinarias que dificultan su óptimo accionar.

De esta manera, en la presente tesis se intentará dejar al descubierto cómo es el perfil médico actual, así como el del kinesiólogo, las causas que influyen sobre los mismos, como así, si existe la posibilidad de trasgresión entre los campos profesionales y por sobre todo con la kinesiología, enfatizando su análisis desde un enfoque político – económico – cultural e institucional.

## **Problemática**

Es muy difícil hacer referencia al proceso salud-enfermedad de una población sin incluir las figuras de los profesionales que en ella actúan, y particularmente a quienes ocupan imaginariamente el primer lugar como responsables de ese proceso - los médicos-.

Pues es aquí el punto que nos ocupa en el desarrollo de éste trabajo, puesto que consideramos que no es posible hallar soluciones a la problemática que representa el proceso salud- enfermedad propia de una comunidad si no se estudian ciertos factores que inciden en ella, mas precisamente, en este caso, la formación del principal generador de medidas aplicativas al equipo de salud.

Por otra parte, consideramos que analizando la historia del accionar médico, lograremos contribuir a descubrir el lugar que ocupa tal profesional en la sociedad actual y a la vez a mejorar la tarea futura para con las otras disciplinas de la salud, favoreciendo el resultado de un buen trabajo interdisciplinario, en especial con la kinesiología.

Teniendo en cuenta que el profesional médico es uno de los integrantes del equipo de salud, en el desarrollo de la presente investigación se plantearon diferentes interrogantes. En primer término, el tipo de perfil que deja traslucir el médico para con las otras ciencias de la salud, dado que si bien es importante que la comunidad científica médica se proponga formar un profesional reflexivo, atento a las necesidades actuales y culturales de la población, dispuesto a superar la formación teórica profundizando el saber actual en constante intercambio interdisciplinario, sería aún de mayor utilidad poder apreciar si verdaderamente se logran dichos objetivos, en la práctica del médico y kinesiólogo que se desempeña en el ámbito laboral. En segundo término se pretende obtener la figura y /o postura que desea generar la formación universitaria en el médico y kinesiólogo dentro del ámbito de la educación superior privada (U.A.I.), suponiendo que ésta postula un modelo o perfil que determinará al profesional que se desempeñará en la sociedad Argentina.

Quizás todo médico egresado de su ciclo de cursado de varios años, se sienta en condiciones de aseverar cual debe ser su accionar frente a la enfermedad de un paciente, pero el mayor interrogante se plantea en el momento de las limitaciones que éste tiene

en su campo, sobre todo en el plano del tratamiento-rehabilitación del paciente, donde actualmente existen otros profesionales de la salud que pueden colaborar en la tarea.

Entre éstos profesionales hemos centrado la mirada en el kinesiólogo, como especialista integrante de un equipo interdisciplinario, cuya función fundamental implicaría o radicaría en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la población como primer nivel de aplicación de medidas profilácticas y el tratamiento y/o rehabilitación del paciente enfermo como segundo y tercer nivel. ¿ Pero quedará claro, dentro de la comunidad médica, de cuáles son las incumbencias y / o alcances que posee la kinesiología en el proceso salud- enfermedad, o quizás la mayoría desconozca sobre su accionar como disciplina científica de la salud?

Tal vez, sea lógico proponer las respuestas a éstos interrogantes en primera instancia, para luego poder diversificar el camino hacia otros planteos más complejos, pero que al fin contribuyan a armonizar la relación del médico con otras disciplinas y especialmente con la kinesiología.

## **Fundamentación:**

Con el correr de los años, y más aún en las últimas décadas del siglo XX, el hombre ha sido testigo de los cambios provocados por la era tecnológica. No sólo en el área del conocimiento crece a pasos agigantados sino además el ser humano ha debido evolucionar muy rápidamente para lograr adaptarse a éstos cambios, " que muchas veces no pudieron acompañarse con una adecuación al conocimiento históricamente lento y asumido de generación en generación. Ante esto, el hombre se transformó y complejizó los modelos sobre los que luego se apoyaría a la hora de la decisión. Esto trajo como consecuencia negativa un modelo médico con fuertes rasgos exitistas, económicos, iatrogénico, y deshumanizado".<sup>1</sup>

Sobrepasada la brecha del siglo XXI el hombre ha dedicado tiempo a profundizar el estudio de las relaciones humanas con sus pares, con su prole, con el medio, o con su trabajo como ser profesional específico, el área de la que se ocupará el presente proyecto de investigación, y más precisamente en el campo de la salud<sup>2</sup>, donde cada profesional de la misma, ha quedado relegado a un sector de trabajo sin lograr integrarse de forma óptima con otros estudiosos, al fin que el objetivo es el mismo, el "paciente " como un ser que necesitará de todo cuanto lo ayude a superar una enfermedad ya sea de origen física, psíquica como social.

Para lograr enfocar esta investigación es necesario poder definir ciertos términos que harán más comprensibles sus pretensiones:

El concepto " Perfil Médico ", se entiende como el conjunto de rasgos que el profesional médico deja traslucir hacia la sociedad con sus características personales y su hacer laboral, comunes a otros médicos cualquiera sea su especialidad, es decir, la forma en que hace uso de su saber, y lo transmite a otros profesionales que integran las ciencias de la salud, a saber: psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, enfermeros y toda aquella persona que de una forma u otra colabore en el restablecimiento de la salud del paciente.

" Se plantean de ésta manera planes de estudios universitarios tendientes a la formación de recursos humanos al servicio de las necesidades de salud de la población,

---

<sup>1</sup> Mansi , Fernando- Programa Curricular de la Carrera de Medicina,Cátedra de Ética Profesional de la Universidad Abierta Interamericana. Año 2000.

<sup>2</sup> Entendiéndose el concepto SALUD desde una perspectiva que gira no sólo en torno a lo patológico, sino como un proceso en constante puja por mantener el equilibrio bio-psico-social del hombre.

los cuales tratan de modificar el perfil del médico formado en una práctica individualista, desde una perspectiva puramente reparadora y con una interpretación biologista de la salud y enfermedad "<sup>3</sup>.

### **Perfil Médico de la U.A.I**

La Universidad Abierta Interamericana ha organizado la carrera de Medicina con el fin de fomentar estudiantes en medicina general considerando un enfoque científico, antropológico, social y humanístico para lo que deberá tener en cuenta aspectos psicológicos, sociales, éticos, culturales, económicos y políticos además de los científicos-técnicos que los capaciten para la atención del paciente.

Los médicos egresados estarán capacitados para ser eficaces educadores de la comunidad, centrando éste accionar en la promoción de la salud y la prevención de las patologías prevalentes.

La U.A.I. ofrece un espacio para favorecer el pensamiento crítico y el aprendizaje activo, incentivando una actitud de autoaprendizaje y de formación permanente, desarrollando un ambiente académico que promoviera la generación y comunicación de conocimientos, así como la capacitación científica básica para asegurar la comprensión de los futuros adelantos científicos y tecnológicos.

Los estudiantes de medicina se formarán para ser capaces de reconocer las diferencias entre situaciones médicas que puedan asumir, aquellas que deban derivar y las que obligatoriamente deban resolver. Por tal razón, tendrán contacto desde los primeros años del cursado con los ámbitos asistenciales.

La U.A.I, busca en sus médicos egresados la excelencia, seres humanos con inquietudes, que sean capaces de desarrollarse en cualquier terreno y circunstancia, basados en una sólida formación en el método científico, sin olvidar una actitud humanística con apertura psico - social.

Orienta su formación para resolver los problemas cotidianos del quehacer profesional, detectando de manera ágil sus límites, compenetrado y actualizado con las patologías prevalentes, habituado a la búsqueda constante de nuevos conocimientos y habilidades con criterio epidemiológico y sanitario.

---

<sup>3</sup> Marro Juan- - Plan De Estudios según Reordenamiento 1997/98.

Desarrolla personas humildes, respetuosas de sus pacientes y colegas, éticas en lo moral y económico, con el objetivo fundamental de brindarse al máximo por el otro.

### **Perfil Kinésico de la U.A.I**

La Universidad Abierta Interamericana ha organizado la carrera de Kinesiología y Fisiatría con el objetivo de “ formar a los estudiantes en el conocimiento de las acciones de prevención y tratamiento de todas las afecciones relacionadas con alteraciones cardiológicas, respiratorias, neurológicas, del aparato locomotor del hombre. También la formación recibida lo habilita para desempeñarse en el área deportiva, estética y cosmiátrica, en el área de la gerontología y geriatría, en el área pediátrica, en el cuidado y prevención de la mujer embarazada a través de la psico - profilaxis del parto y en el área educativa elaborando programas para educar e interpretar el lenguaje del cuerpo”.<sup>4</sup>

Si bien es cierto la función que la identifica es el trabajo que realiza para la rehabilitación del enfermo y del discapacitado, su trabajo va más allá de la aplicación de técnicas restauradoras, es asumir la prevención de las incapacidades secundarias, desde una filosofía cuya responsabilidad recae en el equipo de salud humana.

Este es el escenario que la U.A.I ofrece para cimentar el desarrollo de personas plenamente formadas, respetuosas de los valores y la dignidad del hombre, con un alto nivel de capacitación científica y ética, habilitados para dar respuestas adecuadas a las demandas y requerimientos de la sociedad. La U.A.I, orienta toda su formación con vistas a que el alumno construya un cuerpo teórico- práctico de conocimientos científicos, tecnológicos, culturales que las exigencias del mundo actual reclama como formación integral, desarrollando no sólo conocimientos sino valores, habilidades, destrezas, principios y procedimientos que los autorice con fundamento científico a cumplir y desarrollar acciones profesionales en todas las áreas de aplicación de la Kinesiología y Fisiatría, según los alcances que otorga el título profesional y que permiten reconocer como incumbencias para el trabajo profesional a las siguientes:

\* *Acciones de promoción, protección específica y prevención de la salud* desde el campo disciplinar e integrando equipos interdisciplinarios.

---

<sup>4</sup> Plan de estudio Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Kinesiología y Fisiatría, Universidad Abierta Interamericana

- \* *Intervenciones terapéuticas en todas las áreas del campo profesional* (cardiología, respiratoria, neurológica, traumatológica, reumatológica, pediátrica, gerontológica, deportológica, cosmiátrica, quirúrgica, quemados, prácticas en rehabilitación amplia)
- \* *Planificación y ejecución de programas de educación preventiva*, educación para la salud, prevención de discapacidades, invalidades y disfunciones orgánicas.
- \* *Rehabilitación de procesos patológicos*, traumáticos, secuelares, disfuncionales, quirúrgicos.
- \* *Ejercicio de la docencia en la modalidad formal y no formal*, en los niveles medio y superior universitario, en el grado y postgrado académico.
- \* *Diseño, administración, ejecución y evaluación de proyectos de investigación* en el área básica, clínica y de aplicación socio- profesional.
- \* *Desarrollo de la capacidad profesional e intercambio interdisciplinar en el equipo de salud humana*, en el orden público y privado, para la atención de la salud individual, familiar y comunitaria.
- \* *Participación en la gestión y gerenciamiento de la salud* y de los servicios de salud fisiokinésica
- \* *Integración de los equipos técnicos de planificación* de las políticas generales de salud y de las específicas al campo profesional.
- \* *Administración, conducción y supervisión de servicios de salud pública* fisiokinésica y del ámbito privado como centros de salud, sanatorios, institutos, clínicas.
- \* *Asesoramiento de todas las áreas del ejercicio profesional* a personas, grupos profesionales, familias, comunidades, instituciones públicas y privadas, entes gubernamentales y no gubernamentales, organismos naturales de la sociedad, asociaciones, sociedades, corporaciones, fundaciones, grupos étnicos, instituciones educativas, deportivas, culturales, recreativas, empresariales, productivas, comerciales.
- \* *Intervención en peritajes jurídicos y pericias técnicas en el área fisiokinésica*, de orden laboral, profesional, y en aquellos en los que se comprometa la capacidad física, psíquica y social derivada de situaciones de riesgo de la salud, de las capacidades habilitantes, residuales, funcionales, etc. y que importen un compromiso para las actividades socialmente independientes y productivas de las personas.
- \* *Desarrollo profesional en Consultoras o Asociaciones* afines oferentes de servicios sociales a la comunidad, en el ámbito gubernamental y no gubernamental, privado y

público, individual y colectivo, sobre individuos, familias, comunidad, profesionales o grupos de profesionales relacionados con el campo de la salud en el área fisiokinésica.

- \* *Intervenciones en Agencias o Gerencias de salud* relacionadas con las áreas prevalentes del campo profesional fisiokinésico y en los ámbitos de la salud ocupacional, salud física, rehabilitadora, postural, mental, social, ambiental y en todas otras que promuevan, defiendan y aseguren una mayor calidad de vida de las personas y los grupos sociales.
- \* *Desarrollo y aplicación de estrategias de atención primaria de la salud* en todos los niveles de atención, en el marco de las instituciones de salud, y en las estructuras y niveles comunitarios de las prácticas en salud.
- \* *Intervención en acciones y prácticas epidemiológicas* desde la perspectiva disciplinar y en la integración de equipos multidisciplinarios, multiprofesionales, interdisciplinarios y transdisciplinarios.
- \* *Ejercicio y desarrollo de cargos públicos* de dirección, conducción, coordinación, jefaturas, secretarías, a nivel de gobierno, ministerial, académicos, gremiales, profesionales, que impliquen el desarrollo de las competencias profesionales.
- \* *Elaboración, diseño y regulación de planes, programas y proyectos de acción profesional*, técnica, tecnológica, ética, científica, educativa, académica y de servicio socio-profesional.
- \* *Intervención en tribunales, juntas, comisiones, foros, jurados, asambleas*, etc. de bioética, de ética profesional y de resolución, reglamentación y regulación deontológica del ejercicio profesional.

Por otra parte, otro de los términos que deseamos analizar es el " paciente ", que no debe entenderse, mucho menos considerarse como un ser aislado o rotulado con cierta enfermedad. Por el contrario, es un individuo participante que debe colaborar en el proceso de la enfermedad, tratamiento y posterior rehabilitación. Es un ser íntegro, al que se lo puede enfocar desde distintas perspectivas para concluir en el tratamiento más adecuado a su hacer individual, " incluso muchas veces es necesario integrar a algún miembro de la familia en la consulta, sobre todo la pareja o una persona que más

vínculo y ayuda puede brindar al paciente para de ésta forma optimizar la labor profesional "5.

Se debe hablar de " Proceso tratamiento - rehabilitación"6 -, ya que seguramente no se obtendrán resultados milagrosos al cabo de unas pocas horas, sino que la mejoría en la calidad de vida del paciente estará supeditada al tiempo en que se lo trata, la predisposición con que éste se manifieste, las condiciones sociales y/o laborales, la edad, el sexo, y un sin fin de factores que determinarán su nueva inserción en las actividades de la vida diaria.

Resta analizar pues, la " formación universitaria " del médico actual los contenidos en su preparación, lo que considera la comunidad científica, a cargo de esta tarea, en lo que respecta a modelos a aprender por el futuro médico y kinesiólogo. Se deben formar meros curadores de enfermedades o individuos especializados que puedan considerar que la enfermedad debe ser entendida como un desequilibrio de la salud en cuanto a un entorno social, cultural, etc., que sobrepasa la esfera de lo específicamente biológico.

En el ámbito de la educación privada se establecen las bases de la formación médica en " un acercamiento del futuro profesional a miradas alternativas desde la diversidad cultural e histórica y el reconocimiento de la condición humana y de sujeto, tanto propia como el enfermo, debe superar la reflexión teórica y profundizar en lo actitudinal favoreciendo la flexibilización conceptual, la búsqueda continua de un saber que se construye en el intercambio interdisciplinario, en la investigación permanente y participativa y en análisis específico de los contextos histórico-sociales"7.

Mientras que la formación universitaria estatal tiende a capacitar a sus egresados para " intervenir idóneamente en la atención del proceso salud-enfermedad, desde el campo teórico-práctico de la atención primaria en salud en beneficio del campo

---

<sup>5</sup> Engel G.L.- La Necesidad de un Modelo Médico Nuevo- Un Reto para la Medicina- Science April 1997.

<sup>6</sup> El TRATAMIENTO adecuado de las discapacidades demandan tiempo y la atención de los diferentes detalles del manejo de los múltiples problemas, la consecuencia es que el costo de la atención solicitada supera en mucho de los casos los recursos económicos disponibles. En la sociedad actual la REHABILITACION se hace cada vez más necesaria para procurar la recuperación del paciente que presenta una discapacidad para recuperar la funcionalidad óptima en su medio habitual con una calidad de vida que se aproxime tanto como sea posible a la que desempeñan las personas de una "sociedad normal ".

<sup>7</sup>Gonzalez Norma - Programa Curricular de la Cátedra de Antropología de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Abierta Interamericana. Año 2000.

individual y comunitario "<sup>8</sup>, descuidando en sus programas, aspectos históricos, socio-económicos, culturales e interdisciplinarios, si bien considera la actitud crítico-reflexiva, que permite la actualización permanente del futuro médico.

Ambos sistemas universitarios coinciden en un punto en común, dejan librada a la comunidad científica la determinación de decidir las limitaciones del médico, establecer el terreno de sus " incumbencias "<sup>9</sup> con respecto a otras ciencias de la salud o delegar toda la tarea del tratamiento y rehabilitación en la figura del médico desestimando otras disciplinas que pueden compartir la tarea.

No podría dejarse librado al azar, la influencia que causan los intereses económicos que giran en torno a la salud y consecuentemente, que limitan el accionar médico, tal es el caso de los laboratorios, corporaciones internacionales, puestas al servicio de la población, en procura de obtener mayor cantidad de usuarios acorde a la demanda y en miras de la producción de fármacos que refieren mejoran la calidad de vida.

El análisis de la influencia económica en salud, abre el camino a la cuestión del poder, que en general está en manos de una clase dominante definida por sus intereses monetarios, políticos, sociales y culturales.

Durante las últimas generaciones el monopolio médico sobre la asistencia a la salud se ha expandido sin freno y ha coartado la libertad individual del propio cuerpo. La sociedad ha transferido a los médicos el poder exclusivo de determinar que constituye la enfermedad, quién está enfermo o podría enfermarse y qué cosa se harán a éstas personas. El compromiso social de proveer a todos los ciudadanos de las producciones casi ilimitadas del sistema médico amenaza con destruir las condiciones ambientales y culturales necesarias para que la gente viva una vida autónoma saludable.

El poder profesional es el resultado de la delegación política de la autoridad autónoma a las ocupaciones de la salud, realizada durante nuestro siglo por otros sectores de la burguesía universitaria.

Pero lo que en realidad ha transformado la asistencia a la salud en una empresa productora de enfermedades es la propia intensidad de una dedicación ingenieril que ha

---

<sup>8</sup> Marro Juan- OP.CIT.. Pág. 2.

<sup>9</sup> En el perfil médico de la Universidad Nacional de Rosario, se hace referencia a que el médico tiene la competencia de anunciar, prescribir, indicar o aplicar los procedimientos directos o indirectos de uso ordinario en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de toda persona y en la recuperación, conservación y preservación de la salud de las mismas y para el asesoramiento público y/o privado como así actuaciones periciales.

reducido la vivencia humana, de un buen desempeño del organismo, al resultado de una manipulación técnica.<sup>10</sup>

Es por ésta razón que, quienes trabajan dentro del ámbito de la salud, deben luchar día a día con situaciones que tropiezan con el campo de la ética y la moral, juzgados no sólo por sus actos a través de la legislación sino también por la comunidad científica y por quienes conforman el resto de la sociedad.

El adolescente que ha pasado el umbral de la escuela secundaria, se inscribe en la facultad de Medicina ignorando lo que la formación universitaria le demandará para lograr ser médico: largas horas de estudio, con dedicación exclusiva, sumado a la memorización de conocimientos bibliográficos y angustia por los numerosos exámenes exigido por la carrera. A lo largo de más de seis años debe hacer el aprendizaje de los fundamentos de la medicina. Primero, las materias básicas, largas jornadas de anatomía, horas de microscopio para conocer la estructura tisular, y más tarde experimentos en laboratorios de fisiología, que le permiten conocer al organismo humano en su estructura y funcionalidad. Pero, esto no basta, el avance de los conocimientos hace imprescindible el estudio de la física, y de la química, las matemáticas y la estadística, la microbiología y la bacteriología, la farmacología y la toxicología, la genética y la biología. Después de ésta etapa que se prolonga por dos o tres años, el interés de la enseñanza se basa en el hombre enfermo. Primero se debe aprender cuáles son las enfermedades según su distribución anatómica y luego su repercusión orgánica. Se comienzan a conocer los síntomas y signos de las enfermedades, como así los fundamentos de la patología. Y finalmente y en los últimos 2 años la clínica según las diferentes especialidades médicas. Para completar el ciclo, el estudiante realizará prácticas hospitalarias, donde se podrá auscultar, diagnosticar, y quizás medicar a sus pacientes, bajo supervisión docente o auxiliar, luego de lo cual y una vez aprobado obtendrá un diploma que le confiere el derecho de aplicar sus conocimientos académicos y practicar el ejercicio de la profesión. Antes de ser otorgado el diploma, el

---

<sup>10</sup> Al respecto Paulo Freire en el libro “ Educación y cambio” reflexiona “... No puedo dejarme seducir por las tentaciones místicas, entre ellas la de mi esclavitud a las técnicas, que siendo elaboradas por los hombres son sus siervas y no sus señoras” y sigue expresando “... no debo admitirme, como profesional, habitante de éste mundo, mundo de técnicos y especialistas salvadores de los demás, dueños de la verdad, propietarios del saber que debe ser donado a los ignorantes e incapaces. Habitantes de un ghelto de donde salgo mesiáticamente para salvar a los perdidos que están fuera. Si así procedo, no me comprometo verdaderamente ni como profesional, ni como hombre simple”

acto final de los estudios es el Juramento Hipocrático, que tiene una antigüedad de siglos y representa la base ética de la conducta médica. El mismo dice:

“ El acto de Juramento que vais a realizar, y mediante el cual se os admite como miembros de la Profesión Médica, constituye una invocación a Dios o a aquello que cada cual considere como más alto y sagrado en su fuero moral, como testimonio del compromiso que contraéis para siempre jamás. En el momento de ser admitido entre los miembros de la profesión médica os comprometéis solemnemente a consagrar vuestra vida al servicio de la humanidad, y

Juráis:

Conservar a vuestros maestros el respeto y el reconocimiento a que son acreedores.

Desempeñar vuestro arte con conciencia y dignidad.

Hacer de la salud y de la vida de vuestros enfermos la primera de vuestras preocupaciones.

Respetar el secreto de quien se haya confiado a vuestro cuidado.

Mantener en la máxima medida de vuestros medios el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica.

Considerar a los colegas como hermanos.

No permitir jamás que entre el deber y el enfermo se interpongan consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, de partido o de clase.

Tener absoluto respeto por la vida humana desde el momento de su concepción.

No utilizar, ni aún bajo amenaza, los conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad.”

Una vez que el nuevo médico responde con la fórmula: SI JURO

Quien toma el juramento agrega:

“ Si cumplieréis íntegramente éste Juramento, que podáis gozar de vuestra vida y de vuestro arte y disfrutar de perenne estima entre los hombres. Si lo quebrantáis, que vuestra conciencia y el honor de la Profesión Médica, en la que acabáis de ingresar, os lo demanden.”

A lo largo de la permanencia en las aulas, primero y más tarde en las salas de hospitales y consultorios, el médico debe aprender a diagnosticar y a curar, pero también se hace imprescindible el ejercicio de todas sus aptitudes, para que no sólo sea un mero conocedor de la información científica<sup>11</sup>, sino que sepa hacer uso de los conocimientos y transformarlos en sabiduría al servicio del hombre, pues es lo que la medicina postula “ ser una actividad del hombre para el hombre”. No sólo es arte, ciencia y técnica, es la aplicación del conocimiento, sedimentado por la inteligencia,

---

<sup>11</sup> Al respecto, Antonio Faundez opina sobre la relación entre el saber científico y un determinado poder autoritario. El saber científico, considerado por todos como saber, nos lleva a considerarlo un saber en nosotros mismos. El nos torna poderosos y, como tal, autoritarios. Por medio de ésta concepción del saber como poder, vemos claramente cómo la estructura social puede ser explicada a partir de luchas por el poder, de poderes distintos, en el que una parte de ese poder o de esos poderes que aparecen en la sociedad correspondería al intelectual, por el hecho que él detenta el saber científico. Este intelectual menosprecia el saber que no sea científico. “Hacia una pedagogía de la pregunta”. Pág.67

ante el hecho concreto que representa el hombre enfermo. Pues bien, luego de brindar un panorama de formación médica universitaria se hace difícil concebir que se le brinde al estudiante y futuro médico las herramientas necesarias para cumplir con éste propósito ulterior ya que se consolida en él una fuerte tendencia individualista reparadora, en la que el tiempo apremia y el estudiante de medicina, año tras año, debe preocuparse por el cursado de las numerosas materias, como así esmerarse en sus estudios para aprobarlas, contando con extensos programas y rigurosos exámenes, los que dejan pocos espacios libres al alumno para establecer comunicación con otras disciplinas de la salud.

Hipócrates, médico griego del año 375 a. C., llamado padre de la medicina por ser el primero que sentó bases con la observación y la experiencia, codificó el arte de curar en cuatro principios de valor eterno. Ante todo, “jamás inquietar”. Siempre que sea posible” suavizar”. A veces, “ curar”, pero siempre,” tranquilizar”. Estos sencillos preceptos resumen las reglas que rigen la conducta médica. No basta consolar los sufrimientos y curar enfermedades, es importante tranquilizar el espíritu angustiado. El médico debe conocer los límites del estado de salud y precisar con justeza el estado de enfermedad, lo cual logrará con un profundo espíritu de observación, que la experiencia aumentará día a día.

Por otra parte, necesita gran sentido común<sup>12</sup> para razonar la información suministrada por el estudio del paciente y poseer, sobre todo, la capacidad intuitiva<sup>13</sup> para penetrar en el mundo psíquico de éste, por cuanto el hombre es una unidad psicosomática indivisible. Debe destacarse que si bien la tendencia es no fraccionar la integridad del ser humano, el estudio del paciente es abordado desde las partes de las especialidades médicas para finalmente recaer en el enfermo. Es imposible reconocer una enfermedad, si no se conoce la atmósfera psíquica en que viven los enfermos y para éste fin se requiere una actitud profundamente humanitaria con gran comprensión.

Entonces, ¿Cuáles son las condiciones que debe cumplir un egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de Argentina para lograr ser un buen médico?

Paul Grawitz (1852 – 1932), eminente anatómo patólogo alemán, considera que “ la medicina debe seguir siendo una disciplina de estudios y de atención a la

---

<sup>12</sup> Paulo Freire aporta en Educación como practica de la libertad...” La verdadera educación del educando debe ser praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo”

<sup>13</sup> Su educación debe colocarlo en diálogo constante con el otro, predisponiéndolo a constantes revisiones, a análisis críticos de descubrimientos, que lo identifique con métodos y procesos científicos.

humanidad con las más elevadas miras, la pongo por encima de cualquier sacerdocio, pues no se aferra a ningún dogma o sistema conceptual, la considero más humana que un apostolado, porque exige muchas más condiciones que las de una simple renunciación material y una sacrificada dedicación espiritual. Para lograr mantenerla en su elevada posición es indispensable que al ejercicio de la medicina sólo tengan acceso ejemplares de la excelsitud humana, porque sólo ellos pueden reunir tantas condiciones como son necesarias para ser médico” (1929).

El mismo autor destaca la figura del médico dentro de la sociedad. “Deben ser seleccionados de entre la mayor excelencia, demostrarlo a través de sus actos y admitidos por su ardua labor que más que un rol constituye un sacerdocio. Con el respaldo de Dios y de los hombres”.

Cabe analizar la opinión de éste destacado médico, que sin duda pone de manifiesto la concepción hegemónica que durante siglos desea traslucir la casta médica.

El médico actual es un trabajador de la salud como cualquier otro profesional que se desempeñe en éste campo. Si bien es de suponer que todo profesional es motivado por la vocación de desempeñarse en una disciplina de elección personal, ésta no representa un sacerdocio, de renunciación material y de sacrificación espiritual, ni siquiera en la medicina, dado que en la actualidad, gran parte de las elecciones vocacionales se ven sometidas al análisis de aspectos económicos, sociales y hasta políticos, en la que el papel de la posibilidad de inserción laboral juega un rol preponderante en la toma de decisiones a la hora de elegir el cursado de una carrera universitaria.

Por otra parte, quién puede juzgar, bajo qué condiciones de elección se reconocerían a quienes son los representantes de la excelsitud humana que reúnen las condiciones para ser médico. Por lo que se deja entrever entre las palabras de Grawitz, la comunidad médica se considera con la autoridad suficiente para elegir y juzgar a sus futuros colegas a través de requisitos que parecieran más que humanos, volcándolos en una categoría intermedia entre la autoridad de Dios, en el cielo y los hombres en la tierra<sup>14</sup> , describiéndolos como seres superiores que bajo la paternidad del Dios

---

<sup>14</sup> Así como la Iglesia Católica Apostólica Romana considera al Papa como representante espiritual de Dios en la tierra, asistido por sus discípulos los sacerdotes para cumplimentar los mandamientos de la Santa Biblia, Dios reclama y responsabiliza al Médico del mantenimiento de la vida humana, incluso según lo que se desprende del mismo Juramento Hipocrático.

Supremo se les concede el privilegio de decidir entre la vida o la muerte de la comunidad.

Se hace difícil pensar que los médicos actuales sean regidos por éstos cánones, cuando es de conocimiento público que quien puede culminar un estudio universitario en medicina, es quien logra sustentarse económicamente durante seis años de carrera, asumiendo la crisis económica, social y educativa por la que atraviesa el país en donde la falta de empleo llena la conciencia del joven aspirante a ser médico argentino.

### **Breve Reseña Histórica**

La enfermedad es tan antigua como el hombre mismo, y así lo demuestran y atestiguan las lesiones encontradas por los paleontólogos en los restos óseos de los individuos prehistóricos.

Frente al dolor o al daño orgánico causado por diversos agentes físicos como el agua, el fuego, el viento, las plantas venenosas o animales salvajes, el hombre luchó por remediarlos o evitarlos con sus propios medios o de sus semejantes. De ése modo comenzó la Medicina, con la inquietud instintiva de aliviar el sufrimiento humano y evitar la muerte. Lo único que sabía en ese momento el hombre primitivo es que la mayor parte de sus dolencias se debían a que algo penetraba en su organismo (una flecha, un insecto, una picadura, etc.) de donde dedujo que descubriendo la causa y alejándola podía curar, dando lugar al concepto de la etiología de las enfermedades y con ello de la medicina instintiva. A la manera de rayo, un dolor también podía ser provocado por una causa externa, invisible y misteriosa pero capaz de accionar la enfermedad o la muerte. Buscando la etiología de las enfermedades en el sol, las estrellas, el trueno, el agua, etc., descubrió el efecto terapéutico de los agentes naturales, tales como la luz solar, el frío, el calor y el agua.

De ésta medicina empírica de los tiempos prehistóricos, nació la concepción mágica de la enfermedad. Puesto que se suponía provocada por fuerzas sobrenaturales, era necesario luchar contra las influencias maléficas o demoníacas que poblaban el ambiente.

Era preciso sustraer al enfermo de dichas influencias, lo cual originó el uso de máscaras y de complejos ritos. Así el hombre-médico se convirtió en expulsador de demonios, surgen el médico-mago y la medicina mágica.<sup>15</sup>

De la observación de los animales, el médico-mago adquirió algunas nociones terapéuticas, emitiendo procedimientos y creando instrumentos para cumplir con tales prácticas.

Con el tiempo, y al fin de garantizar el secreto del ejercicio de su profesión, los médicos- magos se separaron del resto de la población y constituyeron una casta aparte, la cual rodeó de misterio sus prácticas y utilizó vestimentas que hacían aparecer a sus miembros como hombres superiores.

De éste modo surgió la “ medicina sacerdotal”, con lo que se garantizaba la transmisión de los conocimientos empíricos y de la experiencia resultante del uso de dietas, baños y vegetales como medio terapéutico.

Lentamente y a través de las generaciones se fue transmitiendo el conocimiento de las enfermedades y de los métodos curativos, hasta que en el cuarto milenio antes de Cristo, comenzó a aparecer en Mesopotamia, Egipto, China, Israel, Persia y la India una verdadera organización de la medicina, con la recapitulación sumaria de las entidades morbosas y de los métodos curativos. Se establecieron normas para el ejercicio de la profesión y se alejaron de la práctica médica los métodos mágicos.<sup>16</sup>

A Grecia corresponde la gloria de encauzar la ciencia médica. Gracias al racionalismo, los griegos pudieron liberarse de las supersticiones y adquirieron un concepto concreto y empírico de la salud y de la enfermedad. El estudio de las enfermedades se basó en la observación del hombre enfermo y la medicina se transformó en ciencia experimental. El saber médico pasó al Imperio Romano, donde

---

<sup>15</sup> En la medicina mágica, era común la ingestión de pócimas curativas, danzas y rituales para apartar del mal al sujeto. Los dioses por algún motivo condenaban al enfermo y para su sanación se exigían sacrificios y bailes frenéticos a manera de ofrendas para contentarlos. La muerte era el pasaje a una vida ulterior y quien mediaba su paso era el médico-mago.

<sup>16</sup> Némesis médica de Ivan Illich “La magia o la curación mediante ceremonias es ciertamente una de las funciones tradicionales importantes de la medicina. En la magia el curandero manipula la escena y el foro. En forma un tanto impersonal establece una relación ad hoc entre su propia persona y un grupo de individuos, la magia surte efecto siempre y cuando las intenciones del paciente y del mago coincidan, si bien la medicina científica tardó un tiempo considerable en reconocer a sus propios practicantes como magos eventuales... En las culturas elevadas, la medicina religiosa es algo muy distinta de la magia. Las principales religiones, refuerzan la resignación al infortunio y ofrecen una lógica, un estilo y un marco comunitario donde el sufrimiento puede convertirse en un desempeño digno. La gran religión estimula la responsabilidad personal de sanar, envía ministros a impartir un consuelo, pomposo a veces y a veces efectivo, proporciona santos como modelo y suele establecer un contacto para la práctica de la medicina popular.

alcanzó gran importancia la legislación sobre higiene social. Hipócrates en Grecia, Galeno en Roma representan a las más importantes personalidades médicas del período áureo de la medicina Griega y de la antigüedad clásica.<sup>17</sup>

Sus ideas dominaron la medicina durante muchos siglos y sentaron las bases de nuestros conocimientos actuales. El derrumbamiento del Imperio Romano y los acontecimientos sociales y políticos de la época señalaron un período de detención en la historia de la medicina que encerrada en un sistema de fórmulas, vivió bajo el dominio del misticismo y dogmatismo de la Edad Media.

No obstante, alcanzó importancia la medicina árabe. Estos médicos tradujeron y comentaron los textos médicos clásicos; al islamismo se debe que la tradición de la medicina hipocrática y galénica no se perdiera en la Edad Media.

Cuando la medicina árabe alcanzó su cúspide, la medicina occidental, que se había refugiado en los monasterios, surgió en la escuela de Salerno y en las universidades, donde con el correr del tiempo, comenzaron a manifestarse los signos de la renovación. Así fue como en el siglo XVII empezaron a recogerse los frutos de la profunda mutación espiritual, al liberarse de la autoridad escolástica el pensamiento médico. Con la introducción de las lentes, el microscopio y con el estudio de la anatomía en el cadáver, nacieron la histología y la fisiología. El estudio del cuerpo humano permitió indagar sobre los órganos, el origen de las enfermedades, con lo cual quedaron sentadas las bases de la anatomía patológica. Surgieron los innovadores, los clínicos ilustres, y se afianzó la cirugía. No cabe duda de que el Renacimiento, tomando la tradición grecorromana transmitida por los árabes y conservada en los monasterios, hizo que la medicina penetrara en la senda de la observación y de la experimentación.<sup>18</sup>

La conquista de las ciencias matemáticas y físicas repercutió en el siglo XVIII en el campo de las ciencias biológicas, donde puso de manifiesto una apasionada tendencia al ordenamiento lógico y sistemático. La anatomía tomó gran impulso y se

---

<sup>17</sup> Aunque la medicina alcanzó gran auge en la Europa del siglo XIV, nada puede compararse a la figura del médico actual. En Grecia, el compondor, usado sobre todo para los esclavos, ganó respeto en fecha temprana, aunque no se hallara en el mismo plano social que los filósofos, ni incluso que el gimnasta para los libres. En tanto que en Roma Republicana, la competencia del médico con el culto estatal de los dioses curativos se tornó en lucha pujante por el poderío.

<sup>18</sup> Durante la Edad Media, el cuerpo humano había sido sagrado y ante la muerte el cuerpo no debía ser violado, ni corrompida su alma y espíritu, durante el Renacimiento la muerte se ha convertido en un fenómeno natural que ya no requiere que se arroje la culpa sobre algún agente maligno. La nueva imagen de la muerte ayudó a reducir al cuerpo humano a un objeto, ahora el bisturí del médico tenía acceso al cadáver mismo, el que aparece como objeto didáctico en el anfiteatro de las universidades del

afirmó la anatomía patológica, que propone a las disciplinas médicas la sistemática observación del órgano enfermo para la descripción y la definición de las entidades morbosas.

Los cirujanos<sup>19</sup> comenzaron a desarrollar nuevas técnicas quirúrgicas, adquiriendo gran dignidad y liberándose de la práctica empírica. El espíritu enciclopedista por otra parte, hizo que se sistematizara la clínica médica, con lo cual se originaron las escuelas médicas.

El siglo XIX es el de los descubrimientos y la sistemática. Particularmente al promediar el mismo, el ritmo del progreso se aceleró. Los adelantos de la medicina se enlazaron cada vez más con los de la física, química y la biología. Esta última, se afirmó como ciencia total de la vida y se enunciaron las grandes generalizaciones biológicas. La fisiología se apartó definitivamente de lo especulativo y lo metafísico, para basarse sólo en los fundamentos experimentales. Surgieron nuevas ramas del saber médico como la endocrinología, la bacteriología, la serología, la higiene y la medicina social. Se conquistó definitivamente el campo de la introducción de la anestesia. Los fisiólogos afrontaron los complejos problemas de la correlación entre los órganos que abren el camino a la bioquímica y a la biofísica. La citología y la histología completaron el cuadro de los estudios morfológicos y anatómicos. Al finalizar el siglo, se perfiló la introducción de la medicina en los problemas de la genética, de la herencia y en el deseo del hombre de indagar la infraestructura de la célula y el mecanismo de las enfermedades.

Las adquisiciones teóricas y prácticas, el desarrollo y el perfeccionamiento de la técnica experimental, el mayor conocimiento de los fenómenos físicos y químicos, han permitido que en el siglo XX las ciencias fisicoquímicas están al servicio de la medicina. Adquieren importancia la embriología experimental, la inmunología, la genética, la biometría y la estadística médica. Los nuevos descubrimientos responden a fines utilitarios y a las exigencias sociales. El sucinto análisis de la evolución de los

---

Renacimiento. El médico habría progresado en sus conocimientos de anatomía y en su poder para exhibir su destreza.

<sup>19</sup> Hacia 1400 se concedió el permiso para diseccionar un cadáver cada año dentro de las fronteras del Imperio Germánico. La Universidad de Bolonia, diseccionaba un cuerpo cada año antes de Navidad. En España, se le concedió a la Universidad de Lerida el derecho de diseccionar el cadáver de un criminal cada tres años en presencia de un notorio nombrado por la Inquisición. En 1540, se autorizó en Inglaterra a las facultades de las Universidades a reclamar al verdugo cuatro cadáveres al año. Siendo que hacia 1600 fueron famosas las pinturas que mostraban las disecciones públicas.

conocimientos médicos muestra que la historia de la medicina es una ininterrumpida sucesión de hallazgos e invenciones, que desde los lejanos tiempos de la medicina instintiva y empírica de la prehistoria ha continuado hasta la actualidad, en que la mayor parte de las ciencias están al servicio del conocimiento biológico.

Si bien la historia de la medicina ha de enseñar lo que fue en el tiempo, al ser una ciencia natural y experimental, investiga lo que en ella son los hechos permanentes, como así las nuevas orientaciones. La revisión de los principales acontecimientos médicos en su historia, permite formar ideas más claras de la evolución del pensamiento médico, teniendo en claro que “ la jerarquía de una nación depende del adelanto científico con que puede contribuir al bienestar de la humanidad”.<sup>20</sup>

### **Relación de la medicina con la interdisciplinariedad.**

En la actualidad se han profundizado en diversos países los estudios de la epidemiología, la medicina preventiva y social, a través de controles periódicos de la población, campañas preventivas en enfermedades endémicas, haciendo uso para ello de la estadística, como así fomentando trabajos de investigación para mejorar las condiciones de vida de la población.

Podemos considerar que la medicina oficial pregona el lema”: la preservación de la Salud significa el cuidado del capital humano”, comprometiéndose con éste precepto a responsabilizarse en mantener el equilibrio de la sociedad, para poder demostrar su eficiencia.

La idea de trabajar interdisciplinariamente apareció como un remedio a la fragmentación de saberes entre el conocimiento científico médico, las demás ciencias de la salud y la significación social de proceso salud.

Desde la década del '80, en forma creciente, fue ganando terreno la idea de atacar la fragmentación y la dispersión de los saberes, no solo con la interdisciplinariedad sino además para con las instituciones universitarias, centros estudiantiles, centros comunitarios de salud, poniéndolos en juego otros sectores sociales también interesados en los logros educativos.

Promediando la década del '90, se iniciaron diversas Reformas Educativas, dada la veintena de años de experiencia acumulada en torno a la interdisciplina. Estas

---

<sup>20</sup> Miroli Alejandro, Enciclopedia de conocimientos científicos médicos. Tomo Y. De. Ateneo.3ª edición, 1976.

reformas trataron de responder a los cambios sociales y a las reales necesidades del aprendizaje que generaron nuevas demandas y nuevas formas de circulación de la información.

- La globalización de la economía: Modelo hegemónico, también llamada neo-liberal o capitalismo post industrial, caracterizado por la acumulación de capital al margen de los estados nacionales, por fuertes ajustes y recesiones en las economías dependientes, por una creciente tasa de desempleo y por una llana construcción de un sector de excluidos. La traducción de esa situación es la generación de riqueza por competitividad salvaje, el vaciamiento por endeudamiento de los estados nacionales y progresiva autonomía de la economía en relación con la política y con la misma vida cultural de las sociedades.
- La descentralización de poder: Que se traduce en una transferencia de responsabilidades y decisiones que parece responder a criterios de mayor eficiencia y pertenencia, en las decisiones y la gestión. Los movimientos sociales reemplazan lentamente a la lógica de la representación política y de la preocupación por lo público. Los intereses sectoriales se constituyen en factores de presión, sin un continente claro de reglas de juego y de búsqueda del bien común. Naturalmente que esta descentralización suele ser del poder formal y de las decisiones dispersas, sintiendo todos que, en realidad, el poder efectivo aparece cada vez mas concentrado y celoso de sus rivales. La tentación de hegemonizar, aún en la vida democrática, es muy grande, diluyéndose el rol de la oposición o la importancia de aquellas otras bases de la filosofía política liberal, como la separación de poderes.
- La visualización de la realidad: Consiste en una despotenciación de lo real, en función de lo posible y de lo simulable. Esto no sólo tiene que ver con las autopistas informática y las redes, sino también con la presencia cotidiana de los medios masivos en la cultura y sobre todo, la profunda desconfianza en la palabra, y aquí radica el mayor desafío de la educación.

A una economía globalizada – de la desocupación y la exclusión – y a un poder descentralizado – de la arbitrariedad y las hegemonías – les corresponde una realidad

despotenciada, un pensamiento débil, una gran dispersión del sentido y un escepticismo cultural.

Es éste el contexto de la educación universitaria, a la que en la actualidad se propone, desde diferentes perspectivas, incluir el trabajo interdisciplinario, así se atiende a un aspecto más mental, relacionado con sujetos y sus saberes. Además de lo intersectorial que propone aspectos relacionados con la función social de la educación.

Esta nueva situación en la subjetividad individual, con las necesidades de comprensión que se generan, son las formas que excluye la globalización económica. Tal como la centralización del poder y la pérdida del sentido en la virtualización de la realidad que afectan la subjetividad individual y sus saberes.

Desde una mirada multidisciplinaria o pluridisciplinaria, las disciplinas intervinientes dan su aporte al problema, su visión propia o enfoque particular, pero en un sentido estricto no interactúan ni se modifican en el trabajo. En cambio, en la relación propiamente interdisciplinaria, las disciplinas intervinientes interactúan sus mismos enfoques y conforman una visión distinta al problema, e incluso pueden dar origen a una nueva respuesta, resultado de esa interacción.

Es distinto de la multidisciplinaria y de la interdisciplinaria lo que suele llamarse el “trabajo transdisciplinar” donde, se construye una “axiomática común”, a varias disciplinas, es decir un cuerpo de principios, categorías y reglas de procedimientos que rige el trabajo de las disciplinas comprendidas.

En todos los casos, se supone un trabajo previo de identidad disciplinar por un lado, y de disponibilidad interdisciplinaria, por el otro.

Jean Piaget distingue tres niveles en la naturaleza de interdisciplinaria, según fuera el grado de interacción entre sus componentes: multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinaria.

La *interdisciplinaria* designa el “nivel donde la cooperación entre varias disciplinas o sectores heterogéneos de una misma ciencia, llevan a interacciones reales, es decir, hacia una cierta reciprocidad de intercambios que dan como resultado un enriquecimiento mutuo (...) en tanto que la interdisciplinaria sea, en efecto, una búsqueda de estructuras más profundas que los fenómenos y está diseñada para explicar éstos”<sup>21</sup>

La interdisciplinaria es propuesta como superadora de la multidisciplinaria.

---

<sup>21</sup> Piaget. “La epistemología de las relaciones interdisciplinarias”

La *multidisciplina*, sólo requiere la obtención de información de diferentes ciencias pero, sin tener ninguna interacción verdadera que contribuya al enriquecimiento mutuo entre las mismas.

La *transdisciplina* sería una instancia superior donde no se reconocen fronteras sólidas entre las disciplinas, ya que tiende a una teoría general de sistemas o de estructuras, fundacional de una ciencia nueva.

La interdisciplina, en su forma más difundida, es la que toma su valor en la solución de problemas prácticos. Frente a las encrucijadas del mundo hipertecnologizado, la interdisciplina aparece como el modo de encararlos de una manera más eficiente y totalizadora. Problemas de urbanización, de desnutrición, etc., frente a estas necesidades concretas el profesional disciplinar aparece como un ser insuficiente e incapaz. Este es el punto fuerte de la interdisciplina, su verdadero lugar, mas allá de todas las elucubraciones que pretenden ponerla en el lugar de la alta teoría o en los que intentan una recuperación totalizante, se trata de resolver los problemas urgentes que el capitalismo enfrenta, de la manera más eficaz. La interdisciplina no debe ubicarse entonces en el campo de la ciencia solamente, sino también en la tecnología, sería una forma de enfrentar a la realidad para transformarla, controlarla y manipularla en pro de la comunidad.

Quizás hoy más que nunca el saber se hace para ser almacenado en bases informáticas anónimas y superiores a los individuos, por lo que hay una resolución ante nuestros ojos en ese sentido, “ hoy nos vemos privados del derecho de reflexión”.

Existe un problema previo a toda transdisciplina, el de los paradigmas que gobiernan y determinan el conocimiento científico. El desarrollo del conocimiento no se efectúa por una acumulación de los mismos, sino por una transformación en los principios que organizan el conocimiento. Es necesario un nuevo paradigma que permita separar y oponer los distintos dominios científicos, pero que pueda hacer que se comunique sin operar ninguna reducción.

La noción de paradigma constituye quizás el aporte de Thomas Kuhn más valorado desde todas las áreas del conocimiento. El concepto escapa a la exactitud de una definición que incluye no sólo leyes, supuestos teóricos, modelos, normativas, prescripciones metodológicas, sino también los atravesamientos políticos, sociales e ideológicos (prejuicios, creencias, etc.) que de un modo general ordenan y posibilitan

la producción de las ciencias en el seno de una comunidad científica. En un sentido amplio, el paradigma oficia de ejemplar, aportando soluciones a los problemas que la comunidad científica plantea.

Por otra parte, Alicia Stolkiner<sup>22</sup> plantea que habría dos tipos de prácticas que se superponen en el debate actual sobre lo interdisciplinario:

- Por un lado, la práctica de la investigación interdisciplinaria donde el énfasis está puesto en la producción de conocimiento
- Por el otro, la práctica que corresponde a la configuración de equipos interdisciplinarios, en los cuales el énfasis está puesto en la producción de las acciones.

Sin embargo, no se puede separar la investigación de su efecto en las prácticas, ni tampoco se puede desconocer que el desarrollo de acciones, produce simultáneamente conocimiento.

Stolkiner, plantea además, que existen distintos niveles que se ponen en juego en el análisis de la interdisciplina:

- Primer nivel: Este primer nivel sería epistemológico y de historia del conocimiento, dado que el simple planteo de la interdisciplina implica un cuestionamiento a los criterios de causalidad lineal, y atenta contra la posible fragmentación de los fenómenos a estudiar.  
Implica también el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un reflejo de distintos objetos reales, sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos.
- Segundo nivel: Sería el nivel metodológico, ya que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no implican interdisciplina, sino que la construcción conceptual común del problema que exige el abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción.
- Tercer nivel: Sería un nivel referido a lo subjetivo y lo grupal dado que las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, la reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. Si un equipo interdisciplinario es un grupo, debe ser pensado con una lógica que contemple lo subjetivo y lo

ínter subjetivo. Lo primero a tener en cuenta es que un saber disciplinario es una forma de poder y por ende, las cuestiones de poder aparecerán.

En lo individual, la participación en un equipo interdisciplinario implica renuncias, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud.

“...Los intentos de abordaje interdisciplinario permiten trabajar con las dificultades, los obstáculos y las diferencias, sin negarlas, lo cual permite a partir de cuestionar la propia práctica, ver sus límites y sus imposibilidades. Mi discurso que no da cuenta de todo, nos posibilita interrogarnos y también, ser interrogados. De éste modo, se sitúa, no la utopía de un discurso común, sino el surgimiento de la necesidad de contar con otros discursos”.<sup>23</sup>

### **La reforma universitaria y la enseñanza tubular**<sup>24</sup>

El análisis de la enseñanza universitaria merece plantear reformas de fondo en la estructura o modificar las bases de una educación superior enajenante según coinciden diversos autores latinoamericanos. Se habla de una educación enajenante porque por medio de ella se reproducen formas de pensar fragmentadas con un marcado acento en la especialización, cada vez mas estrecha, donde el estilo docente dominante verbalista y pomposo, con poca investigación, siendo que está encaminada a resolver problemas concretos que afectan a las grandes mayorías del país, y donde paulatinamente los estudiantes y los profesores se van separando del resto de la sociedad, tanto de las clases sociales a las que pertenecen como de sus problemas.

Se suele reproducir el mito de que el trabajo intelectual debe ser recompensado mas que el manual, lo que determina que el alumno sienta sed de acumular conocimientos teóricos.

Esto se debe, sin lugar a dudas, como consecuencia de una tendencia histórica muy marcada y que tiene sus bases en lo que se denomina la *concepción tubular* de las licenciaturas universitarias, sumado a lo que P. Freire<sup>25</sup> ha conceptualizado como *educación bancaria*.

---

<sup>22</sup> En su libro “ La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”

<sup>23</sup> Abaron-Kussianovich “ El psicólogo y la práctica interdisciplinaria”

<sup>24</sup> Ornalla Navarro, Carlos, Ponencia Mx. 1981

<sup>25</sup> Freire, Paulo, Escritor, abogado y filósofo brasileño, creador del método de enseñanza para erradicar el analfabetismo difundido en gran parte de Latinoamérica, sobre todo dentro de las clases campesinas

Según Ornella Navarro , el “Hablar de *universidad napoleónica*, ilustra las características del modelo de educación dominante en los países latinoamericanos y sobre todo en nuestro país”.

El concepto hace referencia, al origen histórico de nuestras universidades. Cuando las sociedades latinoamericanas se independizaron de España, la influencia intelectual de la ilustración y el enciclopedismo franceses, así como la influencia de sus instituciones jurídicas y administrativas, se manifestó también en la esfera educativa. La antigua universidad pontificia dio paso a otra nueva, inspirada en el modelo instaurado por Napoleón en Francia<sup>26</sup>.

Bajo la influencia de la Revolución Industrial en Inglaterra, se evidencia una nueva clase social, la burguesía, originada con la Revolución Francesa en 1786, con la caída de las clases feudales y el auge del capitalismo como forma dominante de producción. La corriente educativa emergente pondera el empirismo y la razón basados en el saber.

En medio de grandes contradicciones, luchas partidistas e ideológicas, conquista la autonomía la universidad latinoamericana, a partir de la década de los cuarenta, e inicia su lenta pero creciente masificación. El resultado de todo esto y de las condiciones económicas y políticas que prevalecen en el país es que la universidad Argentina actual define sus propósitos en términos netamente positivistas de progreso y desarrollo. La ciencia se evalúa de acuerdo a los resultados que produce, definidos en congruencia con los conceptos de progreso y eficiencia. Este propósito es mas una posición ideológica que un objetivo real, ya que en la práctica esta universidad pone énfasis en los aspectos docentes en demérito de la investigación científica y social.

Esta última, se mira con desconfianza y hasta con cierto temor ya que invita a la reflexión y puede desviarse hacia posiciones críticas.

“Del mismo propósito emana una ciencia fragmentada de acuerdo a procedimientos validos en el pasado. Por eso la universidad napoleónica se caracteriza por un diseño curricular que pone el acento en asignaturas que se imparten en escuelas y facultades aisladas y más o menos independientes unas de otras.

---

<sup>26</sup> Concepto de Silva Michelena y Sonntag

Esto con un marcado acento en el tipo de conocimiento científicista. Estas son las bases sobre las que se levanta la concepción tubular de la enseñanza universitaria.

Es importante señalar que la universidad napoleónica también se caracteriza por un estilo de administración, fuertemente centralizado y paternalista, en el cual las decisiones de las autoridades se dan en función de lealtad mas o menos personales o de grupo.

La difusión de la cultura es sólo esporádica y en actividades de tipo tradicional. Los servicios de extensión, cuando los hay, se ofrecen en dos direcciones, una de asistencia paternalista a comunidades pobres, y la otra en facilitar recursos humanos a empresas capitalistas o del sector público. La visión del universo dominante en este tipo de universidad es el de un positivismo lleno de preceptos morales cargados de competitividad e individualismo.

En cuanto a la relación que existe entre los estudiantes y los profesores, asemeja a lo que Paulo Freire denomina educación bancaria. En este tipo de concepción, el eje de la relación entre ellos descansa en la palabra de los profesores y la memorización y repetición en los estudiantes. Nos dice Freire”: la narración, cuyo sujeto es el educador, conduce a los educandos a la memorización mecánica del contenido narrado. Mas aún, la narración los transforma en vasijas, en recipientes que deben ser llenados por el educador. Cuando más vaya llenando los recipientes con sus depósitos, tanto mejor educados serán. Cuanto más se dejen llenar dócilmente, tanto mejor educandos serán. En vez de comunicarse, el educador hace comunicados y depósitos que los educandos meras incidencias, reciben pacientemente, memorizan y repiten”.

Es interesante subrayar, que es la concepción bancaria, la educación dominante en nuestras universidades.

Este tipo de educación conduce a la concepción tubular de la enseñanza universitaria.

Cuando el estudiante termina su bachillerato e ingresa a la licenciatura, de inmediato entra en contacto con un currículo rígidamente estructurado que representa un fragmento del saber. Este currículo a su vez fraccionado en porciones menores del saber en clases y asignaturas, lo va encerrando en círculos estrechamente disciplinarios. Estos círculos, además, son cerrados.

Así mismo, el currículo está jerárquicamente y verticalmente estructurado, del primer semestre sigue el segundo, luego el tercero y así

sucesivamente hasta completar ocho o nueve semestres, que representan círculos disciplinarios uno encima de otro hasta formar un tubo vertical.

Una vez que ingresa el estudiante en éste tubo o licenciatura universitaria, no tiene otra alternativa que salir por arriba y convertirse en profesional si tiene éxito y acumula los méritos exigidos por la sociedad.

Pero, si por alguna razón, no puede ascender por el tubo, se precipita y sale por donde ingresó. Entra al aparato productivo, o a los servicios, o se incorpora al ejército de reserva de desempleados. En algunos casos, estos estudiantes ingresan a otro tubo con características similares aunque, con distintos contenidos. Tal es la concepción tubular de la enseñanza universitaria. La situación general de la universidad se agrava porque estos tubos además de no tener otras salidas casi tampoco tienen ventanas. Es cierto que hay estudiantes y profesores que logran romper estos tubos y abrir espacios grandes y pequeños por donde se asoman a otras disciplinas, pero es por iniciativa propia, por interés personal o de grupo y no porque la institución lo demande o siquiera lo permita.

Además, la masificación de la universidad no sólo se manifiesta en el creciente número de estudiantes sino en la multiplicación de tubos estrechamente disciplinarios, inflexibles e incommunicados unos con otros.

Ante ello, se reproducen formas de saber verbalistas y donde el énfasis se suele poner en la repetición de ideas, subordinadas a los conocimientos libresco con pocos trabajos prácticos en donde no se establece una relación profesor – sujeto, estudiante – objeto, con una falta absoluta de comunicación lo que se traduce en tubos disciplinarios.

“Si a esto se le agrega la incomunicación entre docencia e investigación, la situación se torna más precaria. La formación de investigadores mediante los post-gradados está reproduciendo también los vicios de las licenciaturas y cada post-grado tiende a convertirse en un tubo más pequeño y más estrecho. De lo que se deduce que hasta la actualidad no se ha sido capaz de encontrarse los vasos comunicantes entre las diferentes disciplinas ni las conexiones orgánicas entre la docencia y la investigación.”

El hecho de que formalmente se cumpla con las funciones que las leyes orgánicas de las universidades establecen es decir, reproducir el saber (docencia) denegar nuevos conocimientos ( investigación) y difundir los valores culturales no implica que exista comunicación entre estas funciones, y que su realización misma sea relevante para el desarrollo social del país. Así, la estrechez disciplinaria, el divorcio

entre investigación y docencia y la incomunicación entre las licenciaturas, son los rasgos distintivos de la enseñanza tubular universitaria en donde el proceso de la educación bancaria es el dominante.

Asimismo, la educación bancaria no sólo es la dominante en la universidad, sino en todo el sistema educativo y principalmente en los ciclos previos a la licenciatura, es decir, existen serios problemas tanto antes como después de la licenciatura. Esto reduce las posibilidades de una reforma radical.

### **La tendencia a la transformación**<sup>27</sup>: “La Ley Federal de Educación”

En 1985 y luego en 1988 se realizan en la Argentina el 1º y 2º Congreso Pedagógico Nacional, con la participación de delegados de las Provincias de la República. En él se propone como tema, principal el diagnóstico crítico de la realidad Argentina. Se pone de manifiesto la necesidad de producir transformaciones educativas para atender las demandas de la economía globalizadora, elevar la calidad y mejorar la eficacia y la equidad para adecuarla a la realidad latinoamericana.

Luego de numerosos proyectos, presentados ante el poder Legislativo, el mismo, sanciona en 1990 la Ley Federal de Educación ( Ley nº 24.195) contando con el consenso de la mayoría de la Cámara de diputados y todos los representantes políticos del Senado.

### **Características fundamentales de la Ley 24.195**<sup>28</sup>

- *Abarca todos los aspectos de la Educación:*
  - todos los niveles y regímenes especiales del Sistema Educativo
  - contenidos de la enseñanza
  - gobierno y administración de la Educación
  - profesionalidad de la función docente y directiva
  - financiamiento
- *Reafirma la responsabilidad del Estado en materia educativa:*
  - el Estado fija y controla la política educativa

---

<sup>27</sup> América Latina y Argentina en los '90: Mas Educación, menos trabajo igual más desigualdad. Daniel Filmus y Ana Miranda

<sup>28</sup> El Proceso de configuración de la actual reconversión universitaria. Norma Paviglianiti

- garantiza el acceso y la permanencia en el sistema a toda la población, asegurando la gratuidad de servicios y la igualdad de oportunidades

- para el nivel universitario estatal se sostiene el financiamiento principal del estado

- *Establece un sistema Federal y democrático para el Gobierno de la Educación.*
- *Fija pautas claras para el financiamiento de la educación.*
- *Propone un cambio profundo del sistema educativo para mejorar su calidad:*

- extensión a 10 años de escolaridad obligatoria y modificación de los niveles y ciclos ( nivel inicial pre- escolaridad y Educación General Básica ( E.G.B de 1º a 9º año) y Polimodal ( 1º a 3º año)

- evaluación permanente del sistema educativo

- renovación de los contenidos de la enseñanza

- reacción de la Red de Formación docente continua para lograr una capacitación sólida y amplia

- articulación con el mundo del trabajo y con la universidad

### **Bases filosóficas generales** <sup>29</sup>

Desde la teoría se establece que hay que educar para la participación. Así se propone una acción educativa verdaderamente axiológica, que se nutre y opera con valores que se presentan como directrices de una conducta plenamente humana.

La acción educativa tiene fundada su función liberadora. Si en la escuela no existe una propuesta que aborde el sentido de la existencia humana y de toda la realidad y sea ofrecida para su descubrimiento confrontación y verificación, el niño, el adolescente y el joven quedan abandonados a la pura reactividad y a merced de las más variadas manipulaciones.

En la transformación que propone la Ley Federal de educación, se determinan criterios y principios de formación integral, de fortalecimiento de la identidad cultural de la Nación de consolidación del sistema democrático, de igualdad de oportunidades, de vigencia de los derechos humanos, de reconocimiento de la dignidad de la persona humana y de valores objetivos y permanentes como guías de su realización.

---

<sup>29</sup> La Ley Federal de Educación y sus bases filosóficas. Ministerio de Educación y cultura. Subsecretaría de Educación

### **Lev de Educación Superior**<sup>30</sup> (Ley n° 24.521)

Promulgada por el Poder Ejecutivo Nacional bajo ley integral orgánica del nivel superior, universitarias o terciarias, nacionales, provinciales o municipales, tanto estatales o privadas considerando que todas forman parte del Sistema Educativo Nacional, reglamentado por la propia Ley 24.195.

Las grandes líneas políticas propuestas por el Ministerio de Cultura y Educación en materia universitaria se refieren a modificaciones en el régimen laboral, modificaciones en el financiamiento y gestión económico-financiera, como así plantea ciertas reformas en el orden académico.

### **La educación y el proceso de cambio social**

Una época histórica determinada está constituida por marcados valores con formas de ser o de comportarse que buscan la plenitud en una sociedad en constante cambio. Todo cambio implica transición y viceversa. No hay transición que no implique un punto de partida, un proceso y un punto de llegada. Todo mañana se genera de un ayer a través de un hoy. De modo que nuestro futuro se basa en el pasado y se corporifica en el presente. Hemos de saber lo que fuimos y lo que somos para saber lo que seremos<sup>31</sup>

La educación forma parte de la cultura de una sociedad que a través de los años evoluciona, adaptándose a las necesidades de un momento histórico particular. A consecuencia de ello, existen tres formas de sociedad característica que pueden identificarse.

### **Sociedad cerrada**

La sociedad cerrada latinoamericana fue una sociedad colonial. En algunas formas básicas de comportamiento se observa que en general, el punto de decisión económica de ésta sociedad está fuera de ella. Esta otra, es la sociedad matriz: España o Portugal, en nuestra realidad latinoamericana. Esta sociedad matriz es la que tiene opciones, en cambio las demás sociedades sólo reciben prescripciones.

---

<sup>30</sup> Ciudadano del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía. Adela Contina. De. Alianza.

<sup>31</sup> Freire, Paulo – EDUCACIÓN Y CAMBIO – Capítulo 1, Pág.28, Ed. Búsqueda, 4º edición, Buenos Aires, Abril 1987

Así es posible hablar de sociedad sujeto y sociedad objeto. Esta última, obra necesariamente en su comportamiento como un satélite comandado por su punto de decisión: es una sociedad periférica y no reflexiva.

El punto de decisión o sociedad matriz se fortifica y busca en la otra sociedad la materia prima y la transforma en productos manufacturados que vende a las mismas sociedades objeto. El costo, la importación, la exportación, el precio, etc, son determinados por la sociedad sujeto. No le cabe a la sociedad controlada decidir. No suele haber mercado interno en ella y su economía crece hacia afuera.

El mercado es externo a la sociedad objeto y tiene características cíclicas (madera, azúcar, etc.) Esta sociedad es predatoria y con características de pueblo masa. No suele ser una entidad participante.

En estas sociedades se instala una elite que gobierna según los dictámenes de la sociedad directriz. Estas elites prescriben a las masas las determinaciones. Estas masas están bajo el proceso histórico. Su participación en la historia es indirecta. no dejan huellas como sujetos, sino como objetos.

La organización misma de éstas sociedades se estructura en forma rígida. No hay movilidad vertical ascendente: un hijo de zapatero difícilmente puede llegar a ser profesional universitario. Tampoco hay movilidad descendente: un hijo de un profesional universitario no puede llegar a ser zapatero, por prejuicios de su padre.

De modo que cada uno sigue en su status. Este se gana generalmente por herencia y no por valor o capacidad. La sociedad cerrada se caracteriza por la conservación del status o privilegio y por desarrollar todo un sistema educacional para mantener este status. Estas sociedades no son tecnológicas, son serviles. Hay una dicotomía entre el trabajo manual y el intelectual. En ésta sociedad el trabajo intelectual es más digno. Por eso, las escuelas técnicas se llenan de hijos del pueblo y no de los de la elite.<sup>32</sup>

También se caracterizan por el gran número de analfabetos y el desinterés por la educación básica de los adultos.

---

<sup>32</sup> En éste sentido Antonio Faundez supone que el problema de la educación y más específicamente el enseñar, se relaciona a opciones políticas bien determinadas en un mundo jerárquico en el que los que detentan el poder, detentan el saber, siendo que al profesor, la sociedad le ofrece una parte del saber y del poder. "Hacia una pedagogía de la pregunta"

### *Sociedad alienada*

Cuando el ser humano pretende imitar a otro ya no es él mismo. Así también la imitación servil de otras culturas produce una sociedad alienada o sociedad objeto. La sociedad alienada no tiene conciencia de su propio existir. Un profesional alienado tiene un pensar poco comprometido consigo mismo, no admira la realidad con criterio personal sino con óptica ajena. Por eso vive a través de una realidad imaginaria y no su propia realidad objetiva. Vive a través de la visión de otro país. Se vive Estados Unidos, o Europa, pero no se vive Chile, Perú, Guatemala o Argentina.

El ser alienado no busca un mundo auténtico. Esto provoca una nostalgia: añora otro país y lamenta haber nacido en el suyo. Tiene vergüenza de su realidad. Vive en otro país y trata de imitarlo y se cree culto mientras menos nativo es. Como el pensar alienado no es auténtico tampoco se traduce en una acción concreta.

Hay que partir de nuestras posibilidades para ser más uno mismo. El error no está en la imitación o en la falta de análisis o autocrítica.

Se cree que ser grande en imitar los valores de otras naciones. Sin embargo, la grandeza se expresa a través de la propia vocación nativa.

Otra característica de alienación es la preferencia de los técnicos o profesionales extranjeros con menos precio de los nacionales.

La sociedad alienada no se conoce, es inmadura, tiene comportamiento ejemplista: trata de conocer la realidad por diagnósticos extranjeros.

Los dirigentes solucionan los problemas con fórmulas que han dado resultado en el extranjero. Hacen importación de problemas y soluciones. No hacen la realidad nativa.

Antes de admitir soluciones extranjeras, habría que preguntarse cuáles eran las condiciones y características que motivaron esos problemas.

Los técnicos extranjeros, según lo concebido por esta sociedad, llegan a soluciones fabulosas, fuera de los prejuicios, que no corresponden a nuestra idiosincrasia.

Las soluciones importadas deberían ser reducidas sociológicamente, es decir estudiadas e integradas en un contexto nativo; criticadas y adaptadas, recreadas, dando lugar a la desalienación.

Generalmente las elites culpan al pueblo de ser flojo o incapaz y por ello las soluciones no resultaron las políticas implementadas por sus dirigentes suelen fracasar

dada la ingenuidad de pensar en que la simple importación de soluciones salvará al pueblo.

### **Sociedad de transición**

La sociedad cerrada cuando sufre presión de determinados factores externos se triza, convirtiéndose en una sociedad que comienza con el proceso de desalineación, con la consecuente aparición de nuevos valores.

Demanda la participación popular en los grupos de poder, está en una posición progresista procurando una nueva escala de valores.

Hay una serie de fenómenos sociológicos que tienen que ver con el papel del educador. En esta etapa de la sociedad hay masas populares espectadoras. Comienza un proceso llamado democratización fundamental. Es un creciente ímpetu por participar. Las masas populares comienzan a buscarse y a buscar su proceso histórico.

Las masas descubren en la educación un canal para un nuevo status, demandando mas escuelas. Comienzan a tener apetencia por el saber que antes no tenían, descubriendo que la educación les abre nuevas perspectivas.

La exigencia por parte del pueblo crece, haciendo que la elite de la sociedad cree instituciones de asistencia social con un tono paternalista, que según Paulo Freire “es una forma de colonialismo, tratando como niños a las masas para que sigan siendo niños”. De esta forma mantienen su poder sin brindar opciones en la toma de decisión por parte del pueblo.

### **El proceso educativo y la sociedad latinoamericana**

Las sociedades latinoamericanas, comienzan a inscribirse en este proceso de apertura, unas más que otras, pero la educación todavía deja vislumbrar la tendencia vertical. El docente todavía es el que explica y el alumno es quien debe escuchar. Imita el modelo de conciencia bancaria. El educando recibe pasivamente los conocimientos y es un depósito que hace el educador. Se educa para archivar lo que se deposita, perdiéndose poco a poco la capacidad de crear, siendo que ésta es la esencia del hombre de acción.

La conciencia bancaria piensa que mientras más se da, mas se sabe, restando estímulo a la reacción y la transformación por parte del alumno. Por otra parte, el docente no busca mayor conocimiento ya que no es desafiado por alumnos<sup>33</sup>

En contra posición a esta concepción, abalamos la idea de que ninguna acción educativa puede prescindir de una reflexión sobre el hombre y de un análisis sobre sus condiciones culturales.

“ Si la vocación ontológica del hombre es la de ser sujeto y no objeto, sólo podrá desarrollarla en la medida en que, reflexionando sobre sus condiciones témporo espaciales, se inserte entre ellas, críticamente. Cuanto más sea llevado a reflexionar sobre su situacionalidad, sobre su enraizamiento tempo-espacial, más emergerá de ella concientemente cargado de compromiso con su realidad, en la cual, porque es sujeto, no debe ser mero espectador, sino que debe intervenir cada vez más.”<sup>34</sup>

Lo que podríamos hacer, entonces, sería como dice Paul Legrand: “ ayudar al hombre a organizar reflexivamente el pensamiento. Colocar, un término nuevo entre el comprender y el actuar: el pensar. Haberle sentir que es capaz de superar la vía predominantemente reflexiva.”

Si esto se hiciera, estaríamos llevándolo a sustituir la captación mágica por una captación cada vez más crítica y así, ayudándolo a asumir formas de acción también críticas, identificadas con el clima de la transición. Respondiendo a las exigencias de la democratización fundamental, insertándose en el proceso histórico, lo que dará por resultado su renuncia al papel de mero objeto y su exigencia de ser lo que es por vocación: sujeto.

---

<sup>33</sup> Dice Paulo Freire en su libro “ Hacia una Pedagogía de la pregunta”, donde traduce sus conversaciones con Antonio Faundez, que cuando nos confrontamos con la certeza ideologizada, según el cual el estudiante existe para aprender y el profesor para enseñar, esta sombra es tan fuerte, tan pesada, que el profesor difícilmente percibe que, al enseñar, él también aprende, primero, porque enseña, es decir, es el propio proceso de enseñar que le enseña a enseñar. Segundo, él aprende con aquel a quien enseña, no tan sólo porque se prepara para enseñar, más también porque revisa su saber en la búsqueda del saber que el estudiante hace. Siempre he insistido, en trabajos antiguos y recientes, que las inquietudes, las dudas, la curiosidad de los estudiantes, deben ser tomadas por el profesor como desafíos hacia él. En verdad, la reflexión sobre todo esto es iluminadora y enriquecedora tanto para el profesor como para el alumno. Continúa diciendo... “ la curiosidad del estudiante, a veces, puede conmover la certeza del profesor. Por ésto es que, al limitar la curiosidad del alumno, el profesor autoritario está también limitando la suya. Muchas veces, la pregunta que el alumno hace sobre el tema, puede brindarle al profesor un ángulo distinto, el cual le será posible profundizar mas tarde en la reflexión más crítica. Podría pensarse que el educador autoritario tiene más miedo a la respuesta que a la pregunta. Teme a la pregunta por la respuesta que debe dar.”

<sup>34</sup> Freire Paulo - Educación y cambio- captítulo 4, pg.61

La primera condición para que un ser pueda ejercer un acto comprometido está en que éste sea capaz de actuar y reflexionar.<sup>35</sup>

### **La importancia de pensar científicamente**<sup>36</sup>

El conocimiento de la esencia y las etapas del método científico constituyen una obligación para quienes se desempeñan en las actividades de salud<sup>37</sup>

Es habitual leer en trabajos de salud pública que tanto el método estadístico como el epidemiológico no son sino el método científico aplicado a un campo particular, y lo mismo sucede con respecto a la administración, en la cual la introducción de racionalidad fue calificada hace ya muchos años como administración científica.

Amén de ello, la propia formación médica de quienes constituyen el grueso del grupo conductor de las actividades de salud los impulsa y los obliga naturalmente a manejarse con criterio científico o para utilizar una expresión común, deben habituarse a pensar científicamente.

Sin embargo, en la formación médica clásica, el conocimiento del método científico se produce, en el mejor de los casos, por absorción implícita a través del estudio de las distintas asignaturas, sin un enfoque formal del mismo, recibiendo en general los alumnos, el contenido de programas mediante los cuales se les informa e instruye sobre lo que la ciencia sabe, aunque tienen pocas oportunidades de aprender la forma como se adquirió dicho conocimiento. En ésta formación tradicional, además, pocas veces se les advierte sobre todo lo que se ignora y de la necesidad de avanzar sobre los puntos oscuros y no definidos, mediante nuevas adquisiciones. El resultado es muchas veces, y no es infrecuente advertirlo, una errada convicción de suficiencia basada en concepciones parciales y unilaterales del tipo mecanicista, que lleva a esperar soluciones sin un análisis profundo y sin desarrollar la capacidad de discriminación.

La presión de una idea determinada, a la que juzga definitivamente verdadera, no le permite percibir ni aceptar otras ideas y sensaciones que las que se justifican a la que

---

<sup>35</sup> Es exactamente esta capacidad de actuar, operar de transformar la realidad de acuerdo con finalidades propuestas por el hombre, a que está asociado su capacidad de reflexionar, la que lo hace un ser de la praxis

<sup>36</sup> Abraham Sonis y Alfredo Rabinovich, Medicina Sanitaria, cap 10

<sup>37</sup> Asti Vera, R. Metodología de la investigación. De. Kapeluz. Bs.As. 1968.

se ha constituido en dominante, o bien si las percibe las combate o anula porque las considera o influye peligrosas para el sistema de ideas con que se maneja.

De ahí la existencia frecuente de conjuntos coherentes de ideas, presuntamente valederos pero cerrados, exclusivos, intolerantes y sin posibilidades de evolución en el sentido que el pensamiento científico exige.

Una exposición formal sobre el método científico es materia especializada que exige un tratamiento que está más allá de un texto de salud pública, y gran parte de su filosofía y de sus características se ha hecho explícita a través de diversos capítulos, por lo cual, más que hacer una exposición formal, es importante enfatizar la relevancia del pensamiento científico en la sociedad actual y llamar la atención sobre la necesidad que reviste el pensar científicamente, así como dar, en cierta medida, la dimensión real del método científico.

La tremenda acumulación científica, cada vez más acelerada, más acuciante e inductora de un mayor saber técnico, está ejerciendo una presión directa sobre la propia existencia cotidiana. La ciencia es la que ha permitido, en algunos aspectos, extender la vida media, y se cuenta con el saber para atenuar y disminuir las angustias y satisfacer anhelos. El proceso técnico está elevando el nivel de vida de variadas maneras y de algún modo el pensamiento<sup>38</sup> humano ubica o concede mayor importancia a la ciencia experimental.

El hombre, está impulsado a comprender y a incorporar, por necesidad, las pautas y normas de la ciencia.

El hecho suficientemente conocido de que el desarrollo económico y social depende en gran parte de los conocimientos científicos y técnicos hace necesario, un mayor dominio científico y crea e impulsa una apetencia universal de más conocimientos.

Pese a que el hombre actual, sobre todo aquel que tiene un papel que desempeñar en los progresos científicos, conoce en forma general la necesidad de participar activamente en el desarrollo del saber al ritmo que éste requiere, todavía se reflexiona escasamente sobre los principios que fundamentan la metodología para ello y la relación con distintas ciencias de la salud.

La ciencia y la vida no son ámbitos separados, el método científico no es una técnica reservada para especialistas, por el contrario, constituye un medio fácil y seguro que cualquier hombre puede utilizar para llegar a un conocimiento más cabal del mundo

---

<sup>38</sup> Bunje, N. La ciencia, su método y su filosofía. Ediciones Siglo XX, Bs. As. 1966.

circundante, adaptarse mejor a las cosas y perfeccionar el dominio de la naturaleza, no sólo en interés de la sociedad, sino también para beneficio de cada uno de sus integrantes, reduciendo o eliminando problemas de toda índole.

Si deseamos manejarnos con hechos y no con opiniones, es necesario proceder metódicamente ya que suponer sin pruebas la existencia de un conocimiento cierto y de técnicas aportan a resolver fenómenos o problemas sin el aval de las probanzas es mejor la racionalidad fundamental del saber científico.

### **El médico: consecuencia o causa de enfermedad**

Durante las tres pasadas generaciones, las enfermedades que padecen las sociedades occidentales han sufrido grandes cambios. La poliomielitis y la difteria están desapareciendo, una sola dosis de un antibiótico suele curar la neumonía o la sífilis, y se ha llegado a controlar tantas causas de defunción masiva, que actualmente dos tercios de todas las muertes se relacionan con las enfermedades de la vejez. Los que mueren jóvenes son en la mayoría de los casos víctimas de accidentes, violencia o suicidio.

Por lo general, éstos cambios en el estado de salud se identifican con una disminución del sufrimiento y se atribuyen a una mayor o menos asistencia médica. Pero no existe evidencia alguna que evidencie la relación directa entre la mutación de la enfermedad y el progreso de la medicina.<sup>39</sup>

Mas aún, una proporción creciente de la nueva carga de las enfermedades de los últimos años es el resultado de la intervención médica a favor de personas que están enfermas, o podrían enfermarse, lo que se conoce como origen iatrogénico.<sup>40</sup>

Durante el último siglo los médicos no han influido sobre las epidemias más profundamente que los sacerdotes en tiempos anteriores. Las epidemias han llegado y se han ido bajo las imprecaciones de ambos pero sin ser afectadas por éstas.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Illich Ivan, Némesis médica- “ Los cambios son variables dependientes de transformaciones políticas y tecnológicas que a su vez se reflejan en los actos y las palabras de los médicos, no tienen relación significativa con las actividades que requieren la preparación, el rango social y el costoso equipo de que se enorgullecen las profesiones de la salud.

<sup>40</sup> Entendiendo a éste término a todas las enfermedades o efectos secundarios de éstas que se producen con motivo de la intervención médica o según Ivan Illich “ comprende todos los estados clínicas en los cuales, los remedios, los médicos o los hospitales son los agentes patógenos o enfermantes”.

<sup>41</sup> Las afecciones que predominaron al iniciarse la edad industrial ilustran cómo la medicina logró su inserción. La tuberculosis, alcanzó una cima a lo largo de dos generaciones. En 1812, se calculó que la mortalidad en Nueva York sobrepasaba la proporción de 700 por 10.000, en 1882, cuando Koch aisló y cultivó por primera vez el bacilo, había declinado a 370 por 10.000. La tasa había disminuido a 180

Por otra parte, si bien la aparición de los antibióticos han marcado gran trascendencia en la disminución de las enfermedades infecciosas, éste receso además debe atribuirse en gran medida, al mejoramiento de la vivienda y a una disminución de la virulencia de los microorganismos, pero con mucho el factor más importante fue una mayor resistencia del huésped al mejorar la nutrición.

Actualmente en los países subdesarrollados, la diarrea y las infecciones de las vías respiratorias se registraron mas frecuente, duran más tiempo y provocan más alta mortalidad cuando la nutrición es mala, independientemente de que se disponga de mucha o poca asistencia médica.

En los países desarrollados, las enfermedades de la civilización<sup>42</sup> ocupan el primer lugar frente a las epidemias modernas: cardiopatías coronarias, enfisema, bronquitis, obesidad, hipertensión, cáncer (sobre todo pulmonar), artritis, diabetes y desórdenes mentales (depresiones) a causa del sedentarismo, hábito de fumar, acompañados de desórdenes alimentarios e ingestión de alimentos altos en contenido graso, y por sobre todo el stress.

No puede acreditarse que el ejercicio profesional de los médicos la eliminación de antiguas formas de mortalidad o morbilidad, ni tampoco se les puede adjudicar la mayor expectativa de vida que transcurre sufriendo las nuevas enfermedades.

Durante más de un siglo, el análisis de las tendencias patológicas ha mostrado que el ambiente es el determinante primordial del estado de salud general de cualquier población. “ La geografía médica, la historia de las enfermedades, la antropología médica y la historia social de las actitudes hacia la enfermedad han demostrado que la alimentación, el agua y el aire, en correlación con el nivel de igualdad socio-política y con los mecanismos culturales que hacen posible mantener la estabilidad de la

---

cuando se abrió el primer sanatorio en 1910, aunque la tesis ocupaba todavía el segundo lugar en los cuadros de mortalidad. Después de la segunda guerra mundial, pero antes de que el uso del antibiótico se convirtiera en rutina, había descendido al undécimo lugar con una tasa de cuarenta y ocho. De manera análoga, el cólera, la disentería y la fiebre tifoidea alcanzaron un máximo y luego disminuyeron independientemente del control médico.

Cuando se llegó a comprender su etiología y su terapia se hizo específica, estas enfermedades ya habían perdido gran parte de su virulencia y con ella su importancia social. La tasa combinada de mortalidad por escarlatina, difteria, tos ferrina y sarampión en niños menores de quince años, muestra que casi el 90 % de la disminución total de la mortalidad desde 1860 hasta 1965 se había registrado antes de la introducción de los antibióticos y de la inmunización generalizada. Némesis Médica Ivan Illich, Pag.24, 25

<sup>42</sup> Término que se asigna a las enfermedades marcadas por el ritmo del progreso tecnológico, que día a día, aumentan la tensión del hombre en pro de lograr nuevas metas que no siempre pueden ser cumplidas, provocando angustias muchas de las cuales se somatizan en enfermedades que pueden provocar la muerte.

población. Juegan un papel decisivo en determinar cuán saludables se sienten las personas mayores y qué edad tienden a morir los adultos.”<sup>43</sup>

Por otra parte, el hecho de que haya más médicos donde ciertas enfermedades abundan, tiene poco que ver con su capacidad para controlarlas o eliminarlas, sino que los médicos generalmente se desplazan a los lugares donde pueden ser asistidos por la tecnología, donde generalmente la gente tiene trabajo y puede pagar sus servicios.

Respecto, al presupuesto que se destina a los gastos médicos actuales, en rápido aumento, se utilizan en su mayoría a diagnósticos y tratamientos cuya eficacia suele ser dudosa. Pero la más alta inversión es la que se realiza en medicamentos, los cuales no sólo han aumentado su poder y los efectos secundarios que producen sino que se eleva su difusión y empleo. Por ejemplo, cada 24 a 36 horas, del 50 al 80% de los adultos en los Estados Unidos y Reino Unido ingiere un producto químico por prescripción médica. Algunos toman un medicamento equivocado, otros reciben parte de un lote envejecido o contaminado, y otros mas, una falsificación, algunos ingieren varios medicamentos en combinaciones peligrosas.

Ciertos medicamentos forman hábitos, otros son mutilantes y otros mutágenos, aunque quizás sólo en combinación con colorantes de alimentos o insecticidas.<sup>44</sup>

Con la transformación del médico de un artesano que ejerce una habilidad en individuos a quienes conoce personalmente, en un técnico que aplica normas científicas a toda clase de pacientes, el mal ejercicio profesional adquirió un rango anónimo. Lo que anteriormente se consideraba abuso de confianza y falta de moral puede ahora atribuirse racionalmente a la falla ocasional de equipo y operadores<sup>45</sup>.

Los hospitales universitarios son relativamente más patógenos, produciendo muchas enfermedades. Esta comprobado que uno de cada cinco pacientes internados en un hospital para investigación adquiere una enfermedad iatrogénica<sup>46</sup>, algunas veces

---

<sup>43</sup> Némesis médica- Ivan Illich pag.27-29

<sup>44</sup>En algunos pacientes, los antibióticos alteran la flora bacteriana normal e inducen una súper infección, permitiendo a organismos más resistentes proliferar e invadir al huésped. Otros medicamentos contribuyen a criar cepas de bacterias resistentes.

<sup>45</sup> Némesis Médica-Ivan Illich “ En un hospital tecnológico complejo, la negligencia pasa a ser un error humano aleatorio, la actitud encallecida se convierte en desapego científico y la incompetencia se transforma en falta de equipo especializado. La despersonalización del diagnóstico y la terapéutica hace que el ejercicio profesional impropio deje de ser un problema ético y se convierta en problema técnico.

<sup>46</sup> Ivan Illich distingue en el término iatrogénesis tres tipos de ellas, nombra a la iatrogénesis clínica que incluye no sólo el daño que los médicos influyen con intención de curar al paciente o de explorarlo sino también aquellos otros perjuicios que resultan de los intentos del médico por protegerse contra un posible juicio por mal ejercicio profesional; la iatrogénesis social que equivale al manifiesto por una población donde el síntoma principal es la sobremedicalización y en la cual la característica desollante es la

trivial que por lo común conduce a la muerte. La mitad de esos casos resulta de complicaciones del tratamiento medicamentoso, uno de cada diez provienen de procedimientos diagnósticos.

Cuando la autonomía profesional degenera en monopolio radical y la gente se vuelve importante para enfrentarse con su ambiente, la sobre medicación pasa a ser el producto principal de la organización médica.

Así los monopolios médicos violan la libertad y la independencia, imponen en toda la sociedad la sustitución de valores de uso por mercancías, donde el control social de la población por parte del sistema médico se erige como actividad económica primordial.

La medicina es una empresa moral y por ello da inevitablemente contenido al bien y al mal. En cada sociedad, la medicina, como la ley y la religión, define lo que es normal, propio o deseable. La medicina tiene autoridad para catalogar como enfermedad genuina la dolencia de alguien, para declarar enfermo a otro aunque éste no se queje y para rehusar a un tercero el reconocimiento social de su dolor, su incapacidad e incluso su muerte.

Si analizamos las inversiones económicas que giran en torno a la salud, podremos notar que la proporción de la riqueza nacional que se canaliza hacia los médicos y se gasta bajo su control varía de un país a otro y abarca de un décimo a un vigésimo de todos los fondos disponibles. Pero los gastos en salud del ciudadano tipo en los países pobres, no son proporcionales al ingreso medio per cápita del país. La mayor parte de la gente no recibe absolutamente nada. Con la sola excepción del dinero destinado al tratamiento de los suministros de agua, el 90% de todos los fondos que en los países en desarrollo se destinan en salud no se gasta en salubridad sino en el tratamiento de los enfermos. Entre el 70 y el 80 % de todo el presupuesto de salud pública sirve para la cura y la asistencia de individuos y no para servicios públicos de salud.<sup>47</sup>

---

expropiación de la salud, y por último la iatrogénesis cultural cuando la gente acepta la manipulación de la salud planeada a partir de un modelo mecánico y cuando se conspira con la intención de producir algo llamado mejor salud como si fuera un artículo de consumo.

<sup>47</sup> Según Illich: “Todas las políticas de salud, no importa de qué país se trate, tienen como objetivo recalcar la distribución de servicios de reparación y mantenimiento para el componente humano de la mega máquina” Némesis Médica, Pág.84-85.

Donde quiera que los fondos públicos se utilicen para financiar tratamientos por encima del costo crítico, el sistema de asistencia médica actúa inevitablemente como un conducto para la transferencia neta de poder médico, el cual pasa de una mayoría que paga los impuestos a unos pocos individuos seleccionados a causa de su dinero, educación o lazos familiares

## **La invasión farmacéutica**

No se necesitan médicos para medicalizar los remedios de una sociedad. Incluso sin demasiados hospitales y escuelas de medicina, una cultura puede ser presa de una invasión farmacéutica.<sup>48</sup> Hoy los medicamentos son más abundantes, más poderosos y más peligrosos, se venden por televisión y por radio, y en muchos casos de remedios de venta masiva el prospecto ha sido sustituido por una nota que dice “ por prescripción médica”. La advertencia de consultar al médico hace pensar al cliente, el médico es infalible a la hora de recetar un fármaco y que él mismo es incapaz de cuidarse por sí mismo.

El consumo excesivo de drogas médicas no se limita a zonas donde la gente es pobre. En los Estados Unidos, el volumen del negocio de medicamentos se ha multiplicado por un factor de 100 durante el siglo pasado: 20.000 toneladas de aspirinas se consumen cada año, casi 225 tabletas por persona. En Inglaterra, una de cada diez noches de sueño es inducida por un medicamento hipnótico y el 19 % de las mujeres y el 9% de los hombres toman por prescripción un tranquilizante. La dependencia respecto de los tranquilizantes recetados ha aumentado en un 29 % desde 1962.

Podría culparse a las firmas farmacéuticas multinacionales del aumento en el abuso de prescripciones médicas ya que sus ganancias son altas y su control sobre mercado es absoluto. Durante años las ganancias de la industria farmacéutica han dejado atrás a las de todas las otras industrias manufactureras enlistadas en la Bolsa de Valores. Los precios de los medicamentos están controlados y manipulados.

Como mercancías, los medicamentos recetados se comportan en forma diferente de casi todos los otros artículos: son productos que el consumidor directo rara vez selecciona para sí mismo. Los esfuerzos comerciales del productor se dirigen al consumidor instrumental, el médico que receta el producto pero no lo paga<sup>49</sup>.

---

<sup>48</sup> Un sólo médico de América Latina, También estadista, trató de limitar radicalmente la invasión farmacéutica. Durante su breve desempeño como presidente de Chile, el Dr. Salvador Allende, movilizó con éxito a los pobres para identificar sus propias necesidades en cuestión de salud y con mucho menos éxito compelió a la profesión médica a servir las necesidades básicas mas que lucrativas. Propuso la prohibición de los medicamentos que no hubiesen sido probados en clientes en Norteamérica o Europa durante todo el tiempo cubierto por la protección de la patente. Es de notarse que, menos de una semana después de que la junta militar chilena tomó poder el 11 de Septiembre de 1973, muchos de los más activos proponentes de una medicina chilena basada en la acción de la comunidad más que en la importación y el consumo de medicamentos habían sido asesinados.

<sup>49</sup> “ Para promover el VALIUM, Hoffman - La Roche gastó 200 millones de dólares en diez años y comisionó a unos doscientos médicos por año para que escribieran artículos científicos acerca de sus propiedades. En 1973, la industria farmacéutica en pleno gastó un promedio de 4500 dólares en cada

En todos los países, los médicos trabajan cada vez más con dos grupos de adictos: aquellos para los que recetan medicamentos, y aquellos que sufren las consecuencias. Cuanto más rica es la colectividad, mayor es el porcentaje de sus pacientes que pertenecen a ambos grupos.

Por otra parte, día a día, aparecen nuevos fármacos con diferentes sustancias, pero hasta ahora, las considerables investigaciones, no han dado motivo alguno para suponer que los medicamentos expendidos en los países del primer mundo y sobre todo en Estados Unidos, bajo su nombre genérico sean menos eficaces que sus contrapartes de marcas registradas, que cuestan de tres a quince veces más.

De ésta manera quedaría pendiente apelar a la crítica del monopolio profesional y del cientificismo en el cuidado de la salud que prevalecen en todas las variaciones organizadas para altos niveles de industrialización, en el que el saneamiento de la medicina es parte intrínseca de la inversión socioeconómica de algunos grupos de poder altamente tecnificados.

### **La medicina como producto de la mega máquina**

En la sociedad tan intensamente industrializada, la gente está condicionada para obtener las cosas más que para hacerlas, se le entrena para valorar lo que puede compararse más que lo que ella misma puede crear. Quiere ser enseñada, transportada, tratada o guiada en lugar de aprender, moverse, curar y hallar su propio camino.

Curar deja de considerarse la tarea del enfermo. Se convierte primero, en el deber de los reparadores de cuerpos individuales y después cambia de un servicio personal a ser el producto de una agencia anónima. En el proceso, la sociedad se reacomoda para bien del sistema de asistencia a la salud y hace cada vez más difícil cuidar la salud propia.

Las escuelas producen educación, los vehículos de motor producen la locomoción y la medicina produce asistencia médica. Estos productos de consumo general tienen todas las características de mercancías a base del predominio del capital, los servicios producidos están planeados para otros, no con los otros ni para el productor.

---

médico en funciones, para promoción y difusión como así publicidad, mas o menos equivalente del costo de un año en la escuela de la medicina, en el mismo año, la industria contribuyó en menos del 3% al presupuesto de las escuelas médicas norteamericanas.” Némesis Médica- Ivan Illich, Pag.99

Los más dañados por la institucionalización productiva no son los más pobres en términos monetarios. Las víctimas típicas de la despersonalización de valores son los que no tienen poder en un medio creado para los enriquecidos industrialmente.

La invasión de los países subdesarrollados por nuevos instrumentos de producción organizados con miras a la eficacia financiera más que a la eficacia local y al control profesional antes que lego, descalifica inevitablemente la tradición y el aprendizaje autónomo y crea la necesidad de una terapéutica proveniente de maestros, médicos y trabajadores sociales.

Cuando la percepción de las necesidades personales es el resultado del diagnóstico profesional, la dependencia se convierte en una incapacidad dolorosa. Los ancianos son ejemplo de lo que la sociedad ha promovido como sufrimiento por la privación a alto costo. Habiendo aprendido a identificar la vejez con la enfermedad, han desarrollado necesidades económicas con el fin de pagar interminables tratamientos, muchos de ellos ineficaces, que no hacen más que prolongar los últimos años de vida bajo la supervisión médica.

## **Métodos y Procedimientos**

### **La temática central**

La formación universitaria del profesional de la salud entendiéndose a médicos y kinesiólogos, en relación con el perfil socio-cultural que la comunidad demanda y sus implicancias en el trabajo interdisciplinario

### **Objetivos:**

- Analizar la formación académica del médico tanto como la del kinesiólogo ahondarán en objetivos específicos establecidos, a saber:
- Conocer la formación del médico y kinesiólogo que determinan sus perfiles profesionales
- Indagar sobre las posibles barreras que interfieren en el óptimo accionar interdisciplinario entre médicos y kinesiólogos
- Favorecer el trabajo interdisciplinario entre ambos profesionales de la salud

### **Hipótesis:**

La presente investigación se plantea cuatro hipótesis, las cuales dejan vislumbrar lo que la práctica estudiantil de los alumnos de los últimos años de la carrera de licenciatura en kinesiología y fisioterapia, inmersos en los servicios públicos y privados de salud de la ciudad, han permitido evaluar y considerar sin parámetros objetivos. En éste sentido se permitirá ir construyendo el objeto de estudio, no sólo en referencia a términos metodológicos, interpretados a través de la teoría bibliográfica, sino además, decodificando y solidificando las estructuras del conocimiento empírico que ofrece el trabajo de campo.

- Para las otras ciencias de la salud, el médico actual se ubica en un orden de prioridad y/o autoridad jerárquica dejando vislumbrar el poder hegemónico médico.
- El médico posee escasos conocimientos de las incumbencias de la kinesiología debido a falencias en su formación académica.

- La falta de profundos conocimientos del médico sobre el proceso de tratamiento-rehabilitación, lo lleva a transgredir los límites entre su accionar y el campo de la rehabilitación dentro del enfoque kinésico.
- Los intereses económicos que giran en torno al campo de la salud, desvirtúan el perfil médico propuesto, haciendo que éste centre su mirada en un accionar meramente reparador.

### **Tipo de estudio:**

El presente trabajo constituye una investigación de campo, ya que el objeto de estudio aborda al profesional médico en el ejercicio actual de la profesión, a la vez que para ello se requirió del uso de material bibliográfico (libros de texto, revistas, publicaciones, etc.), dando lugar a la confección de un diseño de tipo de encuesta de carácter cualitativo para la obtención de datos más concretos y acorde a la problemática planteada.

### **Población y muestra:**

El modelo de entrevista comprenderá un cuestionario de siete preguntas para el grupo no docente y dos interrogantes agregados para los médicos y kinesiólogos docentes, siendo que las mismas no diferirán entre cada entrevistado. Para mayor ilustración se adjunta al presente una copia del modelo de cuestionario al que se hace referencia en ANEXOS.

### **Área de estudio:**

Se realizará en la Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario-Facultad de Medicina. Ovidio Lagos 944 te: 43.456.512

## **Desarrollo (Resultados y Comentarios)**

Dado que el presente trabajo constituye una investigación de campo, por el que se aborda el estudio del profesional de la salud en el ejercicio actual de la profesión, se ha permitido asignar tres categorías, para el mejor ordenamiento de los datos, como así la mayor ilustración de los mismos. El análisis de éstos tratará de responder a la problemática planteada:

- 1- Examen de los Planes de Estudio que ofrece la U.A.I. para las carreras de Medicina y Lic. Kinesiología y Fisiatría.
- 2- Estudio de las observaciones llevadas a cabo en las clases teórico - prácticas de ambas carreras
- 3- Análisis de las Entrevistas efectuadas a docentes en Medicina y Kinesiología de la U.A.I.

## **Planes de Estudio de la Carrera de Medicina y Kinesiología**

Es de considerar que en ambas carreras existen semejanzas que muestran los rasgos característicos entre los profesionales de la salud.

En primer lugar, existe una fuerte tendencia a la gran carga horaria en ambas carreras que insumen en el alumno gran disponibilidad de su tiempo no sólo en el cursado de las clases teóricas, sino además en las prácticas hospitalarias, las cuales por lo general, se distribuyen a contra turno, y en las que el alumno se ve obligado a desplazarse desde las zonas céntricas de la ciudad a la periferia de Rosario. A consecuencia de lo cual el estudiante estructura sus días de facultad en el cursado de materias teórico- prácticas y estudio. Si a esto le sumamos el gran número de materias que se evidencian en 46 para Medicina y 30 para Kinesiología, cada una con sus respectivos exámenes, ya sean parciales, trabajos prácticos y exámenes finales, se podría observar que el estudiante tiene muy poco tiempo para reflexionar en el sistema tubular en el que se halla inmerso.

En segundo término, pueden distinguirse a simple vista cuatro tipos de categorías de materias en cuanto a sus contenidos, las que ponen énfasis en acentuar la tendencia bióloga o reparadora, aquellas que hacen a la condición humanística, sociológica o de interdisciplinariedad, y las de origen técnico-lingüístico (idiomas e informática) además de la práctica propiamente dicha en la que el estudiante se pone en contacto con la verdadera problemática social, cultural y económica y en la que debe

aunar tanto conocimientos bibliográficos como la experiencia que le ofrece el docente o auxiliar en la especialidad conjuntamente con el paciente.

En ambas carreras existe una fuerte tendencia reparadora o bióloga. En el caso de Medicina se dictan a lo largo de 6 años 3264 hs que representan el 56% del total de horas comparadas con un 4 % de materias de carácter sociológicas, un 33% de prácticas y 5% de técnicas, mientras que en Kinesiología 2304 hs (54 %) representa éste mismo aspecto, siendo que el 16% restante muestran el perfil social, (1%) técnico y el 16% práctico del hacer profesional.

No cabe duda que aquello de sustentar la enseñanza de profesionales en salud de la U.A.I. a partir del perfil netamente humanístico y antropológico con apertura psico-social, no basta con dedicarle casi el 1% de las hs de las cátedras totales en medicina y casi un 12% para dichas materias en kinesiología, las que se pone énfasis fundamentalmente en los primeros o en el último año de la carrera.

Respecto a los contenidos curriculares que incorpora el alumno en su hacer diario, puede notarse que los primeros años sobre todo en 1º, 2º y 3º, son materias anuales con programas extensos, en donde el ritmo de estudio cambia drásticamente volviéndose más exigente (comparativamente con el bachiller convencional del nivel Medio escolar), teniendo en cuenta además que el cursado de las clases comienzan en el mes de Abril y culminan en Noviembre, con el correspondiente receso invernal de 15 días; por lo tanto en siete meses y medio, el estudiante debe regularizar sus exámenes para aprobar cada año. En 4º y 5º la cantidad de materias aumenta aun más, duplicándose el número, pero la modalidad es cuatrimestral, lo que indudablemente, incrementa el ritmo de cursado, atención y estudio.

En el caso de Medicina, el último año es eminentemente práctico por lo que será analizado a posterior.

De todo ello se desprende que el alumno, como se mencionó con antelación presenta un marcado acento en la tendencia terapéutica reparadora y bióloga, dado que se nutre de contenidos específicos en anatomía, con un dinámico ritmo de trabajo que hace imposible descuidar el estudio año tras año si se desea culminar la carrera. Para ello, el alumno debe concientizarse en cursar y estudiar, aprobar exámenes que por otra parte, son frecuentes, lo que le resta mucho de reflexión, idea crítica, formación liberal y auto conducción, cuando el tiempo para pensar se ve tan limitado.

Otro análisis que merece ser efectuado es el tema de la interdisciplinariedad, dado que forma parte del objetivo primordial que se propone la U.A.I. bajo las normas exigidas por la Ley de Educación Superior.

Para poder desarrollar la capacidad profesional e intercambio interdisciplinar en un equipo de salud, como así tener el acceso a equipos técnicos de planificación en salud, es necesario, como requisito indispensable tener la experiencia práctica en el mismo. Esto sugiere que al alumno de Medicina y Kinesiología, se le deben brindar las herramientas para relacionarse en el trabajo con otras disciplinas de la salud.

Pero contrariamente a lo que se supone, el análisis curricular de las materias expone que esto se realiza pura y exclusivamente con la Psicología, ciencia que estudia al hombre - paciente en cuanto a su conducta, comportamiento, poniendo énfasis en las patologías que en ella se desprenden, como así la postura del profesional frente al paciente. Ello no significa trabajo en conjunto, o que aporten valores que influirán en el rol del médico y kinesiólogo frente a la sociedad. No se plantean currículas que especifiquen temas en común entre médicos y kinesiólogos, cuando bien se sabe que el paciente es un ser integral al que debe abordársele en forma conjunta y no focalizar fragmentos que curar o tratar para procurar su bienestar.

Es necesario despertar la curiosidad del alumno y motivarlo para lograr el trabajo interdisciplinario, este exige de una apertura intelectual, apelar a la crítica y reflexión, valores tales como humildad, creatividad, respeto, entre otros, que sin la formación práctica e intelectual debida, se hace imposible formar profesionales dispuestos a tal tarea. Resulta imprescindible hacer hincapié en este aspecto de la formación de todo trabajador de la salud, en pro del bienestar del paciente y esto no se evidencia en los planes de estudio de las carreras de Medicina y Kinesiología.

Se desprende de la formación hacia la tendencia reparadora, ciertas dificultades que condicionan al alumno a no incorporar el trabajo interdisciplinario, dado que éste concepto suele confundirse, por los mismos docentes de medicina, brindando a sus educandos la noción de que interdisciplina se refiere a la integración de contenidos desde las especialidades médicas y no desde otras disciplinas de la salud. Por lo tanto de existir equipos de tareas laborales se realizan integrando las temáticas curriculares de la carrera en sí misma. Esta modalidad no implica, que tal método, no sea efectivo, pero no es totalizador, dado que se continúa con una postura fragmentada del conocimiento en torno a la salud.

Las falencias en el trabajo interdisciplinario, nos llevan a analizar otro de los objetivos planteados en el trabajo de investigación; la *hegemonía del médico en la salud*.

Con un marcado énfasis en la carga horaria el médico en sus seis años de carrera (el último de pasantía práctico), cursa a razón de 6080 hs cátedras, siendo el 32 % de la misma de carácter netamente práctico ( 1952 hs totales de la carrera) mientras que si bien la kinesiología se toma en 5 años, deben cursarse 3814 hs cátedras y un 11 % ( 448 hs), de prácticas terapéuticas. Cabe destacar además que la cantidad de materias en Medicina es de 46 y en Kinesiología es de 30. Estas diferencias nos llevan a vislumbrar que existe mayor número de materias (16 de diferencia) en Medicina, que marcan la mayor insistencia en la formación del médico en aquel individuo suficiente que puede dominar las partes fragmentadas de su saber, enmascarando bajo un título de grado, la tendencia al mantenimiento del poder por sobre otras disciplinas. Se concibe desde éste análisis que el médico cree que mientras más partes de un todo se estudie y más extenso sea el estudio hacia la unidad más pequeña, mayor grado de conocimiento científico se adquiere, considerándose dueño del saber absoluto y por tal creyéndose poderosos, sin olvidar que quien detenta el poder por lo general se vuelve autoritario.

El poder y la autoridad se vuelven requisitos indispensables en el modelo Médico Hegemónico.

Una de las situaciones más llamativas en los planes de estudio es que en Medicina las clases prácticas en establecimientos públicos o privados de la ciudad representan un 32% de la carga horaria total de la carrera (distribuidas en un 3 % entre 1º, 2º y 3º año y el 97 % restante en la formal pasantía de 6º año) siendo que en 4º y 5º año el alumno sólo cursa materias teóricas en la U.A.I. de la Sede Ov. Lagos, mientras que en Kinesiología el 11 % del total de la carga horaria de los 5 años de cursado es destinado a las prácticas terapéuticas (ésto representado en las 3 materias de 5º año y último de la carrera, teniendo en los primeros años observaciones en los diferentes servicios y en 2º año una práctica corta introductoria de fisioterapia).

Es evidente que el Médico de la U.A.I. pasa gran parte de su tiempo en el trato con los pacientes y además todos los profesionales de la salud que componen el sector público (hospitales y dispensarios) como en el privado (clínicas y sanatorios) por lo que se supone su formación es sólida en este aspecto, situándose en forma inamovible

en cada sector, asegurando su permanencia en constante puja, para no perder el lugar que ha ganado por generaciones.

Mientras que el alumno de Kinesiología permanece pocas horas en su práctica hospitalaria y establecimientos privados, a pesar de ser una profesión eminentemente práctica, ya que el movimiento es la herramienta fundamental en el tratamiento kinésico. Esto trae aparejado, que el alumno desarrolle un perfil, en el que se crea más prescindible su labor en éste ámbito, dado que no se impone como figura necesaria dentro del equipo de salud, sencillamente por que el resto de los profesionales no conoce profundamente su participación. Además es posible que el alumno evidencie ciertas inseguridades en su hacer frente a otros profesionales, y en especial con los médicos dado que es escaso el tiempo que dispone para tratar con ellos.

Esto exalta la figura del médico que ocupa un lugar y en muchos casos se ve obligado a ocupar la función del kinesiólogo por su falta de presencia, ante la necesidad asistencial del paciente.

Se hace necesario intensificar las prácticas en la kinesiología para que el alumno adquiera mayor experiencia, adoptando un rol protagónico en la salud, para evitar dejar librado al azar el camino que otros transiten, adjudicándose una imagen de la que en verdad no son dueños.

La carrera de medicina cuenta con la formación lingüística (inglés y portugués) e informática, las cuales se dictan en 320 hs de la carga horaria total de la carrera, esto posibilita al alumno adquirir la enseñanza suficiente para acceder a bibliografía, sobre todo de tipo científico - técnica, además de la posibilidad de comunicación con el resto de los profesionales del mundo. Mientras que este camino se ve restringido al estudiante de kinesiología, si se analizan las escasas 32 hs de informática, sin aprender idiomas. ¿O será que el kinesiólogo no tiene derecho de acceder a ellos y por tanto, limitarse al nuevo mundo de descubrimientos que la ciencia ofrece, los adelantos tecnológicos o métodos de cambio en salud? Esta diferencia, contribuye a marcar la hegemonía médica sobre el kinesiólogo y los intereses económicos que giran en torno a la industria de la tecnología científica que permite su acceso al médico más que a ningún otro profesional de la salud.

Uno de los objetivos que la U.A.I tiene propuesto para sus profesionales en salud, es “ formar hombres capacitados para ser eficaces educadores de la comunidad, centrando éste accionar en la promoción de la salud y la prevención de las patologías”.

Esto no es lo que evidencia el análisis de las materias de cursado de ambas carreras. El 90 % de la enseñanza se basa en el tratamiento y cura de enfermedades o lo que se entendería más claramente, la asistencia del paciente enfermo. Existe un porcentaje muy bajo de materias que contemplan el 1º nivel de atención en salud, abocado a la promoción de la salud y prevención de enfermedad. Lo que explica que el alumno se cultive por sobre todas las cosas, en el aprendizaje del 2º y 3º nivel de atención, acentuando su perfil “reparador”. Si le sumamos su entrenamiento en farmacología, obtenemos un profesional de la salud, con amplias capacidades para condicionar al paciente a lograr el bienestar a sus dolencias a través del fármaco recetado. Así el médico se erige como una necesidad del paciente para solucionar sus problemas de salud, posibilitándole al médico, especular monetariamente con su entrega, cuando en realidad, si se lograra promover su cuidado higiénico y prevenir la enfermedad, quizás lo que abundarían serían hombres sanos, o en otros términos, menos enfermos que curar. De ser así los laboratorios producirían menos y decaerían los intereses financieros que giran en torno a la medicina en el mundo capitalista actual, posibilitando inclinar la balanza hacia los valores éticos y morales, que rigen al accionar de todos los profesionales del arte de curar, y que tanto se enfatiza en el Juramento Hipocrático a la hora de ingresar al campo laboral.

### **Análisis de las observaciones de las clases teóricas- prácticas.**

De acuerdo a las observaciones efectuadas en ambas carreras, se analizarán los puntos de encuentro y las diferencias que los datos mostraron.

En el caso de las clases de kinesiología y como alumnas del último año de la carrera, se tomaron en cuenta las condiciones de trabajo personales que nos permitieron responder a los interrogantes planteados. Para la carrera de Medicina se efectuaron al azar la elección de 15 cursos para su observación y posterior registro de datos. Las materias a las cuales se acudió fueron igualmente elegidas al azar, correspondiéndose indistintamente al 1º, 2º, 3º, 4º y 5º año de la carrera.

Respecto a las características de las clases teóricas, todos los alumnos de ambas carreras y años, comparten las instalaciones del Campus Lagos, destinándose los salones según la cantidad de alumnos y distribución de la carga horaria. En general, las clases están a cargo de un docente titular, pudiendo ser asistido por un auxiliar de la cátedra. Los alumnos asisten a la Facultad en un promedio de 4 a 5 veces por semana

en los primeros años con elevada carga horaria, ya que durante éstos años, las materias son consideradas de contenidos básicos troncales. En los últimos años aumenta la cantidad de materias semanales pero se cursan una o a lo sumo dos materias por día. Esto denota el acondicionamiento que pretende lograrse en el alumno durante sus tres primeros años de carrera al ritmo de materias extensas y con largos programas curriculares de características biológicas. La hora cátedra tiene una duración de 40 minutos, cada materia tiene al menos un bloque que representa a dos horas cátedras, 80 minutos, que demandan la mayor atención por parte del alumno. Los grupos suelen ser pequeños en el caso de medicina, lo que hace que algunos docentes unifiquen comisiones más amplias en el desarrollo de las clases teóricas.

En los casos en que los grupos son numerosos (aproximadamente 35 alumnos) se seleccionan los salones más amplios para el dictado de las clases.

Existen varios criterios a seguir por el docente, en lo que respecta a la metodología para dictar sus clases. Por lo general, en ambas carreras coinciden la mayoría de los docentes, exponen el tema en forma tradicional, sobre todo en las materias de tendencia biológica, en la cual el alumno, no suele intervenir hasta el final de la clase, efectuando preguntas acerca del tema específico. Otros docentes, introducen el tema con un pequeño análisis sintético, para luego dividir a los alumnos en pequeños grupos de trabajo, donde cada uno resumirá un subtema en particular, exponiéndolo más tarde al resto de sus compañeros, al finalizar la clase, las dudas son evacuadas por el docente. Vale la pena enfatizar que todos los profesores, sugieren bibliografías específicas, que generalmente los alumnos llevan a sus clases, para trabajar grupalmente. No suele existir, salvo excepciones, la indicación docente sobre una temática en la que el alumno deba recurrir a una diversidad bibliográfica. La sugerencia en la preferencia bibliográfica por parte del docente, hace que el interés del alumno se subordine a las directivas del profesor. Por otra parte, con la diversidad de opiniones, a través de la lectura de varios autores, se fomenta la reflexión y la crítica, esto no sucede en las clases tales como anatomía, histología, farmacología, etc. donde los alumnos estudian a través de la memorización de los datos.

En otros casos, se suelen dictar las clases a través de guías de estudio, en la cual el docente entrega individual o grupalmente un listado de preguntas que sintetizan el tema del día. Una vez respondidas las mismas, se corrigen en la clase siguiente por medio de una exposición oral, o manuscrito que se le hace entrega al docente, las dudas

se plantean en forma oral. Todo queda como material de estudio. Este listado de preguntas por lo general no apela a la reflexión; se enuncian conceptos, excepto en los últimos años donde se pueden plantear problemáticas, que inviten al alumno a poner en práctica los conocimientos aprendidos hasta el momento.

Puede notarse la diferencia en el trabajo de materias humanísticas, en las que las clases se organizan en forma de talleres, o se plantean problemáticas mediante las cuales se investigan temas de actualidad, pero resulta difícil motivar al alumno, que pasivamente espera las respuestas por parte del docente, o se halla tan preocupado por regularizar las materias más extensas que suelen mostrar cierto desinterés.

Con respecto a las temáticas sugeridas en los programas curriculares, pudo notarse la relación entre los contenidos trabajados por los distintos docentes que sin duda, ha existido elaboración conjunta entre las especialidades médicas, en cuanto a estudiar al paciente por partes. Un ejemplo claro se muestra en las clases de primer año, en donde desde la cátedra de Anatomía se abordó el tema de “Sistema Digestivo y Organos anexos”, el cual fue estudiado por los alumnos, desde la cátedra de Histología explicando la constitución de los tejidos de los diferentes órganos. En segundo año, desde la cátedra de Fisiología se observó el funcionamiento, y así con las distintas materias. Si bien los estudiantes pudieron aprender el tema que se hallaba correctamente relacionado entre sí, articulado entre materias o especialidades, lo que facilita su comprensión, no significa más que la fragmentación del conocimiento y el énfasis en la especialización que provoca en el alumno la sed de acumular conocimientos teóricos. Esto demuestra la tendencia de cada docente al enfoque de la enseñanza desde la especialidad que le ocupa con un marcado acento científicista, sin la posibilidad de integrarse con otras carreras afines a la salud. Así se descarta la interdisciplina como herramienta de trabajo, y con ella la existencia de comunicación con otras áreas, reproduciéndose formas del saber libresco por parte del docente y que dejan de lado la producción de nuevos conocimientos a través de la investigación y la difusión de valores culturales.

Esta formación se produce por absorción implícita a través del estudio de las diferentes asignaturas, recibiendo por lo general el alumno, el contenido de programas mediante el cual se les informa e instruye sobre lo que de la ciencia se sabe, pero en realidad, tiene pocas maneras de aprender la forma como se adquirió dicho conocimiento, así el docente no pone en evidencia lo que ignora y el alumno no

visualiza la posibilidad de puntos oscuros pocos definidos. El resultado de ello son posturas unilaterales, mecanicistas, que llevan al alumno a esperar soluciones sin un análisis profundo y sin desarrollar la capacidad de reflexión y discriminación.

La U.A.I ofrece a sus alumnos instalaciones cómodas con material didáctico abundante (retro- proyectores, láminas, televisor y video, etc.) para Kinesiología un Salón de Usos Múltiples, una sala de Fisioterapia que cuenta con varios aparatos útiles para el hacer profesional específico, La sala de Informática y el Laboratorio de Anatomía e Histología. Medicina, cuenta con un laboratorio de Anatomía, uno de Histología con numerosos microscopios y preparados, otro de Físico-Química donde se realizan las clases teóricos - prácticas. Cada docente tiene a disposición los laboratorios y puede acudir según su horario con sus alumnos, pero suele llamar la atención el hecho de que las clases no se integran entre sí, siendo que no sólo se disponen de las condiciones para hacerlo, sino que además, en muchos casos coinciden los horarios de cursado entre las comisiones. Pareciera que cada docente se preocupara por dejar en claro al alumno el contenido de su programa sin compartir con otros docentes la integración de las partes del todo al que pertenecen, así se rotula lo aprendido por área y se estudia de la misma forma, el fragmento cada vez más pequeño, el átomo, la materia, la célula, tejidos, órganos y sus funciones, patologías, etc. para luego introducirse en 4º y 5º año en las especialidades, porciones más pequeñas aún y específicas del saber. No cabe dudas que esto representa la enseñanza tubular de la carrera de Medicina y la Lic. Kinesiología y Fisiatría.

Los docentes suelen programar charlas e invitar a otros profesionales de la salud que introduzcan temas específicos y de interés para el alumno, algunas de las cuales tienen carácter formal a la que asisten varios cursos, según la complejidad del tema a tratar y en otros casos, son informales donde se invita al disertante a brindar su exposición al salón de clases. Es de suponer que al tratarse de temas de salud, cabría la posibilidad de integrar Medicina y Kinesiología sobre todo en ciclos básicos (1º, 2º y 3º) donde las materias coinciden acorde a los contenidos curriculares, pero no ocurre. Cada carrera brinda en perspectivas del panorama laboral, científico-técnico, económico, legal, etc. bajo su óptica, al que medicina en la mayor parte de los casos tiene acceso ilimitado, dada la cantidad de docentes que se desempeñan en el dictado de la carrera y la mayor posibilidad de contactos en el hacer laboral que éstos mantienen.

Los alumnos tienen mayor acceso al conocimiento de nuevas tecnologías, contenidos actualizados, así como experiencias personales desde la especialidad que al disertante le ocupa.

De esto, se deduce que, o bien los docentes no se hallan formados suficientemente para el trabajo interdisciplinario por lo que no apelan a él, o que existe una marcada hegemonía médica, la que procura abarcar el conocimiento, sin dejarle acceso a otras áreas de la salud, en una actitud mezquina, con errada convicción de suficiencia y en la que se justifica una posición de dominancia que anula otras ideas o sensaciones que resulten peligrosas para el sistema médico.

No olvidemos que es de suma importancia conocer los pensamientos de los docentes ya que éstos son los que guían las acciones y conductas de los alumnos y que éste pensamiento no es ajeno a su idiosincrasia, generado a lo largo de su historia personal, en un proceso dialéctico de acomodación y asimilación a lo largo de una profesión que por años ha permanecido en un marcado fijismo en cuanto a contenidos, métodos y procedimientos, y a la que la sociedad está acostumbrada a identificar como “curadores de males”. No perdamos de vista que el docente es un constructivista que continuamente construye, elabora y comprueba en su teoría personal del mundo (Clark,1985)

Otro análisis que se desprende de las observaciones efectuadas, es el marcado énfasis por parte del docente en la derivación del paciente entre las especialidades médicas, preparando a los alumnos e introduciéndolos en el “fordismo”, concepto por el cual el paciente se transforma en una máquina cuyas piezas que lo componen u órganos, deben ser examinadas por cada especialista y tratadas según su dolencia.

En la medida en que no se trate al paciente como un ser integral y a la enfermedad se la considere solo como una serie de factores que provoca trastornos físicos u orgánicos en el hombre, y no como parte actuante de un proceso de desequilibrios que actúan contra el bienestar del hombre inmerso en un ambiente en constante cambio, influenciado por una cultura, intereses económicos, políticos y sociales, cuya salud se agrava bajo la crisis actual, se recaerá en el concepto biologista de la salud, que exalte y haga concebir la figura del médico como mediador entre la vida y la muerte, el bienestar y el dolor, descartando toda posibilidad de intervención de otras disciplinas que colaboren en el mantenimiento de ese equilibrio en puja constante

que representa la salud de la población. Colabora a la formación tubular de la enseñanza a la que cada día se suman más tubos, inflexibles e incomunicados entre sí.

Como el paciente pasa de un especialista a otro para atender sus dolencias, el alumno pasa de una clase a otra para poder aprender, asimilando, memorizando y repitiendo en sus exámenes lo que la bibliografía le propone desde generaciones a la casta médica. Tras el errático pasar de aulas en aulas, el estudiante de medicina, cargado de supuestos biólogos, inconsciente de su saber fragmentado y reducido del camino que recorre, no puede identificar que la buena preparación teórica y estar al tanto de los datos más recientes, es lo mismo que estar cargado de ideas preconcebidas por otros. Sin percatarse que mientras más problemas se planteen en su marcha, cuanto más se acostumbre a amoldar sus teorías a los hechos y ver los datos como capaces de configurar una teoría, mejor equipado estará para su trabajo futuro.

Teniendo en cuenta el análisis diferencial entre las carreras citadas, se puede desprender que, los grupos de Medicina son menos numerosos sobre todo en los últimos años. Aproximadamente 20 alumnos por comisión, reciben una enseñanza casi personalizada, dado que en el primer año el docente fácilmente logra identificar a sus alumnos por los nombres o apellidos.

Al tratarse de comisiones ideales numéricamente, el docente, debería tener la posibilidad de conocer a sus alumnos, interesarse por sus expectativas, sus inquietudes y metas que persiguen. También podría identificar aquellos alumnos que tienen dificultades para expresar sus ideas, recordando según palabras de Pestalozzi "...el fin último de la educación no está en el perfeccionamiento de los conocimientos escolares, sino en la eficiencia para la vida, no estriba en hacerse con hábitos de obediencia ciega, y de diligencia en someterse a las prescripciones, sino en prepararse para un obrar autónomo", por lo tanto el docente tiene la obligación moral de conocer a quien está formando.

Este no es el caso de la Carrera de Medicina de la U.A.I. Se tiene referencia de aquel que es más participativo, porque el ritmo de las clases teóricas hace que la mayoría de los profesores deba culminar con los extensos contenidos curriculares para poder evaluarlos en forma teórica o escrita en los exámenes parciales.

En éste sentido, se crean pocos espacios de interacción docente – alumno, excepto que sean de características intelectuales y cognitivas, propio de la educación bancaria.

Así mismo, las comisiones de Medicina están integradas por un alto porcentaje de estudiantes jóvenes, muchos de los cuales culminaron su Nivel Medio y optaron por estudiar Ciencias Médicas. Se acentúa así la homogeneidad de los grupos que suelen ser poco dinámicos, con escasa participación, sumado a la característica de que el 90 % son jóvenes que no habitan en la ciudad de Rosario, vienen de la periferia, de pueblos y ciudades vecinas y hasta provincias limítrofes, lo que conlleva un cambio rotundo de vida al egresar del seno familiar.

Se plantea además, en la Carrera de Medicina, que los alumnos son apoyados económicamente por sus padres; coincidentemente ninguno de ellos trabaja, pero además sería imposible cursar tantas horas de estudio y hallar un trabajo promedio que los sustente. El alumno vive por y para la carrera. No absorbe la realidad del campo laboral, social, económica, ética y moral, del mundo capitalista actual, sino a través de lo que el puede hallar en la Facultad, o los escasos fines de semana con su familia sino se ve impedido de viajar para ganar tiempo para un examen.. Así, los estudiantes se muestran menos comprometidos y esto se evidencia en las clases observadas en las que no surgen problemas de intereses comunes, excepto cuando son planteados por el docente.

Puede notarse que existe un pequeño porcentaje de alumnos que han cursado materias en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, y acceden convalidando materias aprobadas a los diferentes niveles de la U.A.I. Estos estudiantes, se suelen mimetizar con el resto de los alumnos, integrándose con facilidad al Sistema Vaneduc.

En el caso de la carrera de Kinesiología, los grupos son mas numerosos (aproximadamente 30 – 40 alumnos o más) por comisión.

Si bien la tendencia del docente en el manejo de las clases es de carácter conductista, los grupos son muy heterogéneos y el ritmo de las clases son más dinámicas que en medicina.

Un alto porcentaje de los alumnos son entre 18 y 25 años, pero existe un índice más pequeño de personas mayores a 25 años, sobre todo en los grupos que cursan en el turno nocturno. Muchos de los alumnos, tienen otras profesiones, han cursado carreras terciarias o comenzado carreras universitarias y desertado, ingresando en la Lic. en Kinesiología y Fisiatría posteriormente. Un gran número de profesores de Educación Física acceden a la U.A.I, lo que marca la integración con otras disciplinas de la salud.

La participación de los alumnos se hace más notoria. Son constantes las preguntas por parte de los estudiantes que se acercan más al docente. Los alumnos experimentados en el cursado de otras disciplinas suelen motivar el interés de otros, al formular consultas e iniciar el camino hacia una problemática que puede ser resuelta a través del análisis conjunto.

Una de las características que se destacan es que la mayor parte del alumnado trabaja. Algunos en empleos de medio día y otros en jornadas que les permiten dedicar su tiempo al estudio. Coincidentemente aquellos que no lo hacen son jóvenes que viven en ciudades vecinas.

Frecuentemente se debatan situaciones que pueden plantearse en el hacer laboral, como así se suelen coordinar trabajos prácticos en la que el alumno debe acceder a otros ámbitos para recabar información.

Para concluir la carrera de kinesiología debe presentarse una tesina, trabajo de elaboración personal en la que se conjugan las experiencias prácticas adquiridas a lo largo de la carrera como así los fundamentos teóricos y bibliográficos que demuestren la continuidad en la investigación de una problemática planteada. Para introducir al alumno en el aprendizaje de la confección de una tesina, desde 2º año de la carrera se le brindan materias humanísticas y si bien son escasas, a lo largo del cursado, despiertan un especial interés en el alumnado que brindan las herramientas básicas para la realización del trabajo final.

El trabajo de tesis obliga al estudiante a relacionarse con otras disciplinas, a consultar a otros docentes, indagar información nueva, optar, analizar y criticar, proponer soluciones a un tema en especial y éste es el fin último que todo docente debe perseguir y que en kinesiología se puede vislumbrar ya en los últimos años de carrera y que son evaluados en la exposición de tesis final.

Por tanto vale la pena analizar: “Siempre ha sido necesario para el hombre y propio de su pensamiento el dividir las cosas hasta cierto punto, y el separarlas para reducir sus problemas a unas porciones manejables, porque es evidente, que si se intentara tratar con toda la realidad a la vez en la técnica práctica, se estancaría en ella.”

De modo que, en cierto sentido, la creación de temas especiales de estudio y la división del trabajo fueron pasos importantes hacia adelante. Sin embargo, esta especie de habilidad que tiene el hombre para separarse de su entorno, y para dividir y distribuir las cosas le ha llevado últimamente a un campo de resultados un tanto peligrosos, ya

que el hombre ha perdido la conciencia de lo que está haciendo, y por lo tanto, ha extendido el proceso de división más allá de los límites dentro de los cuales funciona correctamente.

Es cierto que todo conocimiento intenta poner y unir en un universo de fenómenos que se representan en multiplicidades, incertidumbre y desorden. El positivismo aportó un método de pensamiento fundado en el doble principio de disyunción y reducción, “ la simplificación”. La disyunción aísla, por principio, al objeto de su entorno y de su observador. La reducción lleva el conocimiento del objeto al de las unidades elementales que lo constituyen y oculta las interacciones organizadoras entre estos constituyentes elementales.

“El conocimiento científico clásico no conserva el universo de los fenómenos sino lo que puede ser formalizado y operacionalizado” (Airasca, Daniel, Tesis Doctoral en Educación, U.C.S.F )

Edgar Morín, en su libro El Método, la vida de la vida, dice “...Hay que seleccionar, focalizar en lo real, pero saber que focalizamos y seleccionamos. Lo importante es saber permanentemente acordarse de que recorto, reduzco, simplifico por razones prácticas y no para extraer la quinta esencia de la realidad”.

Al alumno de kinesiología se le recorta, reduce y simplifica en las diversas materias a lo largo de 5 años como al alumno de medicina, pero existe una diferencia entre ambas. El estudiante de kinesiología tiene la posibilidad de armar esas partes fragmentadas de un todo que es el hombre – paciente y fusionarlas en su trabajo final de tesis, en el que se compromete como profesional de la salud y como protagonista de sus decisiones. No sucede lo mismo con la medicina, alumnos a los que no se les exige tal investigación.

### **Análisis de las entrevistas efectuadas a docentes en Medicina y Lic. Kinesiología y Fisiatría de la U.A.I.**

El resultado que se desprende de del análisis de las entrevistas efectuadas a docentes de ambas carreras, puede subdividirse en respuestas en las que coinciden puntos de vistas con características comunes y discrepancias, las cuales se resaltarán en la presente investigación. Para mayor ilustración se detallarán cantidad de profesores de

cada carrera, como así especialidades en la que se desempeña en el ámbito laboral ( ver anexos).

Respecto a la formación académica que hubieren recibido los docentes, en sus épocas de estudiantes, sobre el trabajo interdisciplinario, la mayoría coincidieron que en sus planes curriculares el término, mucho menos, los contenidos no se concebían como tales.

Sólo un grupo representados en el número de 5 entrevistados, en ambas carreras, pudieron definir correctamente las implicancias de un equipo interdisciplinario, sobre todo aquellos que en su formación, tenían orientación social o humanística (Psicología) o aquellos que habían realizado un post-grado de orientación Pedagógica o Lic. En Educación. Algunos de los profesores afirmaban haber recibido formación con orientación interdisciplinaria en sus épocas de estudiante, confundiéndolo con lo que se denomina articulación de especialidades, es decir, el trabajo conjunto desde las distintas especialidades médicas y no para con otras disciplinas de la salud.

Otro grupo manifestó que el término interdisciplina empezó a trabajarse e implementarse en la enseñanza luego de la reforma de las Leyes Educativas en la década del 90.

Con la aplicación de la Ley Federal de Educación y que como era muy novedoso este tipo de trabajo tanto para las Universidades Privadas como para las Estatales, se hacía muy compleja su introducción, ya que les demandaba tiempo extra-escolar para organizarse, el cual no es solventado por ninguna de las Instituciones mencionadas. Por lo general, las consultas entre docentes se hacen en los pasillos de la facultad, informalmente tras un café en el bar antes de empezar su clase o al culminar, y en el caso de medicina, tras años de compartir la profesión entre colegas, la amistad liga los comentarios.

Ante la pregunta si hoy las facultades estaban formando profesionales capacitados para el trabajo interdisciplinario, el 80 % coincidió que lo intentaba pero que existían déficit, dado la falta de preparación y experiencia docente en tal tarea.

Nadie descartó la necesidad, la importancia y por sobre todo las ventajas que ofrece el equipo interdisciplinario, pero esta lejos de realizarse óptimamente.

El 20% restante respondió afirmativamente, coincidente con este grupo estaba representado por los profesores que confundían el trabajo interdisciplinario con la articulación de especialidades.

En lo que respecta a la opinión que tienen los médicos sobre las incumbencias del kinesiólogo, todos saben que dicho profesional trabaja en la rehabilitación del paciente con discapacidades, tanto de secuelas neurológicas, traumáticas o reumatológicas, otros tantos asignaban su función además a su asistencia en enfermedades respiratorias. Nadie mencionó el término promoción de salud o prevención de enfermedades, ni dejó entrever la posibilidad de desempeñarse en el campo laboral de las personas consideradas “sanas, pero con riesgo a enfermar”.

Unos pocos llegaron a sugerir ciertos campos laborales para el kinesiólogo que a su entender, aún no habían incursionado sobre todo en Instituciones Públicas: tales como tratamiento y rehabilitación traumática por accidentes de tránsito o recuperación temporo - maxilar.

Cabe aclarar que las prácticas hospitalarias de los alumnos de kinesiología de la U.A.I. se desarrollan en el área de Traumatología y Terapia Intensiva en el Hospital Clemente Alvarez, cuyos pacientes son derivados a este centro asistencial por urgencias médicas a consecuencias de accidentes de tránsito y accidentes domésticos entre otros.

Dos médicos confundieron la kinesiología con la Terapia Ocupacional, siendo que en los servicios que se desempeñan derivan frecuentemente a sus pacientes a éste profesional desconociendo sus incumbencias.

Pero los docentes de kinesiología conocían muy bien las incumbencias de las especialidades médicas con las que trabajan, dada la dependencia que se genera en su profesión ante la necesidad de que los médicos les deriven a sus pacientes.

La respuesta obtenida en cuanto a la derivación de los pacientes atendidos por médicos, fue que sólo se hacían en el caso de aquellos que trabajaban en Instituciones o Clínicas en las cuales estaba el Servicio de Kinesiología creado y funcionando desde una mediana complejidad, siendo que luego de la derivación no se llevaba seguimiento en los registros de asistencia o tratamiento del paciente, ni se establecía comunicación alguna con el kinesiólogo a cargo, es más, en algunos casos ni conocían quién era el encargado del Servicio de Kinesiología

Mucho menos el tratamiento que impartía. Sorprendentemente el paciente solía explicarles a los médicos en qué consistía la sesión kinésica y si les había satisfecho el trabajo realizado.

La mayoría de los médicos consideraban importante la derivación a Kinesiología sobre todo, aquellos que además de su trabajo docente en la U.A.I. se

desempeñaban en el PAMI, Hospitales Públicos, lugares en los que los profesores cobran un salario fijo y en el que la población de pacientes se halla tan sobrecargada que la derivación resulta la estrategia perfecta para cumplir con el horario de la jornada laboral, que le exige la Institución. Todo lo contrario sucede en las clínicas y Sanatorios, en los que el número de derivación resulta ser más bajo lo que demuestra que el profesional trata de retener al paciente más tiempo ya que cobra un monto por prestación. La derivación está más controlada por la institución y se hace en los casos requeridos, acorde a la infraestructura y cantidad de profesionales kinesiólogos asignados al servicio.

En el caso de los kinesiólogos, las respuestas fueron parecidas. En aquellos que se desempeñaban en Instituciones privadas, los pacientes les eran derivados por médicos especialistas, sobre todo por traumatólogos, neumonólogos, reumatólogos, neurólogos, y pediatras. Pero aquellos que trabajaban en Instituciones Públicas, estaban sobrecargados de pacientes dada la alta tasa de derivación por parte de los médicos de diferentes especialidades.

Ninguno de los entrevistados trabaja en equipos interdisciplinario. Sí se demostró, la existencia de grupos de trabajos por especialidades médicas o reuniones informales, de pasillos entre los profesionales tanto en médicos como de kinesiólogos. Muchas consultas por teléfono, sin una continuidad rigurosa ni previamente estipulado.

Los médicos opinaron desconocer las incumbencias kinésicas. Sólo superficialmente tenían somera idea de su rol en salud y enfermedad, siendo que el 50 % agregaron que no podía ser reemplazado por otro profesional, el restante 50 %, manifestó que todo profesional que no se desempeñe en sus funciones correr riesgo de ser reemplazado por otro, dada la necesidad de atender al paciente.

En el caso de los kinesiólogos, admitieron que no solamente médicos tratan de ocupar y suplir roles que hacen a la función del kinesiólogo, sino, masajistas, profesores de educación física, enfermeros, etc.; los que sobrepasan sus incumbencias para invadir su campo.

Según lo expuesto por los testimonios, al médico no le desagrade compartir el tratamiento del paciente con un kinesiólogo todo lo contrario, si ello hace a mejorar la salud del mismo no opone reparo alguno. Mientras que los kinesiólogos atribuyen la invasión de campos laborales dada la poca cantidad de kinesiólogos matriculados en Rosario, que ejercen la profesión, siendo insuficientes para la demanda de pacientes

actuales. Otra razón es que la Kinesiología es una disciplina nueva en Rosario, en los últimos 10 años ha recibido la emigración de profesionales de Córdoba, Corrientes, y Buenos Aires, aumentando las posibilidades de difusión de sus incumbencias. Son pocos los cargos públicos creados en Hospitales Provinciales y recién este año, algunos en el Municipio, dada la crisis económica del país. La mayor parte de los kinesiólogos tienen sus esperanzas depositadas en las generaciones de kinesiólogos venideras que aumentando su número, impriman peso a las decisiones planteadas por la mayoría y plasmadas legalmente a través del Colegio de Kinesiólogos.

Es importante mencionar que los resultados expresados se tomaron en base a la opinión de la mayoría de los entrevistados, sin embargo cabe remarcar que entre los profesionales hubo una postura que marcó la mayor diferencia con el resto de los especialistas.

Un docente de medicina de mediana edad, con una experiencia laboral en el campo de diez años, docente desde seis, en la U.N.R de Medicina y recién llegada a la U.A.I. quien a la vez era Bioquímica, siendo esta carrera cursada con antelación a Medicina, mostró tener un perfil humanístico, social y abierto al cambio en cuanto al trabajo interdisciplinario. Remarcó la responsabilidad y compromiso que debe asumir en las acciones de salud todo docente con sus alumnos, como así, para con sus pacientes porque a ellos también los educa en el cuidado de su persona, su cuerpo, su mente y su alma.

Asumió no haber tenido una formación sólida en equipos interdisciplinarios pero lucha desde que se modificó la reglamentación vigente en la U.N.R, para su pronta instauración. Admite la necesidad de modificar los planes curriculares en Medicina, por calificar de “reduccionistas” los conocimientos impartidos, que determina su hermetismo e ignorancia frente a otras disciplinas a la salud.

Quizás este poder de autocrítica, compromiso y de adecuación a los cambios, sea tomado como ejemplo por sus pares en pro de la evolución de la medicina.

## Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos a través del análisis de Planes de Estudio, observaciones de clases teóricas – prácticas y entrevistas efectuadas a docentes de ambas carreras, acorde a la problemática, a los objetivos y a las hipótesis de la presente investigación se puede concluir que:

- ◆ El médico actual se ubica en un orden de prioridad jerárquica realzando su poder hegemónico frente a las otras áreas de la salud, dado que existen profundamente dos factores que contribuyen en éste aspecto:
  - En la formación médica universitaria, los alumnos absorben gran cantidad de conocimientos de tipo bibliográfico, técnicos – científicos, idiomas, informática y prácticas hospitalarias de elevada carga horaria, frente a otras disciplinas y en particular : kinesiología.
  - El elevado porcentaje de prácticas terapéuticas, sumado a la continuidad de las mismas, fuerza en el alumno mayor seguridad en el manejo y desempeño institucional ocupando espacios precisos en la toma de decisiones que determina y torna su labor imprescindible en el campo de la salud.
  
- ◆ El médico conoce sólo superficialmente la incumbencias del kinesiólogo por falencias en su formación académica que denominamos barreras interdisciplinarias. Ello se debe al bajo porcentaje de materias humanísticas que fomentan la relación del médico en el equipo de salud, el desconocimiento del término que lo lleva a confundir la interdisciplina con el trabajo grupal de especialidades médicas, la fragmentación de los conocimientos impartidos que buscan la hiper especialización, la falta de recursos metodológicos por parte de los docentes que llevan al alumno a asimilar conocimientos, memorizarlos y repetirlos, sin apelar a su reflexión, crítica, forjándoles un perfil de autosuficiencia basado en criterios preconcebidos y la falta de integración docente entre ambas carreras frente a los alumnos en el dictado de las clases.
  
- ◆ La trasgresión de los límites en el proceso tratamiento – rehabilitación por parte de los médicos, no se lleva a cabo, dado que la mayor parte ellos, no desconocen las incumbencias del kinesiólogo en este campo, más aún, la derivación se realiza casi

desmedidamente en el caso de los Establecimientos Públicos, donde existe el servicio de kinesiología suficientemente montado para la atención de pacientes por trastornos traumáticos, reumáticos, neumonológico, respiratorio o pediátrico.

- ◆ Dado que el 60 % de las materias impartidas en la carrera de medicina son de carácter biológicas, reparadoras o curativas, rotuladas por áreas, con un alto ritmo de cursado horaria, sumado al profundo aprendizaje en farmacología y en donde se le resta trascendencia a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y se incentiva el acceso a la tecnología de última generación, el profesor de medicina desvirtúa el perfil propuesto por los programas de estudio de la U.A.I, tentado por intereses económicos sugeridos por la derivación y las posibilidades monetarias que le ofrece el fomentar en el paciente la dependencia al requerimiento de sus servicios.

Podemos agregar, desde el análisis del desarrollo y resultados obtenidos en la presente investigación, surgieron ciertos datos que no fueron especificados hasta el momento, dado que no se contemplaron en los objetivos ni en las hipótesis pero que creemos de interés enumerar con el sentido de profundizar el trabajo y despertar la motivación para el desarrollo de futuras tesis:

- En medicina el mayor porcentaje de estudiantes son jóvenes, no residentes en Rosario, egresados de bachilleratos, y sin actividades laborales, lo que determina que su entorno gire por y para la carrera.
- Los grupos de kinesiología son más numerosos que en Medicina, con características más heterogéneas, un alto porcentaje de jóvenes entre los cuales se mezcla un considerable número de estudiantes de mayor edad, que cuentan con otras profesiones de nivel terciario (Profesorado de Educación Física o Universitarios incompleto).
- A pesar del escaso número de estudiantes de medicina por comisión, los docentes sólo se integran con el alumno de manera intelectual o cognitiva, sin indagar en las expectativas y metas que el alumno se plantea. Los grupos suelen ser poco participativos y las clases se desarrollan formalmente o en grupos de trabajo con pocas variaciones metodológicas.

- El alumno de Kinesiología posee un perfil más humanístico que le posibilita las herramientas para la apertura crítica – reflexiva, gracias a la tesina que se insinúa a lo largo de la carrera. Esta marca la unión de los fragmentos cognitivos desarrollados en las diferentes materias impartidas de carácter reparador.
- La invasión del campo kinésico se lleva a cabo por otros profesionales de la salud (enfermeros, profesores de educación física, Masajistas) dado al bajo número de profesionales y la escases de cargos públicos que propicia la necesidad de su labor ocupada por otros cuando éstos no están presentes.
- La derivación del médico al kinesiólogo, generalmente está sujeta al condicionamiento de la forma de pago asumida por la institución, aumenta cuando el médico percibe un salario y disminuye cuando se trata del sistema de prestaciones.

## **Bibliografía:**

- **ASTI VERA,R** – METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN – Ed. Kapeluz, Bs.As. 1968
- **BUNJE, N** - LA CIENCIA, SU METODO Y SU FILOSOFIA – Ed. Siglo XX – Bs.As. 1966
- **DEL SEL J.M.-** *ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA* - Editorial López Libreros- Buenos Aires, Argentina - 1988.
- **EMANUELLE E.** - *PARADOJAS DEL DISCURSO MEDICO* - Editorial Ross OMS,- Rosario, Argentina- 1995.
- **EMANUELLE E.** - *EDUCACIÓN, SALUD, DISCURSO PEDAGOGICO* – Editorial Novedades Educativas, 1º Edición, 1998, Bs. As.
- **ENGEL G.L.-** *LA NECESIDAD DE UN MODELO NUEVO: UN RETO PARA LA BIOMEDICINA.* Science April.
- **FREIRE PAULO** – EDUCACIÓN COMO PRACTICA DE LA LIBERTAD – Ed. Siglo XXI, 32º edición, 1º reimpresión en Argentina, 1985
- **FREIRE PAULO** – EDUCACIÓN Y CAMBIO – Ed. Búsqueda, 4º edición, Buenos Aires, Abril 1987
- **FREIRE PAULO** - ¿ EXTENSIÓN O COMUNICACIÓN? LA CONCIENTIZACION EN EL MEDIO RURAL – **ED. Siglo XXI, 1º Edición en español, Buenos Aires, Junio, 1973**
- **FREIRE PAULO** – HACIA UNA PEDAGOGÍA DE LA PREGUNTA. CONVERSACIONES CON ANTONIO FAUNDEZ - **Ed. Aurora, 1º Edición, Buenos Aires, 1986.**
- **GUBER ROXANA** – EL SALVAJE METROPOLITANO – Editorial Legaza , Bs. As.
- **ILLICH IVAN** - NEMESIS MEDICA - **Ed. Planeta 3º edición 1987, Mexico**
- **KOTTKE F.J** - **LEHMANN J.F y otros** - *MEDICINA FISICA Y REHABILITACION* -Editorial Panamericana- Madrid, España-1997.
- **MIROLI ALEJANDRO. B.-** ENCICLOPEDIA DE CONOCIMIENTOS MEDICOS -Tomo I. Editorial El Ateneo - 3º edición. –1976.
- **MONIN E.** - *LOS SIETE SABERES DE LA EDUCACION* -Editorial Panamericana- Buenos Aires, Argentina- 1999.

- **LORES ARNAIJ MARIA DEL ROSARIO - HACIA UNA EPISTEMOLOGÍA DE LAS CIENCIAS HUMANAS – Ed. De Belgrano, 1986,Argentina**
- **SANJURJO L. - PARADIGMAS EDUCATIVOS -Editorial El Ateneo - Buenos Aires, Argentina-1998.**
- **SONIS ABRAHAM Y COLABORADORES – MEDICINA SANITARIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD – Ed. El Ateneo –Tomo II- Bs. As, 1982**

**Documentación complementaria:**

- **Plan de estudio de la Carrera de medicina de la U.N.R Reordenamiento 1997 / 98.**
- **Programas Cuniculares de las materias: Medicina y Sociedad, Medicina Legal y Medicina Preventiva y Social. U.N.R.**
- **Perfil Médico de la U.A.I.**
- **Plan de estudios de la Carrera de Medicina de la U.A.I. Ordenamiento 2001.**
- **Programas curriculares de las materias: Ética profesional, Psicología, Comunicación oral y escrita, Antropología, Problemática del mundo actual de la U.A.I. 2001.**
- **Airasca Daniel, “Las creencias de los docentes sobre la actividad física”,Tesis Doctoral en Educación, Universidad Católica de Santa fe, Amstrong, 2001**

## **Anexos**

### **Entrevista a médicos:**

**Nombre:**

**Edad:**

**Especialidad:**

**Antigüedad:**

**Ámbito laboral:**

### **Médicos docentes:**

- 1) ¿Dentro de su formación académica se incluyeron materias que apuntaban al trabajo interdisciplinario? ¿Cuáles?
- 2) ¿ La facultad de hoy en día está formando médicos capacitados para el trabajo interdisciplinario?
- 3) ¿ Conoce las incumbencias del kinesiólogo? ¿ Qué áreas abarca?
- 4) ¿ Cree importante la derivación e éste servicio? ¿Usted deriva a sus pacientes?¿ Cuántos pacientes derivó en este último mes?
- 5) ¿ Trabaja dentro de un equipo interdisciplinario? ¿ Está incluido el kinesiólogo en éste? ¿ Se reúnen periódicamente? ¿ Cuántas veces?
- 6) ¿ Considera relevante el trabajo del kinesiólogo dentro de un equipo de salud? ¿ Podría ser reemplazado por alguna especialidad médica?
- 7) ¿ Cómo se siente en su accionar ante la presencia de un kinesiólogo que comparta el tratamiento?

**Entrevista a kinesiólogos:**

**Nombre:**

**Edad:**

**Especialidad:**

**Antigüedad:**

**Ámbito laboral:**

**Kinesiólogos docentes:**

- 1) ¿Dentro de su formación académica se incluyeron materias que apuntaban al trabajo interdisciplinario? ¿Cuáles?
- 2) ¿ La facultad de hoy en día está formando kinesiólogos capacitados para el trabajo interdisciplinario?
- 3) ¿ Conoce las incumbencias de la especialidad del médico con que trabaja? ¿ Qué áreas abarca?
- 4) ¿ Recibe derivación a su servicio o consultorio?¿ Cuántos pacientes le derivaron en este último mes?
- 5) ¿ Trabaja dentro de un equipo interdisciplinario?¿ Se reúnen periódicamente? ¿ Cuántas veces?
- 6) ¿ Cree que los médicos ocupan campos de la kinesiología?
- 7) ¿ Cómo se siente ante la presencia de un médico que abarca su campo laboral?

**Plan de estudio: “ MEDICINA”**

<b>PRIMER AÑO</b>		<b>Horas Semanales</b>	<b>Horas Totales</b>
Anual	<b>Anatomía Humana</b>	8	256
Anual	<b>Histología -Citología- Embriología</b>	7	224
Anual	<b>Ética Profesional</b>	2	64
Anual	<b>Practica I</b>	2	64
Anual	<b>Taller de Informática I</b>	2	64
Anual	<b>Inglés I</b>	2	64
Anual	<b>Genética Humana</b>	2	64
		<b>25</b>	<b>800</b>
<b>SEGUNDO AÑO</b>			
Anual	<b>Fisiología y Biofísica</b>	9	288
Anual	<b>Bioquímica</b>	5	160
Anual	<b>Taller de Informática II</b>	2	64
Anual	<b>Inglés II</b>	2	64
		<b>18</b>	<b>576</b>
1° Cuatrimestre	<b>Psicología</b>	3	48
1° Cuatrimestre	<b>Comunicación oral y escrita</b>	2	32
1° Cuatrimestre	<b>Antropología</b>	2	32
		<b>7</b>	<b>112</b>
2° Cuatrimestre	<b>Práctica II</b>	4	64
		4	64
<b>TERCER AÑO</b>			
Anual	<b>Patología</b>	5	160
Anual	<b>Inmunología-Microbiol.-Parasitología</b>	4	128
Anual	<b>Farmacología</b>	5	160
Anual	<b>Optativa</b>	2	64
Anual	<b>Optativa</b>	2	64
Anual	<b>Optativa</b>	2	64
		<b>20</b>	<b>640</b>
1° Cuatrimestre	<b>Práctica III</b>	3	48
		<b>3</b>	<b>48</b>
<b>CUARTO AÑO</b>			
1° Cuatrimestre	<b>Medicina interna I</b>	10	160
1° Cuatrimestre	<b>Salud Pública</b>	3	48
1° Cuatrimestre	<b>Enfermedades Infecciosas</b>	6	96
1° Cuatrimestre	<b>Portugués I</b>	2	32
		<b>31</b>	<b>496</b>
2° Cuatrimestre	<b>Anest. y apoyo al paciente crítico</b>	2	32
2° Cuatrimestre	<b>Medicina Interna II</b>	12	192
2° Cuatrimestre	<b>Portugués II</b>	2	32
2° Cuatrimestre	<b>Optativa</b>	3	48
2° Cuatrimestre	<b>Cirugía General</b>	5	80
2° Cuatrimestre	<b>Optativa</b>	3	48
2° Cuatrimestre	<b>Oncología clínica quirúrgica</b>	3	48
		<b>30</b>	<b>480</b>
<b>QUINTO AÑO</b>			
1° Cuatrimestre	<b>Neurología</b>	4	64
1° Cuatrimestre	<b>Obstetricia</b>	6	96
1° Cuatrimestre	<b>Ginecología</b>	5	80
1° Cuatrimestre	<b>Psiquiatría</b>	4	64
1° Cuatrimestre	<b>Esterilidad</b>	3	48

1° Cuatrimestre	<b>Medicina Legal</b>	4	64
1° Cuatrimestre	<b>Oftalmología</b>	3	48
		<b>29</b>	<b>464</b>
2° Cuatrimestre	<b>Dermatología</b>	3	48
2° Cuatrimestre	<b>Pediatría</b>	10	160
2° Cuatrimestre	<b>Toxicología</b>	3	48
2° Cuatrimestre	<b>Urología</b>	3	48
2° Cuatrimestre	<b>Otorrinolaringología</b>	3	48
2° Cuatrimestre	<b>Ortopedia y Traumatología</b>	4	64
		<b>26</b>	<b>416</b>
<b>SEXTO AÑO</b>			
Anual	<b>Internado Rotatorio</b>	50	1600
		<b>50</b>	<b>1600</b>
1° Cuatrimestre	<b>Pasantía Medicina comunitaria</b>	11	176
		<b>11</b>	<b>176</b>
2° Cuatrimestre	<b>Problemática del mundo Actual</b>	3	48
		<b>3</b>	<b>48</b>
	<b>TOTAL DE LA CARRERA</b>	<b>267</b>	<b>6080</b>

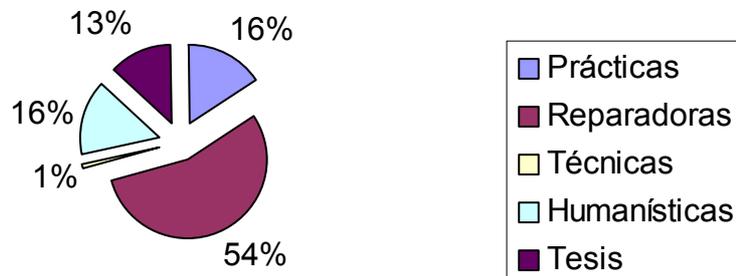
**Plan de estudio: “ LIC: KINESIOLOGIA Y FISIATRIA”**

<b>PRIMER AÑO</b>		<b>Horas Semanales</b>	<b>Horas Totales</b>
Anual	Anatomía Humana	6	192
Anual	Histología - Embriología	4	128
Anual	Química Biológica	3	96
Anual	Física Biológica	4	128
Anual	Epistemol. e Historia de las ciencias	2	64
Anual	Introducción a la Kinesiología	3	96
		<b>22</b>	<b>704</b>
<b>SEGUNDO AÑO</b>			
Anual	Fisiología	4	128
Anual	Metodología de la Investigación	3	96
Anual	Anatomía funcional y biomecánica	4	128
Anual	Semiopatología I	4	128
Anual	Fisioterapia I	4	128
		<b>19</b>	<b>608</b>
<b>TERCER AÑO</b>			
Anual	Técnicas Kinésicas	4	128
Anual	Semiopatología II	4	128
Anual	Farmacología	3	96
Anual	Fisioterapia II	4	128
Anual	Kinefilaxia	4	128
		<b>19</b>	<b>608</b>
<b>CUARTO AÑO</b>			
Anual	Clínica Médica Kinefisiátrica	4	128
Anual	Psicomotricidad y neurodesarrollo	4	128
Anual	Psicología I	3	96
Anual	Ortesis y Prótesis	2	64
Anual	Terapéutica en Neurología	4	128
Anual	Terapéutica en Traumatología	4	128
		<b>21</b>	<b>672</b>
<b>QUINTO AÑO</b>			
Anual	Kinesiología Deportiva	6	192
Anual	Terapéutica en el deporte	6	192
Anual	Kinefisiatría Ocupacional y Laboral	2	64
Anual	Psicología II	3	96
		<b>17</b>	<b>544</b>
1° Cuatrimestre	Kinesiología Legal y Deontología	2	32
1° Cuatrimestre	Organización Hospitalaria	2	32
		<b>4</b>	<b>64</b>
2° Cuatrimestre	Informática	2	32
2° Cuatrimestre	Kinesiología Cosmiátrica	2	32
2° Cuatrimestre	Trabajo de tesis	34	550
		<b>38</b>	<b>624</b>
	<b>TOTAL DE LA CARRERA</b>	<b>140</b>	<b>3814</b>

### Distribución de la carga horaria en Medicina



### Distribución de la carga horaria en Lic. Kinesiología y Fisiatría



**Plantel docente de Lic. En Kinesiología y Fisiatría**

<b>Cantidad</b>	<b>Profesión</b>	<b>Porcentaje del plantel</b>
7	MEDICOS	29,16 %
1	BIOQUÍMICO	4,16 %
1	LIC. FISICA	4,16 %
1	ANALISTA EN SISTEMAS	4,16 %
2	PSICOLOGOS	8,33 %
12	KINESIÓLOGOS	50 %

**Plantel docente de Medicina**

<b>Cantidad</b>	<b>Profesión</b>	<b>Porcentaje del plantel</b>
103	MEDICOS	90,35 %
3	BIOQUÍMICO	2,63 %
1	LIC. EN ESTADÍSTICA	0,88 %
1	PROF.DE PORTUGUES	0,88 %
2	PSICOLOGOS	1,75 %
1	KINESIÓLOGOS	0,88 %
1	LIC. EN ANTROPOLOGIA	0,88 %
2	LIC. EN CS. POLÍTICA	1,75 %