



**UNIVERSIDAD  
DEL AZUAY**

**DEPARTAMENTO DE POSGRADOS**

**MAESTRÍA EN BIOÉTICA**

**Versión I**

**¿Acaso el laboratorio hace al médico?**

**La medicina en la UDA y el informe Flexner**

**Trabajo de titulación previo a la obtención de título de Magister en Bioética**

**Autor: Johann Franz Radax, DVM, MD**

**Director de tesis: Romel Virgilio Soto Sarango, PhD**

**Cuenca, Ecuador 2020**

## DEDICATORIA

A mi esposa, hermosa y querida,  
que me ha apoyado en cada momento de este arduo trabajo,  
quien nunca emitió una sola palabra de queja  
al pasar largos ratos de soledad  
cuando yo estaba con mi nariz en los libros,  
pero en mi corazón con ella.

## AGRADECIMIENTOS

Injustamente restrinjo mis expresiones de sincero agradecimiento a las personas que de forma más directa contribuyeron a esta tesis, por su disposición de sacrificar su tiempo en concederme una entrevista de las cuales cada una ha resultado ser una perla a su manera.

- A los 12 estudiantes, cuyos nombres quedan en el anonimato.

Y en orden alfabético de sus apellidos:

- Dr. Fernando Manuel Arias Maldonado
- Dr. Galo Rubén Duque Proaño
- Dr. Pedro José González Serrano
- Dr. Fray Cleyton Martínez Reyes
- Dra. Alicia Cumandá Merchán Manzano
- Dra. Miriann Alexandra Mora Verdugo
- Dr. Marco Vinicio Palacios Quezada
- Dr. James Stanley Pilco Luzuriaga
- Dr. Alberto Pantaleón Quezada Ramón
- Dr. Hernán Patricio Sacoto Aguilar
- Dra. Carla Marina Salgado Castillo
- Dra. Anita Lucía Vicuña Pommier

## **RESUMEN**

Este trabajo constituye un estudio cualitativo del tipo teoría fundamentada (*grounded theory*). Investiga la historia del Informe Flexner y su influencia sobre la malla curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. Describe el desarrollo de la postura de la Facultad de Medicina en el tiempo, su perfil de egresado y los problemas relacionados desde la fundación de la Facultad hasta el presente. Identifica deficiencias, tensiones y fortalezas en la Facultad. Adicionalmente realizamos una proyección a futuro de la formación de los estudiantes y comparamos su visión con aquella de las autoridades. Dedicamos especial atención a los aspectos bioéticos inherentes, aplicando los principios de la ética formal. Señalamos los desafíos ya visibles en el futuro y el papel que podría desempeñar la Facultad en la planificación de la arquitectura de un verdadero y eficiente sistema de salud y en una participación activa y constructiva en la política sanitaria.

### **Palabras clave**

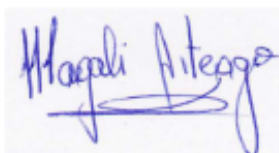
Informe Flexner, perfil de egresado, bioética, ética formal

## ABSTRACT

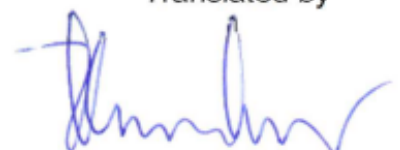
This qualitative research based on grounded theory studied the history of the Flexner Report and its influence on the curriculum at the Faculty of Medicine, Universidad del Azuay. The study also describes the development of the Medical Faculty's position over time, its graduate profile, and related problems from the founding of the School to the present. Shortcomings, tensions and strengths within the Faculty were identified. Additionally, a future projection of the students' training is made while their vision is compared to that one of the authorities. Special attention was given to the inherent bioethical aspects, applying the principles of formal ethics. Challenges already visible in the future were identified and the role that the Faculty could play in the planning of the architecture of a true and efficient health system and in an active and constructive participation in health policy.

### Keywords

Flexner Report, graduate profile, bioethics, formal ethics



Translated by



Johann Franz Radax

---

## Índice de contenido

Dedicatoria .....	ii
Agradecimientos .....	iii
Resumen.....	iv
Palabras clave.....	iv
Abstract .....	v
Índice de ilustraciones .....	xi
Índice de tablas .....	xiv
Índice de abreviaturas.....	xvi
1.    Introducción .....	1
1.1. Objetivos del estudio .....	3
2. Materiales y métodos .....	5
2.1. Diseño del estudio.....	5
2.2. Muestreo.....	5
2.3. Recolección y procesamiento de la información .....	8
2.3.1. Procedimiento de recopilación de datos cualitativos.....	8
2.3.2. Garantía de calidad de los datos de entrevista obtenidos.....	10
2.3.3. Procesamiento de los datos de entrevista .....	10

---

2.4. Instrumentos utilizados.....	11
2.5. Plan analítico.....	11
3. Resultados.....	12
3.1. Investigación histórica.....	12
3.1.1. La situación de la medicina a finales del período colonial hasta los comienzos del siglo xx en los Estados Unidos.....	14
3.1.2. Hacia una valoración de la situación médica en América del Norte .....	29
3.1.3. El Informe Flexner .....	38
3.1.4. Abraham Flexner – una breve biografía .....	47
3.1.5. Sir William Osler – una breve biografía (115,116).....	50
3.1.6. Choque de visiones.....	56
3.1.7. El papel paradójico de John D. Rockefeller Sr.....	60
3.1.8. El «titiritero» detrás del telón – Frederick Taylor Gates.....	64
3.1.9. John D. Rockefeller, Sr. – una breve biografía .....	67
3.2. La corta historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay con un toque personal .....	78
3.2.1. Dr. Edgar Rodas Andrade (13 de abril de 1936 - 2 de marzo de 2015) – una breve biografía .....	78
3.2.2. Bosquejo de los inicios de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay .....	82
3.3. Entrevistas.....	102
3.3.1. Temas, categorías y códigos.....	102
3.3.2. TEMA - Antiguas influencias .....	104
3.3.3. TEMA - Admisión de estudiantes .....	110

---

3.3.4. TEMA - Contenidos de enseñanza .....	114
3.3.5. TEMA - Metodología de la enseñanza.....	120
3.3.6. TEMA - Bioética.....	130
3.3.7. TEMA - Gobierno, Facultad y comunidad.....	132
3.3.8. TEMA - La profesión.....	138
3.3.9. TEMA - Retos y conflictos .....	149
3.3.10. La Facultad de Medicina de la UDA es especial.....	153
4. Discusión .....	157
4.1. La ética formal .....	157
4.1.1. La Regla Dorada.....	159
4.1.2. Traducción matemática de los principios confucianos de la Regla Dorada .....	161
4.2. Análisis histórico del Informe Flexner.....	163
4.2.1. Aspectos bioéticos de las visiones de Abraham Flexner y Sir William Osler.....	167
4.2.2. Las secuelas del Informe Flexner .....	172
4.2.3. Aspectos bioéticos de la elaboración y aplicación del Informe Flexner .....	193
4.2.4. Importancia u obsolescencia del informe Flexner en el mundo cambiado del siglo XXI.....	203
4.3. Entrevistas.....	207
4.3.1. TEMA - Antiguas influencias .....	209
4.3.2. TEMA - Admisión de estudiantes .....	220
4.3.3. TEMA - Contenidos de enseñanza .....	226
4.3.4. TEMA - Metodología de la enseñanza.....	237



---

4.3.5. TEMA - Bioética.....	262
4.3.6. TEMA - Gobierno, Facultad y comunidad.....	269
4.3.7. TEMA - La profesión.....	287
4.3.8. TEMA - Retos y conflictos .....	304
4.3.9. TEMA - La Facultad de Medicina de la UDA es especial.....	320
5. CONCLUSIONES .....	324
5.1. El informe Flexner y la visión de Sir William Osler.....	324
5.2. El Informe Flexner y la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay .....	327
5.3. El contraste entre las visiones inicial y presente de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay .....	329
5.4. El futuro rumbo de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay .....	331
5.5. Aspectos bioéticos de la visión, la enseñanza y la orientación de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay .....	333
6. HIPÓTESIS .....	338
7. RECOMENDACIONES .....	339
7.1. Redefinición o reconfirmación del perfil de egresado.....	339
7.2. Diálogo con los estudiantes .....	340
7.3. Lugar para la enseñanza práctica clínica .....	340
7.4. Política de contratación.....	341
7.5. Contenidos de la enseñanza .....	341
7.6. El proceso de admisión.....	342
7.7. Enseñanza más allá de la medicina – las humanidades .....	343
7.8. Enseñanza de la bioética .....	343

---

7.9. El problema de la vinculación.....	344
7.10. Periodismo científico.....	345
7.11. Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay ..	346
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	348
9. ANEXOS .....	372
9.1. Anexo 1: Cuestionario con preguntas, repreguntas y observaciones .....	372
9.2. Anexo 2: Informe del Consejo de Educación Médica de la Asociación Médica Americana (AMA).....	377
9.3. Anexo 3: Los viajes de Abraham Flexner .....	384
9.3.1. Enero de 1909 .....	384
9.3.2. Febrero de 1909 .....	386
9.3.3. Marzo de 1909 .....	387
9.3.4. Abril de 1909 .....	389
9.3.5. Mayo de 1909.....	391
9.3.6. Octubre de 1909.....	392
9.3.7. Noviembre de 1909.....	393
9.3.8. Diciembre de 1909.....	395
9.3.9. Enero de 1910 .....	397
9.3.10. Febrero de 1910.....	398
9.3.11. Marzo de 1910 .....	399
9.3.12. Abril de 1910 .....	400

---

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: "FoamTree" de la búsqueda mediante Carrot2.....	8
Ilustración 2: Gráfico de torta ("pie chart") de la búsqueda inicial mediante Carrot2 .....	9
Ilustración 3: Serpiente Erabu (Laticauda colubrina) .....	21
Ilustración 4: Frederick Taylor Gates .....	64
Ilustración 5: John D. Rockefeller Sr. (alrededor de 1875; imagen en el dominio público).....	67
Ilustración 6: William "Big Bill" Rockefeller Sr.....	75
Ilustración 7: Dr. Edgar Rodas A.....	78
Ilustración 8: Red semántica temática "Antiguas influencias" .....	104
Ilustración 9: Red semántica categórica "Flexnerianismo" .....	104
Ilustración 10: Red semántica categórica "Oslerianismo" .....	107
Ilustración 11: Red semántica temática "Admisión de estudiantes" .....	110
Ilustración 12: Red semántica categórica "Perfil de estudiante" .....	110
Ilustración 13: Red semántica categórica "Proceso de admisión" .....	112
Ilustración 14: Red semántica temática "Contenidos de enseñanza" .....	114
Ilustración 15: Red semántica categórica "Ciencias básicas" .....	114
Ilustración 16: Red semántica categórica "Docente" .....	116
Ilustración 17: Red semántica categórica "Humanidades / humanismo" ..	118
Ilustración 18: Red semántica temática "Metodología de la enseñanza" ..	120
Ilustración 19: Red semántica categórica "ABP" .....	121

---

Ilustración 20: Red semántica categórica "Defectos" .....	122
Ilustración 21: Red semántica categórica "Laboratorio" .....	124
Ilustración 22: Red semántica categórica "Mentoría" .....	126
Ilustración 23: Red semántica categórica "Metodología" .....	127
Ilustración 24: Red semántica categórica "Simulación" .....	128
Ilustración 25: Red semántica temática "Bioética" .....	130
Ilustración 26: Red semántica categórica "Bioética" .....	130
Ilustración 27: Red semántica temática "Gobierno, Facultad y comunidad" .....	132
Ilustración 28: Red semántica categórica "Alumnos" .....	132
Ilustración 29: Red semántica categórica "Vinculación" .....	134
Ilustración 30: Red semántica categórica "Visión de la Facultad" .....	136
Ilustración 31: Red semántica temática "La profesión" .....	138
Ilustración 32: Red semántica categórica "Acceso a servicios de salud" ..	139
Ilustración 33: Red semántica categórica "Comercio" .....	140
Ilustración 34: Red semántica categórica "Ejercicio de la profesión" .....	142
Ilustración 35: Red semántica categórica "Medicina humanista integral" ..	144
Ilustración 36: Red semántica categórica "Medicina pública" .....	147
Ilustración 37: Red semántica temática "Retos y conflictos" .....	149
Ilustración 38: Red semántica categórica "Conflictos" .....	149
Ilustración 39: Red semántica categórica "Retos" .....	151
Ilustración 40: Red semántica temática "Por qué la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay es especial" .....	153
Ilustración 41: Red semántica categórica "Enseñanza especial" .....	153
Ilustración 42: Red semántica categórica "Visión especial" .....	155
Ilustración 43: Red semántica categórica "Profesionalismo especial" .....	156
Ilustración 44: Esquema del «maratón» de inspecciones de Flexner .....	165
Ilustración 45: Desarrollo temporal de las especialidades médicas un los EEUU .....	182

---

Ilustración 46: Costo fijo del estudio de la medicina en diversas universidades estadounidenses, 1900-1921 .....	186
Ilustración 47: Desarrollo del costo del estudio de la medicina 1900-1921 .....	187
Ilustración 48: El racismo de Galton .....	189

---

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Sinopsis de las visiones de Flexner y Osler en cuanto a la educación y el ejercicio médico .....	59
Tabla 2: Temas, categorías y códigos .....	103
Tabla 3: Principios y definiciones de la ética formal .....	158
Tabla 4: Segmento del itinerario de Abraham Flexner según su autobiografía "I remember" de 1940.....	166
Tabla 5: El impacto del Informe Flexner sobre las escuelas médicas de los EEUU y Canadá.....	173
Tabla 6: Grupos de entrevistados.....	207
Tabla 7: Códigos de "flexnerianismos" por grupos de entrevistados .....	209
Tabla 8: Códigos de "oslerianismos" por grupos de entrevistados .....	215
Tabla 9: Códigos de "perfil de estudiante" por grupos de entrevistados ...	220
Tabla 10: Códigos de "proceso de admisión" por grupos de entrevistados .....	222
Tabla 11: Códigos de "ciencias básicas" por grupos de entrevistados.....	226
Tabla 12: Códigos de "docentes" por grupos de entrevistados .....	230
Tabla 13: Códigos de "humanidades / humanismo" por grupos de entrevistados.....	234
Tabla 14: Códigos de "ABP" por grupos de entrevistados .....	237

---

Tabla 15: Códigos de “defectos” por grupos de entrevistados.....	239
Tabla 16: Códigos de “laboratorio” por grupos de entrevistados .....	245
Tabla 17: Códigos de “mentoría” por grupos de entrevistados.....	248
Tabla 18: Códigos de “metodología” por grupos de entrevistados.....	252
Tabla 19: Códigos de “simulación” por grupos de entrevistados .....	258
Tabla 20: Códigos de “bioética” por grupos de entrevistados .....	262
Tabla 21: Códigos de “alumnos” por grupos de entrevistados.....	269
Tabla 22: Códigos de “vinculación” por grupos de entrevistados .....	273
Tabla 23: Códigos de “visión de la Facultad” por grupos de entrevistados	279
Tabla 24: Códigos de “acceso a servicios de salud” por grupos de entrevistados.....	287
Tabla 25: Códigos de “comercio” por grupos de entrevistados.....	291
Tabla 26: Códigos de “ejercicio” por grupos de entrevistados .....	295
Tabla 27: Códigos de “medicina humanista integral” por grupos de entrevistados.....	300
Tabla 28: Códigos de “medicina pública” por grupos de entrevistados .....	302
Tabla 29: Códigos de “conflictos” por grupos de entrevistados.....	304
Tabla 30: Códigos de “retos” por grupos de entrevistados.....	317
Tabla 31: Códigos de “enseñanza especial” por grupos de entrevistados.	320
Tabla 32: Códigos de “profesionalismo especial” por grupos de entrevistados.....	322
Tabla 33: Códigos de “visión especial” por grupos de entrevistados.....	323

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ABP	Aprendizaje basado en problemas
ABMS	Junta Americana de Especialidades Médicas ( <i>American Board of Medical Specialties</i> )
ABIM	Junta Americana de Medicina Interna ( <i>American Board of Internal Medicine</i> )
AFEME	Asociación de Facultades Ecuatorianas de Ciencias Médicas y de la Salud.
AMA	Asociación Médica Americana ( <i>American Medical Association</i> )
AMWA	Asociación de Mujeres Médicas Americanas ( <i>American Medical Women's Association</i> )
EEUU	Estados Unidos de Norteamérica
FEUE	Federación de Estudiantes Universitarios del Ecuador
GEB	Junta de Educación General ( <i>General Education Board</i> )
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
JDR	John Davison Rockefeller
MBE	Medicina basada en la evidencia
MD, M.D.	Doctor de la medicina (como título profesional)
MSP	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
NEJM	<i>New England Journal of Medicine</i> (Revista de la Sociedad Médica de Massachusetts, con un factor de impacto que supera 70)
J.A.M.A.,	<i>Journal of the American Medical Association</i> (Revista de la



---

JAMA	Asociación Médica Americana, con un factor de impacto que supera 51)
RF	Fundación Rockefeller ( <i>Rockefeller Foundation</i> )
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UDA	Universidad del Azuay
USMLE	Examen de licencia médica de los Estados Unidos ( <i>United States Medical Licensing Examination</i> )

---

Johann Franz Radax, DVM, MD

Tesis de Maestría en Bioética

Director de tesis: Romel Virgilio Soto Sarango, PhD

Octubre de 2020

**¿Acaso el laboratorio hace al médico?**

**La medicina en la UDA y el informe Flexner**

## **1. INTRODUCCIÓN**

El año 1910 constituye un punto de inflexión en el desarrollo de la medicina. En aquel año, Abraham Flexner publicó su informe sobre la situación de las escuelas médicas de los Estados Unidos y Canadá (1). Las conclusiones fueron devastadoras: La mayor parte de las instituciones no cumplían con las más mínimas exigencias académicas y científicas. Flexner, apoyado por los magnates John D. Rockefeller Sr., Andrew Carnegie y John Pierpont Morgan Sr., forzó el cierre del 50% aproximadamente de las instituciones (2–4). En consecuencia, la medicina de los Estados Unidos, aplicando el modelo científico alemán (5), alcanzó el liderazgo a nivel mundial (6–9).

Los grandes temas del Informe Flexner fueron: El aprendizaje activo y práctico, el equipamiento adecuado de la escuela médica (10), un proceso de admisión que seleccione a los mejores (10), la obligatoriedad de que una escuela médica esté afiliada a un hospital docente (11), un ingreso adecuado para los médicos (1), estándares de calidad (12), el método

---

científico (11), la integración de las ciencias básicas con las clínicas (13,14), el papel de la medicina en la salud pública (11,15), el continuo mediante estudios de posgrado, el financiamiento mínimo de una escuela médica y la escuela médica como bien social, sujeta al control público (16–21). Todos estos enfoques parecen equilibrados, pero en el transcurso del tiempo se presentaron problemas (22,23).

Uno de los grandes críticos del informe de Flexner fue el médico canadiense Sir William Osler. Osler había ideado la estructura y secuencia del estudio de la medicina en cuatro años con un aspecto fundamental: La enseñanza junto a la cabecera del paciente en un hospital (24). Su humanismo médico y su modelo de enseñanza médico lo convierten en una lumbrera en el firmamento de la medicina (25–28). Su método educativo contrastaba con aquel propuesto por Flexner: el modelo del aprendiz médico (29) versus el modelo de la educación científica en el laboratorio (30). Osler criticó, específicamente, el modelo del profesor de medicina a tiempo completo (31,32).

En el sistema propuesto por Flexner, el médico generalista sufre grandes desventajas de prestigio y de ingresos. En consecuencia, los estudiantes muestran escaso interés en las ramas generales de la medicina y quieren dedicarse más bien a las subespecialidades (33–36). Por ejemplo, el papel de la medicina en la salud pública, es decir, la atención primaria, se atrofió bajo la fuerte tendencia a la especialización (15,37–39). Tomaría décadas para cambiar el rumbo que se estaba saliendo de control (40–43). Asimismo, la influencia de la industria farmacéutica, creciente pero no nueva, en la educación e investigación médicas parece preocupante (44–53).

Se produjo una explosión de costos. Tanto el público cuanto la política clamó por la transformación de la medicina en una ciencia de la salud y no

---

de la enfermedad (54). Pero esto implica un cambio en la malla curricular de las escuelas médicas (55–60).

Es interesante ver la plétora de páginas Web que se dedican a la relación del imperio industrial y financiero de John D. Rockefeller, Sr., y su supuesto siniestro papel en la destrucción de las medicinas alternativas que florecían en los Estados Unidos antes de la publicación del Informe Flexner. No doy referencias, pues estas fuentes son de calidad dudosa y no científica. Pero, ¿cuánto hay de verdad en estas acusaciones? Las respuestas a esta pregunta se encuentran más adelante.

Como cualquier escuela médica en el mundo, también la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay se ve en un campo de tensión entre las ideas científicas de Flexner y las más humanistas de Osler. Ya se han dado cambios en la apreciación de ambos modelos, también en la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. ¿Qué nos deparará el futuro? Esta pregunta tiene una connotación bioética importante: La educación médica determina en alto grado la situación de la accesibilidad a la medicina, la relación médico paciente (61), el enfoque de la política de salud y, quizá, la transformación de un sistema de enfermedad en un sistema de salud (62).

### **1.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

Este estudio cualitativo investiga la influencia del informe Flexner y de la visión de Osler en la malla curricular la Facultad de Medicina de la UDA, los cambios en la visión de la Facultad desde su fundación y las implicaciones bioéticas resultantes. Para este fin, se realizarán los siguientes pasos:

- Analizar la historia del informe Flexner y las condiciones prevalentes en los Estados Unidos que llevaron a la idea de realizar una

---

valoración del estado de arte de la medicina y de las escuelas médicas en los Estados Unidos y en Canadá.

- Averiguar la influencia del Informe Flexner en los países de Norteamérica y en Latinoamérica hasta el presente.
- Contrastar la visión de la medicina de Abraham Flexner con aquella de Sir William Osler.
- Averiguar la importancia o la obsolescencia del informe Flexner y/o de la visión de Osler en el mundo cambiado del siglo XXI.
- Identificar, analizar y objetivar con la ayuda de la lógica simbólica (proposicional, de predicados, modal) los aspectos bioéticos inmediatos, mediatos y a largo plazo del Informe Flexner y su implementación, incluyendo los aspectos positivos y aquellos negativos no previstos.
- Precisar la posición de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay, en el campo de tensión Flexner-Osler en el momento de su fundación
- Contrastar el resultado con aquella en la actualidad.
- En caso de encontrar cambios, identificar las causas y/o motivos para éstos y sus posibles consecuencias.
- Contrastar la visión de los estudiantes con aquella de las autoridades de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay.
- Analizar los aspectos bioéticos en la posición de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay en su desarrollo histórico.
- Proyectar las oportunidades y los peligros a futuro.

## **2. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO**

El presente estudio es cualitativo, de tipo teoría fundamentada (*grounded theory*), en la variación ampliada de West (63).

### **2.2. MUESTREO**

Para la investigación histórica, se procedió según lo descrito por Glaser y Strauss:

“El muestreo teórico es el proceso de recolección de datos para generar teoría, en el que el analista recoge, codifica y analiza conjuntamente sus datos y decide qué datos recoger a continuación y dónde encontrarlos, para desarrollar su teoría a medida que va surgiendo. Este proceso de recolección de datos es controlado por la teoría emergente, ya sea sustantiva o formal.” (64)

---

Para las entrevistas de los informantes clave, se realizó un muestreo intencional ("*purposive sampling*") inicial:

- Dr. Galo Duque Proaño, actual decano de la Facultad de Medicina
- Dra. Cumandá Merchán Manzano, actual subdecano de la Facultad de Medicina
- Dr. Marco Vinicio Palacios Quezada, actual coordinador de carrera de la Facultad de Medicina
- Dr. Hernán Sacoto Aguilar, exdecano de la Facultad de Medicina
- Dr. Fray Cleyton Martínez Reyes, ex director de escuela de la Facultad de Medicina; coordinador de programas de vinculación
- Dr. Fernando Manuel Arias Maldonado, ex director de escuela, exsubdecano
- Dra. Anita Lucía Vicuña Pommier, colaboradora del Fundador de la Facultad de Medicina, el Dr. Edgar Rodas Andrade; integrante del proyecto Carro Quirófano; exintegrante del equipo del Externado Comunitario
- Dra. Miriann Alexandra Mora Verdugo, coordinadora del externado comunitario
- Dr. James Pilco Luzuriaga, profesor fundador de la Facultad; artista y humanista
- Dra. Carla Marina Salgado Castillo, exalumna, docente de la Facultad de Medicina
- Dr. Pedro José González Serrano, exalumno, docente de la Facultad de Medicina

Si bien algunos de los entrevistados habían aportado datos sobre la historia de la fundación de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay (los doctores Palacios y Pilco, y especialmente la Dra. Vicuña), resultó obvia la necesidad de información adicional en relación con este tema. Se procedió

---

a realizar una entrevista adicional (muestreo teórico) con la que se obtuvieron los datos necesarios:

- Dr. Alberto Quezada Ramón, colaborador del Fundador de la Facultad de Medicina, el Dr. Edgar Rodas Andrade; profesor de Posgrado de Medicina Familiar

Las entrevistas, de aproximadamente una hora de extensión, se realizaron individualmente. Por falta de anonimato, se aplicó un consentimiento informado verbal y grabado al inicio de cada entrevista.

Para las entrevistas con los estudiantes, se procedió con un muestreo intencional de 12 estudiantes que cursan años superiores (clínica) del estudio de la medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. Ellos expresaron su acuerdo de participar voluntariamente en el estudio. Se realizó un grupo focal, aplicando el mismo cuestionario para las autoridades y los docentes. Las grabaciones y transcripciones de estas entrevistas tienen carácter de anónimo.



## 2.3. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

### 2.3.1. Procedimiento de recopilación de datos cualitativos

#### 2.3.1.1. Datos históricos

Para la recopilación de los datos históricos, se realizó una búsqueda inicial usando la plataforma Carrot2 (65) que arrojó resultados estructurados en racimos (Véase ilustraciones 1 y 2).

A continuación se procedió con búsquedas adicionales guiadas por los principios indicados con anterioridad, descritos por Glaser y Strauss (64).

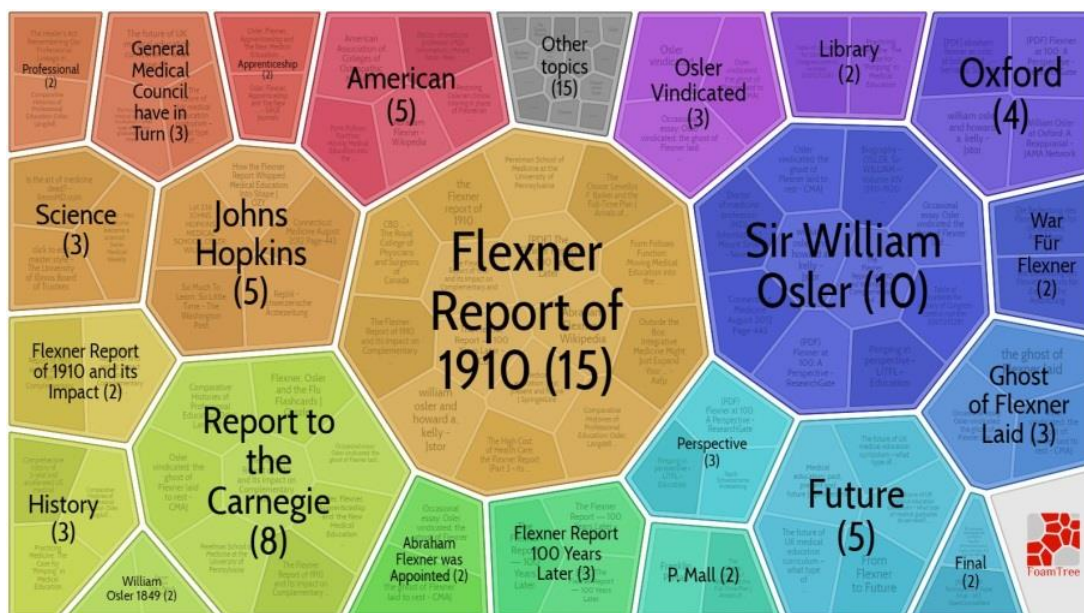


Ilustración 1: "FoamTree" de la búsqueda mediante Carrot2



Ilustración 2: Gráfico de torta ("pie chart") de la búsqueda inicial mediante Carrot2

### 2.3.1.2. Entrevistas

Las entrevistas se llevaron a cabo de dos formas:

Entrevistas individuales con los informantes claves (autoridades, exautoridades, docentes, exdocentes, exalumnos). En estas entrevistas se aplicó un consentimiento informado verbal (grabado mediante audio y video) por no garantizar el anonimato de los entrevistados.

Entrevistas en forma de grupo focal en el caso de los estudiantes, donde los alumnos se motivaron mutuamente a participar y contribuir. Esta metodología no es compatible, en el sentido estricto, con el proceder en la teoría fundamentada, en la que el entrevistador sin comentarios y sin

---

interferir entrevista a sus informantes. En el sistema de West se permite el acercamiento heurístico en el que el entrevistador usa métodos adicionales (por ejemplo, la presentación de metáforas) para provocar más reacciones espontáneas y sí logra recopilar resultados de mayor profundidad (63). En el caso de los grupos focales, estos estímulos nacen espontáneamente del mismo grupo. En el caso de los participantes del grupo focal, se garantiza el anonimato.

### **2.3.2. Garantía de calidad de los datos de entrevista obtenidos**

Todas las entrevistas fueron llevadas a cabo por el propio investigador con la aplicación cuidadosa de una técnica de entrevista *lege artis*. Además, las transcripciones de las entrevistas fueron sometidas al escrutinio posterior de los entrevistados para aplicar, en caso de necesidad, correcciones o aclaraciones.

### **2.3.3. Procesamiento de los datos de entrevista**

El primer paso del procesamiento de las entrevistas fue la transcripción literal de los archivos de audio.

A continuación, después del control de cada una de las grabaciones y transcripciones de las entrevistas por los entrevistados, se realizó, en caso de ser necesario, la redacción de una versión más pulida sin perder el espíritu de lo expresado originalmente, idónea para ser incluida como anexo físico o electrónico en la tesis.

Mediante el procesamiento de estos textos se establecieron los códigos, las categorías (familias de códigos) y los temas (familias de categorías) de las entrevistas para su posterior análisis y discusión.

También se elaboraron gráficos para ilustrar las diversas relaciones entre los metadatos.

---

## 2.4. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Cuestionario único con preguntas, repreguntas y observaciones. Solo en el caso del Dr. Quezada se llevó a cabo una entrevista completamente abierta.
- Grabadora de audio de doble micrófono y Smartphone con capacidad de grabación
- Software ATLAS.ti versión 8
- Generador de tableros semánticos (<https://www.umsu.de/trees/>)

## 2.5. PLAN ANALÍTICO

- Transcripción de las grabaciones
- Transcripciones pulidas
- Codificación de los datos mediante el software ATLAS.ti 8
  - Codificación abierta
  - Establecimiento de categorías y temas
  - Codificación axial, de forma reiterativa con cada transcripción
  - Establecimiento de ideas compartidas
  - Establecimiento del “concepto central organizador”
- Interpretación de los datos.
- Construcción de hipótesis

El análisis bioético se realizó mediante la aplicación de procedimientos de la ética formal (66) usando la lógica simbólica en sus expresiones proposicional y modal (67). Para las fórmulas ilustrativas se aplicaron expresiones de la lógica deóntica (68), imperativa y de creencia (*believe logic*) (69), todas ellas variantes de la lógica de predicados (70).

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. INVESTIGACIÓN HISTÓRICA

La mayoría de los médicos e historiadores que investigan el Informe Flexner, publicado en 1910, lo consideran uno de los documentos más importantes del siglo xx. Según ellos, cambió la estructura misma del sistema educativo médico de los Estados Unidos y dio inicio a la época de la investigación científica médica. Es el estudio que por sí solo catapultó la medicina estadounidense de una práctica de traspatio hacia la vanguardia mundial. En las últimas décadas, sin embargo, se ha producido un cambio en la apreciación de muchos, para el disgusto y la aflicción de otros (71).

Existen algunas voces críticas que tienen al Informe Flexner como el documento más sobrevalorado en la historia de la medicina estadounidense. Su reputación ilustraría magníficamente la falacia *post hoc ergo própter hoc*: la educación médica sufrió grandes cambios después de la aparición del informe Flexner; por lo tanto, el crédito pertenece a Flexner. Este razonamiento habría dotado al informe de un estatus canónico que ha dado lugar a una horrible distorsión del registro histórico (72).

Jacalyn Duffin describe cómo Flexner «hizo pedazos» a tres escuelas médicas canadienses con su crítica en el Informe.

---

«Flexner reservó sus críticas más duras para el Colegio Médico de Halifax en Nueva Escocia y la Universidad de Ontario Occidental en Londres, Ontario. La “débil” Halifax ofrecía una enseñanza de ciencias básicas justa, pero los nombramientos en el hospital eran “hechos por el gobierno por sus propias razones”, lo que obligaba a la universidad a otorgar cátedras a practicantes indignos. Las normas de admisión de Western eran “nominales”, las instalaciones clínicas “totalmente inadecuadas” y los laboratorios “miserables”, mientras que los libros de la biblioteca estaban “encerrados en cajas”, para las cuales sólo el conserje tenía la llave. No se impartía ninguna instrucción en fisiología, farmacología o microscopía clínica, y no había ningún dispensario. Era “tan malo como cualquier cosa que se encuentre a este lado de la línea”.» (73)

Ninguna de las tres escuelas tuvo que cerrar. Al contrario, se defendieron exitosamente contra las acusaciones. Por ejemplo, en diciembre de 1910, Albert Le Sage, el editor de la *Union Médicale du Canada*, lanzó críticas punzantes contra Flexner por su «ineptitud» y los «graves errores» que este había difundido tan ampliamente e impugnado así la reputación de una buena escuela. El editor cuestionó por qué Flexner no se había molestado en leer los materiales proporcionados. Entonces respondió a su pregunta retórica: Porque era «incapaz de entender» los documentos en francés (73,74).

La crítica acre de Flexner, por lo tanto, no tenía suficiente peso como para decidir sobre el porvenir de una institución.

Ludmerer sostiene que, contrariamente a la concepción popular, ni Abraham Flexner ni la Asociación Médica Americana participaron como actores líderes en la creación de la educación médica americana moderna. Muchos de los procesos atribuidos al impacto del Informe Flexner ya estaban en camino, incluso antes de la fundación del Consejo de Educación Médica de

---

la AMA en 1904. Ludmerer concede, sin embargo, que tanto el Informe Flexner cuanto la AMA influyeron profundamente en la forma definitiva que asumiría el sistema (75).

Robert P. Hudson concuerda con esta visión diciendo que el informe Flexner de 1910 se presenta justificadamente como un monumento en la reforma de la educación médica estadounidense. Sin embargo, hay mucho en el propio informe que sugiere que la contribución de Flexner no fue tanto revolucionaria cuanto catalizadora de un proceso ya en evolución (76).

Sin embargo, es un hecho que la educación médica en los Estados Unidos todavía se basa en el legado de Flexner. En Latinoamérica, la piedra angular de todo cambio en la malla curricular en las facultades de medicina se conforma de los principios de Flexner. Existe, por lo tanto, todavía una situación que podríamos llamar la «hegemonía flexneriana» (77).

### **3.1.1. La situación de la medicina a finales del período colonial hasta los comienzos del siglo xx en los Estados Unidos**

Antes del año 1765 no funcionaba ninguna escuela de medicina en las colonias británicas de América. Para ser médico, un hombre tenía que servir como aprendiz de otro médico, recorriendo con él sus rondas, leyendo sus libros, mezclando sus medicinas y, como no, barriendo su consultorio y sacando la basura. Si alguien, más tarde, quería asistir a una escuela de medicina, no le quedaba más que viajar al extranjero (78).

#### **3.1.1.1. Pensilvania**

La primera escuela médica nacería en Filadelfia por la insistencia de John Morgan (1735-1789). Él era oriundo de la ciudad. Había servido seis años como aprendiz del Dr. John Redman. Los siguientes cuatro años había trabajado como cirujano militar. En 1760 viajó a Edimburgo para completar

---

su educación médica, con una carta de recomendación de Benjamín Franklin a William Cullen, profesor de los Institutos de Medicina, un genial profesor e innovador. Cullen fue tan revolucionario que enseñaba medicina en inglés en lugar del latín, lo que conmocionaba el mundo erudito. Morgan recibió su título de doctor en medicina en 1763; y luego de un extenso viaje por el continente europeo, en 1765 regresó a Filadelfia. Ya había elaborado el plan de presentar ante los fideicomisarios del Colegio de Filadelfia un discurso que escribiría historia (78).

Si durante los siguientes 150 años las autoridades médicas y educativas de los Estados Unidos no se hubiesen desviado de los principios y objetivos que John Morgan esbozó, no habría sido necesaria la intervención brutal de Abraham Flexner en 1910 que sacudiría y derrumbaría el andamiaje podrido de la educación médica estadounidense (78).

En un discurso histórico John Morgan propuso el establecimiento de la primera escuela de medicina en las colonias americanas, en el Colegio de Filadelfia, que posteriormente se convertiría en la Universidad de Pensilvania. Destacó la importancia de los altos estándares, una sólida educación preliminar en literatura y ciencia, y una profunda base en ciencia médica, anatomía, materia médica y botánica, química, fisiología (que él llamaba «anatomía animada») y patología, como la base necesaria para la formación en la medicina clínica. Insistió en que la facultad de medicina debería constituir una parte integral de una universidad, y debería acompañarse de instalaciones hospitalarias adecuadas y controlarlas. Morgan además puso énfasis en la importancia de la investigación (78).

Hasta en la apreciación de la importancia de la especialización vaticinó las ideas de Flexner de casi siglo y medio más tarde: Anunció que él no haría ninguna cirugía, y que no sería ningún boticario; necesitaba todo el tiempo del que pudiera disponer para cumplir con sus deberes médicos (78).



---

Los fideicomisarios del Colegio de Filadelfia accedieron, Morgan contrató a su colega Shippen como profesor (en un papel secundario) en una relación más que tensa y poco amistosa (79), y el resto es historia (78). No todo en esa historia fue de color rosado.

La Revolución Americana tuvo un efecto duradero en la universidad. Durante la guerra, Morgan fue nombrado director general del hospital del ejército en Boston. Pero solo contaba con suministros limitados, lo que le dificultó la tarea de contener un brote de viruela. Considerando la prevalente ignorancia en las etapas de mando, y peor entre los soldados rasos, sobre los principios de la epidemiología, no es de admirarse que, inevitablemente, todos culparon a Morgan de no poder resolver estos problemas; y Shippen, su viejo rival y enemigo, se las arregló para hacer a un lado a Morgan y asumir el cargo. Morgan tomó represalias acusando a Shippen de fraude y especulación en los suministros hospitalarios; como resultado, Shippen fue sometido a un consejo de guerra y renunció en 1791.

### **3.1.1.2 Nueva York**

La segunda escuela de medicina que se estableció en las colonias se organizó en el Kings' College («Colegio de los Reyes», que más tarde se llamaría Universidad de Columbia) en Nueva York. El Kings' College había sido fundado en 1754. En 1767 los doctores Samuel Clossy (graduado del Trinity College de Dublín) y Samuel Bard (graduado de Edimburgo) y otros cuatro médicos presentaron ante los gobernadores una propuesta para instituir una escuela de medicina dentro del Kings' College. Esta fue aprobada y la escuela de medicina abrió sus puertas en noviembre de 1767. Durante la Guerra de Independencia, con la ocupación británica de Nueva York, la escuela quedaba clausurada. Fue reabierto algunos años después de la guerra, y más tarde se unió a otra escuela – el Colegio de Médicos y

---

Cirujanos. En 1860 volvió a establecer una relación con Columbia, y en 1891 fue incorporada en aquella universidad (78).

Es evidente que la educación médica en los Estados Unidos siempre ha visto a Edimburgo como su *alma máter*, su «madre nodriza» espiritual (78).

### **3.1.1.3 Massachusetts**

El Colegio de Harvard, fundado en 1636, poco tiempo después de que los puritanos hubieran desembarcado, logró establecer, siglo y medio después, el establecimiento de la tercera escuela de medicina en las Colonias Americanas. Tres profesores, John Warren, Benjamin Waterhouse y Aaron Dexter, celebraron su investidura en una ceremonia pública en 1783, que marcó el comienzo de la Escuela de Medicina de Harvard. Jacob Bigelow, Henry Bigelow, James Jackson, George Shattuck, Henry Bowditch, y Oliver Wendell Holmes fueron algunos de los grandes nombres entre el profesorado de la Escuela de Medicina de Harvard durante su primer siglo de existencia (78).

### **3.1.1.4 New Hampshire**

La Facultad de Medicina de Dartmouth, la cuarta en las Colonias, fue inaugurada en 1798 por Nathan Smith, un graduado de Harvard. El presidente Wheelock de Dartmouth quedó tan impresionado después de escuchar una de las inspiradoras conferencias científicas de Smith que en aquella noche dirigió la siguiente oración hacia el cielo: “Oh Señor, te damos gracias por el gas de oxígeno, te damos gracias por el gas de hidrógeno, y por todos los gases. Te agradecemos por el cerebro, te agradecemos por el cerebelo y por la médula oblonga.” (78)

Alrededor de 1800, sólo un centenar de médicos americanos había asistido al estudio de medicina en Edimburgo, y apenas existían unos pocos

---

programas médicos estadounidenses (Pensilvania, Nueva York, Massachusetts y New Hampshire) que ofrecían conferencias para complementar el aprendizaje (80).

### **3.1.1.5 Connecticut**

La Escuela de Medicina de Yale, la quinta en la serie, fue inaugurada en 1813, y el mismo Nathan Smith fue su primer profesor de medicina, cirugía y obstetricia. Posteriormente, también participó en el establecimiento de otras dos escuelas de medicina, Bowdoin y Vermont (78).

### **3.1.1.6 Las escuelas médicas privadas**

El inicio serio y prometedor de las escuelas médicas americanas, con cimientos sólidos en la tradición universitaria inglesa, sucumbió pronto ante la tentación de abusar de la educación como una empresa con fines de lucro.

En su famoso Informe, Abraham Flexner deplora esta situación:

«El buen comienzo de estas primeras escuelas no se mantuvo por mucho tiempo. Sus ideales académicos pronto se vieron comprometidos y luego olvidados. Es cierto que de vez en cuando las sedes de aprendizaje continuaron creando departamentos médicos, Yale en 1810, Transilvania en 1817, entre otros. Pero con la fundación a principios del siglo XIX en Baltimore de una escuela privada con fines de lucro, el llamado departamento médico de la supuesta Universidad de Maryland, se estableció un precedente pernicioso. Antes de eso, una facultad de medicina había sido una rama que brotaba del tronco universitario vivo. Esta conexión orgánica garantizaba ciertos estándares e ideales, bastante modestos en ese

---

momento, pero destinados a un desarrollo que la educación médica no podía, como la experiencia demostró, dejar de lado» (1).

Hay que tener en cuenta de que la mayoría de los estadounidenses en aquella época no recibía atención médica de manos de los médicos «regulares». La masa de la población vivía en el campo o en pequeñas aldeas, gran parte de los médicos entrenados como aprendices y los pocos graduados de la escuela de medicina vivían en las grandes ciudades. En 1800, en Virginia, los once pueblos más grandes albergaban sólo el 3 por ciento de la población del estado. Sin embargo, el 25 por ciento de todos los médicos que se sabe que practicaban en Virginia durante el siglo XVIII vivían en esos once pueblos (80).

Pronto resultó evidente que el establecimiento de una escuela de medicina con fines de lucro prometía jugosas ganancias. Todo lo que se necesitaba era una sala para conferencias y uno o dos profesionales como profesores. Los estudiantes pagaban honorarios al profesor, y más tarde lo llamaban para interconsultas. En total, cerca de 450 escuelas de medicina de este tipo fueron fundadas en los Estados Unidos y Canadá, con el subsiguiente deterioro de los estándares.

Las escuelas médicas brotaban como hongos y eran baratas. La admisión, incluso a las escuelas más aclamadas, no era excesivamente difícil de lograr. La mayoría de las escuelas eran de propiedad privada. No existía un sistema de licencias para su funcionamiento y cualquiera podía establecer un instituto (81). La «materia prima», es decir, los estudiantes que se formarían en estas instituciones, tampoco era lo que uno desearía:

«En la selección de los muchachos para el estudio de la medicina, muchas circunstancias totalmente desconectadas con su idoneidad, ejercen con demasiada frecuencia una influencia dominante; cuando su impacto debe mantenerse subordinado, o incluso considerarse

---

totalmente inadmisibles. Un médico vecino quiere que un estudiante resida en su consultorio; o se piensa que un hijo de la familia es demasiado débil para trabajar en la granja o en el taller; es indolente y reacio a los esfuerzos corporales; o adicto al estudio, pero demasiado estúpido para el Colegio de Abogados, o demasiado inmoral para el Púlpito; los padres desean tener un caballero en la familia, y un médico es un caballero: — estas y muchas otras consideraciones extrañas no pocas veces deciden la elección e inflan los números, mientras que perjudican el carácter de la profesión» (82).

Había más supuestos médicos per cápita en Estados Unidos de los que ha habido en cualquier otro lugar (aproximadamente uno por cada 300 a 500 personas). Durante este período, la profesión degeneraba y América producía una multitud de charlatanes (78).

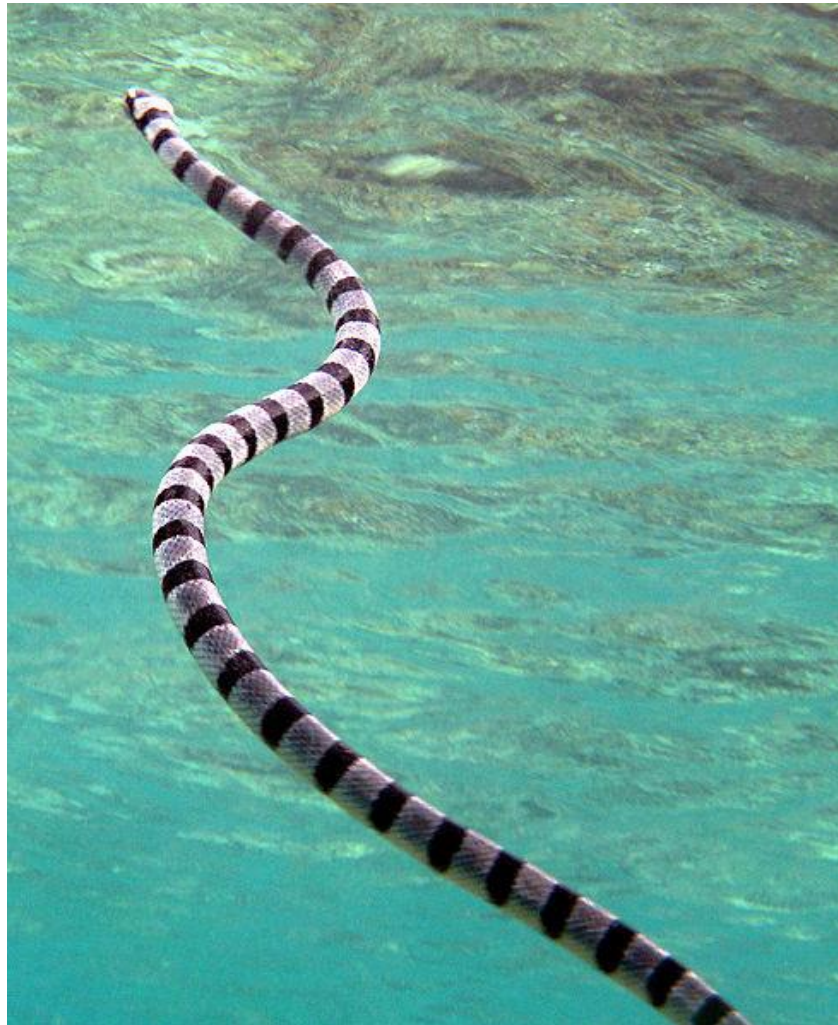
### **3.1.1.7 Un supuesto «hervidero» de buhoneros**

La expresión *Snake Oil Salesman* («Vendedor de aceite de serpiente») evoca imágenes de las películas del Lejano Oeste, de charlatanes y estafadores que recorrían las zonas rurales fronterizas de los Estados Unidos para vender sus productos «médicos» fraudulentos. Y de verdad existían y eran el resultado del bajísimo nivel de las ciencias médicas en los Estados Unidos. En los diccionarios del idioma inglés, el término «aceite de serpiente» se explica como un «remedio de charlatán o supuesta panacea». Es cierto que esta clase de «remedios» no contenían nada de aceite de serpiente, pero hay algo de verdad detrás del nombre (83).

En el siglo XIX, entre los años 1849 y 1882, 180.000 trabajadores chinos llegaron a los Estados Unidos para trabajar en la construcción del Ferrocarril Transcontinental. La gran mayoría provenía de familias

---

campesinas del sudeste de China («cantonese») y tenían contratos de hasta cinco años por salarios relativamente bajos – los campesinos chinos recibían 26 dólares por mes con lo que tenían que costearse la comida y el hospedaje; sus compañeros blancos recibían 30 dólares y aparte comida y hospedaje gratuitos (84). Los trabajadores ferroviarios chinos traían a los Estados Unidos sus medicinas tradicionales, incluyendo aceite de serpiente. Tradicionalmente, el aceite se extraía del saco de grasa de la serpiente marina Erabu (serpiente marina de bandas negras, víbora marina china, *Laticauda colubrina*).



**Ilustración 3: Serpiente Erabu (*Laticauda colubrina*)**

Fuente: <http://www.flickr.com/photos/craigd/3903394880/>

Autor: <http://www.flickr.com/photos/craigd/>

Las serpientes marinas, como los peces, son ricas en grasas omega-3. Al ser animales de sangre fría, tienen que estar equipadas con grasas que no se endurezcan en el agua fría, y las grasas omega-3 cumplen con este requisito. Las serpientes marinas Erabu contienen aún más grasas omega-3 que el mismo salmón (85). En su forma original, este aceite era realmente efectivo, especialmente para tratar la artritis y la bursitis. Al compartir el aceite con los obreros estadounidenses, estos se maravillaban de los efectos (83).

No pasó mucho tiempo y unos embaucadores blancos trataban de aprovecharse de la fama del aceite de serpiente. Elaboraban sus productos o con aceite de cascabel (que no tenía las propiedades deseadas) o simplemente con petróleo que brotaba del suelo en algunas partes sin tener valor alguno (en aquel entonces). Era considerado una molestia que solo contaminaba la tierra.

En este lugar, sin embargo, cabe una palabra de advertencia. La descripción pintoresca de la «medicina americana» ha sido distorsionada como un hervidero de charlatanes, embaucadores y buhoneros ambulantes que asaltaban e invadían a los pueblos de ciudadanos inocentes e ingenuos, donde prescribían tratamientos peligrosos que mataban a los habitantes en masa. En realidad, eran los practicantes la medicina heroica – o convencional – que inventaron este mito. Eran ellos, y no los homeópatas y no los eclécticos, los que mataban a raudales por medio de sangrías y envenenamiento por el mercurio y el arsénico. Los charlatanes ciertamente existían, pero no eran tantos. El dudoso honor de practicar una suerte de charlatanería carente de ciencia recaía en los médicos. Es por eso que se necesitaba tiempo y esfuerzo para que un médico serio se ganase la confianza de una comunidad típica en la América del siglo XIX. El público en masa lamiendo ciegamente el aceite de serpiente que se dispensaba de los

---

sucios baúles de viaje de los charlatanes de las carpas de carnaval – eso es una imagen falsa y una leyenda salvaje (81).

Curiosamente, entre estos delincuentes, estafadores y aprovechadores de la ignorancia del pueblo – que sí existían – figuraba un cierto William Rockefeller, el padre del hombre que posteriormente sería la persona más rica del mundo: John Davis Rockefeller, quien justo convertiría este petróleo contaminante en una fortuna nunca antes vista.

William (Bill) Rockefeller se involucró por primera vez en el «negocio del petróleo» cuando vendía la sustancia aceitosa a 2,5 dólares la pinta como cura para las verrugas, la mordedura de serpiente, el cáncer y la impotencia. El curandero errante se llamaba a sí mismo «Doctor», a pesar de que ni siquiera hubiese podido inscribirse en una escuela de medicina a causa de una orden de arresto en contra de él. Además de ser un curandero, Bill era bígamo, ladrón de caballos y pederasta. El buen «Doctor» evitó que lo procesaran en Nueva York por violar a una niña de 15 años huyendo a Cleveland. Una vez allí, abandonó a su mujer y a sus seis hijos para casarse con una veinteañera (sin divorciarse previamente, por supuesto) (86,87).

### ***3.1.1.8 Una batalla épica: Alopátia contra homeopatía***

El auge, el declive y la caída de la homeopatía en los Estados Unidos es un tema fascinante por sí, pero tiene un impacto que va más allá de ser una curiosidad. No es el tema de esta tesis inmiscuirse en la denigrante competencia de lanzarse lodo entre la medicina académica y la homeopatía, y peor aún tomar partido. Pero en el siglo XIX en los Estados Unidos se produjo justamente eso: Una batalla enardecida llevada a cabo por los practicantes de la homeopatía y aquellos de la alopátia. Aquí tenemos que tener un poco de cuidado, porque en aquel entonces los alópatas no eran, como hoy en día entendemos el término, los médicos que



---

practicaban la medicina académica, sino aquellos que se dedicaban a la llamada medicina heroica.

El primer médico homeópata de América fue Hans Gram, un inmigrante de origen danés que se estableció en Nueva York alrededor de 1825 y convirtió a un número de otros médicos al nuevo sistema (81). Sin embargo, el homeópata más importante de la época fue Constantine Hering, cuya labor estableció la homeopatía como una característica importante en la escena médica americana (88).

Hering era alemán, nacido en 1800. Cuando era estudiante de medicina, su tutor le encargó la tarea de escribir un panfleto contra la homeopatía. Pero sus investigaciones más bien le convirtieron a la homeopatía. Pronto, en 1826, se unió a una expedición a Sudamérica, a Surinam, donde practicó la homeopatía y realizó pruebas, entre ellas algunas interesantes sobre el veneno de las serpientes (introdujo el remedio *Lachesis muta* en la homeopatía). En 1833 volvió brevemente a Alemania, pero en su camino de regreso a Sudamérica visitó Filadelfia, donde le persuadieron a que se quedara. Permaneció en los Estados Unidos, excepto por un año en 1845, por el resto de su vida, y se convirtió en la Eminencia Gris de la homeopatía americana, practicando la disciplina, realizando pruebas en sí mismo y en otros, escribiendo y organizando. Fue elegido primer presidente del Instituto Americano de Homeopatía, fundado en 1844 (88).

A lo largo del siglo XIX la homeopatía prosperaba en su nuevo hogar. Los colegios homeopáticos surgían en todo el país y muchos miles de practicantes se graduaban a través de ellos. El más famoso de estos establecimientos era el Colegio Médico Homeopático de Filadelfia, pero existían muchos otros; en 1900 funcionaban 22 colegios y antes de la Primera Guerra Mundial operaban 56 hospitales generales puramente homeopáticos, algunos con hasta 1400 camas. Había 13 asilos mentales con hasta 2000 camas cada uno, 9 hospitales infantiles y 21 sanatorios.

---

Este grado de aceptación pública de la homeopatía no se puede comparar con aquel en ningún otro lugar del mundo, salvo quizá aquel de la India. Las razones del temprano éxito de la homeopatía en los Estados Unidos no son difíciles de entender en el contexto del estado de la medicina ortodoxa, o mejor dicho heroica, en ese momento. La medicina convencional americana de la primera mitad del siglo XIX era comparable a la europea, pero aún más peligrosa. La sangría era, por supuesto, la «reina de las curas» y se llevaba a cabo incluso con más intensidad de la que estaba de moda en Europa. Un prominente médico de la época, un tal Dr. Rush, escribió que la sangría, cuando estaba indicada (y casi siempre estaba indicada según él) debía abarcar hasta cuatro quintos de la sangre del cuerpo. Hoy sabemos, desde luego, que eso es una total locura, pero así circulaban las ideas entonces. El médico inglés Sydenham recomendó que se extrajeran «sólo» 40 onzas de sangre (lo que corresponde a aproximadamente 1,1 litros) en el tratamiento de la pleuresía. El terrible Rush, sin embargo, sostenía que en los Estados Unidos la pleuresía tomaba una forma más virulenta y se debía extraer por lo menos el doble de esa cantidad. Como sabemos, eso corresponde al 40% de la volemia y garantiza un shock hipovolémico o algo peor. Triste testimonio de esta práctica nefasta es la muerte de George Washington. El desafortunado Presidente sufría de dolor de garganta y le hicieron la sangría repetidas veces hasta que ya no pudieron extraerle más sangre, y en consecuencia de ello falleció (88).

La sangría era considerada el tratamiento correcto para casi cualquier enfermedad, pero especialmente para la fiebre. Un libro de texto de 1836 dedicó 33 páginas a diversas técnicas de flebotomía y otro, publicado en 1847, tenía no menos de 87 páginas sobre este tema tan importante. Se suponía que especialmente los niños necesitaban esta forma de tratamiento y aquí, una vez más, el Dr. Rush expresó sus espantosas opiniones en cuanto a la cantidad de sangre que se debía extraer. Un

---

profesor del Colegio de Médicos y Cirujanos de Nueva York sostuvo en 1840 la importancia de la sangría en los niños más pequeños y en los recién nacidos, lamentando, sin embargo, que «el joven sujeto no soporta tan bien la pérdida de cantidades considerables como el adulto» y que se observaba una tendencia a convulsiones por el tratamiento (88).

Otra forma de terapia que casi rivalizaba en popularidad con la sangría era la administración de calomel (cloruro de mercurio). El calomel se había utilizado durante muchos años, especialmente para el tratamiento de la sífilis. A finales del siglo XVIII, Rush lo introdujo para tratar un brote de fiebre amarilla en Filadelfia. La razón de su uso fue su efecto purgante y así eliminaría del cuerpo las sustancias tóxicas que causaban la enfermedad. Naturalmente Rush abogó por megadosis. El resultado, como era de esperarse, fueron severos envenenamientos, a veces mortales, por el metal pesado. Existen relatos horribles de pacientes que perdieron ojos y oídos y grandes cantidades del tejido blando de sus caras antes de morir; otros, un poco más afortunados, sobrevivieron, pero a menudo sin dientes y sin parte de sus mandíbulas y requirieron extensas cirugías para permitirles comer (88).

No es de admirarse entonces que, a principios del siglo XIX, muchos pacientes se alejaban de la medicina heroica para adoptar diversas formas de medicina popular, especialmente la herbolaria indígena. Pero era allí, en los sistemas no ortodoxos, donde pululaban los practicantes no cualificados, o para ser más directo, los buhoneros y farsantes, muchos de los cuales apenas sabían leer y escribir. La homeopatía, recién llegada de Europa, tenía la ventaja de ser practicada por médicos cualificados que en muchos casos estaban mejor formados que sus rivales ortodoxos, ya que en esa época la literatura homeopática estaba casi toda en alemán o latín, y por lo tanto sólo podía ser leída por hombres con un dominio de esas lenguas. La presencia de un gran número de inmigrantes alemanes en los

---

Estados Unidos en este momento también ayudaba a la difusión del nuevo sistema (88).

En 1860 había más de 55.000 médicos practicando en los Estados Unidos, lo que significaba una densidad de médicos per cápita de las más altas en el mundo (alrededor de 175 por 100.000). En 1870, aproximadamente 62,000 médicos ejercían la profesión en los Estados Unidos, cerca de 5,300 de ellos eran homeópatas y cerca de 2,700 eran eclécticos (81).

El éxito de los homeópatas naturalmente incitaba la hostilidad de los médicos ortodoxos y aparecían numerosas críticas a la teoría y la práctica homeopática. La fundación de la AMA constituyó, al menos en parte, una reacción al éxito rotundo de la homeopatía; los médicos que se profesaban como homeópatas no eran admitidos como miembros. En al menos una ocasión los médicos homeópatas y ortodoxos intentaron resolver sus diferencias recurriendo a los puñetazos. Pero la homeopatía continuaba prosperando, alcanzando su cúspide después de la Guerra Civil, en las décadas de 1865-85. Gradualmente la hostilidad de los ortodoxos disminuía; a mediados de la década de 1880 la homeopatía había dejado de estar a la defensiva y su futuro parecía asegurado. En realidad, sin embargo, estaba a punto de entrar en declive (88).

La idea de la homeopatía como una especialidad, sostenida desde la fundación de la Academia de Allentown en 1836 y realizada en los círculos médicos europeos a principios del siglo xx, nunca fue olvidado por los homeópatas más progresistas de Estados Unidos. De hecho, la esperanza de que la homeopatía fuese eventualmente aceptada por la AMA como una elección legítima de la práctica profesional había sido por mucho tiempo el Santo Grial de la escuela. Finalmente, este objetivo de larga data fue desmantelado por los líderes Hahnemannianos y por los líderes de la AMA (89).

---

## Declive y caída

Hubo dos razones principales para la caída de la homeopatía en los Estados Unidos después de 1885. Una fue, paradójicamente, el éxito mismo del sistema. Los médicos ortodoxos se daban cuenta de los peligros de los métodos de tratamiento existentes y empezaban a abandonar en parte el uso de las megadosis de «fármacos» y la sangría. El ejemplo de la homeopatía contribuyó sin duda alguna a impulsar esta tendencia; tampoco fue sólo en materia de dosificación que la medicina ortodoxa tomó prestada de la homeopatía. Algunos de los medicamentos de los homeópatas comenzaron a abrirse camino en la farmacopea ortodoxa, mientras que otros siempre habían sido comunes a ambas escuelas, lo que tendía a difuminar aún más la distinción entre ellos (88,89).

La segunda razón del declive de la homeopatía fue el viejo problema de la disidencia en las filas de los fieles. A medida que la hostilidad de la escuela ortodoxa disminuía, muchos homeópatas entraban en compromiso con la ortodoxia y mezclaban los principios, creando una «pseudohomeopatía» que fue rechazado por los puristas. Ellos llamaban «*mongrels*» (bastardos, perros callejeros) a los disidentes (89). Fue un pequeño pero decidido cuerpo de puristas que se aferraba a la posición extrema adoptada por Hahnemann en sus últimos años. Como casi siempre ocurre dentro de una secta herética, la virulencia con la que las dos facciones se atacaban mutuamente superaba con creces su hostilidad hacia sus oponentes ortodoxos (74).

Los asuntos llegaron a un punto crítico en 1870 en una reunión del Instituto, donde Carroll Dunham, el presidente, impartió un importante discurso. Para ser homeópata, dijo, se requería la adhesión a una ley terapéutica fundamental, pero podía haber desacuerdo sobre los detalles de su interpretación. Él mismo era un purista, un rígido Hahnemanniano; sin embargo, tenía que reconocer la existencia de autodenominados

---

homeópatas que pensaban de otra manera, y la manera correcta de tratarlos, creía, no era proscribirlos sino fomentar la discusión libre y abierta (88,89).

La tolerancia de Dunham era admirable, pero su tolerancia surtió efectos justamente opuestos a lo que pretendía. El argumento, que hasta entonces había ardido bajo tierra, ahora se hizo fuego vivo y se volvió mucho más feroz. Se hicieron intentos esporádicos de establecer un conjunto de artículos a los que todos los aspirantes a homeópatas debían suscribirse, pero no se logró ningún acuerdo (88,89).

El grupo de los separatistas, que siempre había superado en gran medida a sus colegas puristas, se fue acercando cada vez más a la ortodoxia, y con el tiempo se borró la distinción entre su versión de la homeopatía y la alopatía. Por otro lado, ciertas corrientes esotéricas se habían apoderado de otros grupos (89). En 1918 el número de colegios homeopáticos había disminuido a siete, y en poco tiempo estos también habían desaparecido. El Colegio Médico Homeopático de Filadelfia dejó de enseñar la homeopatía en la década de 1930. La llama de la homeopatía estadounidense se había casi extinguido (88).

### **3.1.2. Hacia una valoración de la situación médica en América del Norte**

#### ***3.1.2.1. Una reacción de susto – La fundación de la Asociación Médica Americana (AMA)***

La AMA fue fundada en 1847 en torno a dos proposiciones: una, que todos los médicos deben tener una «formación adecuada» y dos, que «todas las facultades de medicina de los Estados Unidos deben adoptar un nivel elevado y uniforme de requisitos para el título de M.D.» En los días de su fundación, la AMA era mucho más abierta – en sus conferencias y

---

publicaciones – acerca de su verdadera meta: construir un monopolio gubernamental con el propósito de aumentar dramáticamente los ingresos de los médicos. Finalmente tuvo éxito, convirtiéndose en el sindicato más formidable de la faz de la tierra (90,91).

El impulso inicial de la AMA para aumentar los ingresos de los médicos fue motivado por la creciente competencia de los homeópatas (los alópatas de la AMA usan tratamientos – generalmente sintéticos – que producen efectos diferentes de las enfermedades que se tratan mientras que los homeópatas usan tratamientos – generalmente naturales – que producen efectos similares a los de la enfermedad que se trata). Esta competencia perjudicó gravemente los ingresos de los alópatas de la AMA. En el año anterior a la fundación de la AMA, el *New York Journal of Medicine* declaró que la competencia con la homeopatía causaba «una gran pérdida económica» a los alópatas (91). En el mismo número, el decano de la facultad de medicina de la Universidad de Michigan se quejó de la competencia porque hacía que el tratamiento de la enfermedad fuera «arduo y no remunerador» (91).

Algunos alópatas deseaban la clase la adulación normalmente reservada a los atletas y actores estrella. La Sociedad Médica de Massachusetts opinó en 1848 que los médicos debían ser «vistos por la masa de la humanidad con una veneración casi supersticiosa» (91).

A pesar de solamente constituir el 13% de los médicos en la práctica, los eclécticos y los homeópatas realmente perjudicaban los ingresos de los alópatas. Los alópatas comenzaron a organizarse a nivel estatal para usar el poder coercitivo del gobierno no solo para restringir severamente (si no prohibir completamente) a los eclécticos, los homeópatas y a las escuelas que los entrenaban, sino también para restringir el número de alópatas en práctica para incrementar dramáticamente sus ingresos y prestigio (81).

---

### **3.1.2.2. Los objetivos de la AMA**

La AMA ya había sido fundada en 1847 por Nathan Smith Davis. Davis había estado trabajando en la Sociedad Médica de Nueva York en asuntos de licencias y educación. Los médicos de muchas comunidades estaban angustiados por la situación. Un número de ellos se unieron bajo el liderazgo de Nathan Smith Davis y establecieron la Asociación Médica Americana en 1847, concebida por sus fundadores como un instrumento de reforma. Trazó un curso para la elevación de los estándares de la educación médica. Aunque la respuesta inmediata fue limitada, el movimiento cobró suficiente impulso para ayudar a crear, varias décadas después, el cumplimiento del ideal concebido por sus fundadores (92). Mientras que la pretensión siempre fue tener normas más rigurosas hacia el supuesto fin de garantizar tratamientos efectivos, la verdadera meta era la exclusión. Por lo tanto, no fue una sorpresa que en 1870 Davis trabajara exitosamente para impedir que las mujeres y los negros, con título de médico, se convirtieran en miembros de la AMA (81).

En 1904 la AMA formó el Consejo de Educación Médica como una herramienta para restringir artificialmente la formación en medicina. Sin embargo, el conflicto de interés de la AMA era demasiado obvio. Aquí es donde Abraham Flexner y la Fundación Carnegie irían a entrar en escena. El hermano mayor de Flexner, Simon, era el director del Instituto Rockefeller de Investigación Médica y recomendó a su hermano Abraham para el puesto de la Fundación Carnegie. La aceptación del papel por parte de Abraham fue la perfecta simbiosis de intereses especiales. El deseo de Carnegie era avanzar en el secularismo a través de la educación superior, por lo que vio la agenda de la AMA como favorable hacia ese fin. Los benefactores de Rockefeller estaban aliados con las compañías de medicamentos alopáticas y odiaban las escuelas con fines de lucro que no podían ser



---

controladas por las grandes empresas, las fundaciones influenciadas por el estado. Por último, la AMA consiguió un aliado clave en Carnegie (81).

Flexner observó que «[l]a maldición de la educación médica es el excesivo número de escuelas. La situación sólo puede mejorar a medida que se extingan las escuelas más débiles y superfluas» (1).

Para cumplir con el doble objetivo de elevar artificialmente los ingresos y el culto de los pacientes, la AMA formuló una estrategia doble para el mercado laboral de los médicos. Primero, utilizar el poder coercitivo del estado para limitar las prácticas de los médicos competidores como homeópatas, eclécticos, parteras, enfermeras y, más tarde, quiroprácticos y osteópatas. Segundo, incrementar significativamente el ingreso a la profesión al restringir el número de escuelas de medicina aprobadas en funcionamiento y, por lo tanto, el número de estudiantes admitidos anualmente en esas escuelas aprobadas (90).

La AMA creó su Consejo de Educación Médica en 1904 con el objetivo de cerrar más de la mitad de todas las facultades de medicina existentes. En seis años logró cerrar 35 escuelas. Su secretario N.P. Colwell diseñó lo que se conocería como el Informe Flexner de 1910. El Informe fue escrito por Abraham Flexner. No era ni médico ni autoridad reconocida en educación médica. Años más tarde, Flexner admitió que sabía muy poco sobre medicina o cómo diferenciar entre las diferentes cualidades de la educación médica. A pesar de ello, las juntas médicas estatales utilizaron el Informe como base para cerrar 25 escuelas de medicina en tres años y reducir el número de estudiantes en un 50% en las escuelas restantes (90).

### ***3.1.2.3. Preparando el Informe Flexner***

Arthur Dean Bevan, presidente del Consejo de Educación Médica, presentó los resultados de la primera inspección de las escuelas de medicina de la

---

AMA en la Tercera Conferencia Anual, celebrada en Chicago el 29 de abril de 1907. Informó más tarde:

«Como resultado del informe de esta primera inspección, una gran ola de mejora en la educación médica se extendió por todo el país. Cincuenta escuelas acordaron exigir, para 1916 o antes, al menos un año de química y biología física universitaria y un idioma moderno como educación preliminar antes de matricularse en medicina. Inmediatamente un número de escuelas, como resultado de que las juntas estatales rechazaran los exámenes a sus graduados, quebraron y se hizo evidente que las 160 escuelas se reducirían en poco tiempo a probablemente menos de 100. En el momento del informe de la segunda inspección en 1910, el número de escuelas se había reducido de su nivel máximo de 166 a 126, una reducción de cuarenta, casi el 25 por ciento» (93).

Un año después de esta reunión, Bevan se puso en contacto con Henry S. Pritchett, Presidente de la Fundación Carnegie, para hablar de la cooperación entre las dos organizaciones en la reforma de la educación médica (94).

La Fundación Carnegie para la Promoción de la Enseñanza fue creada en 1905, aparentemente para conceder pensiones de jubilación a los profesores de colegio (lo que corresponde a una universidad en los Estados Unidos). Sin embargo, la Fundación decidió que, dado que no disponía de fondos para conceder pensiones a todos los que enseñaban en lo que entonces se llamaba un colegio, tendría que definir exactamente lo que era un colegio (94).

En 1909, el Presidente de la Fundación, Henry Pritchett, persuadió a sus miembros de que realizaran estudios de educación profesional con la

---

esperanza de reformar drásticamente el sistema. Este fue un cambio importante de la misión original de la Fundación (94).

Pritchett subrayó en su consejo de administración la necesidad de reformar las profesiones. Quiso comenzar con la profesión jurídica, pero aparentemente fue rechazado por la organización profesional jurídica. Cuando la AMA le invitó a llevar a cabo una encuesta sobre la formación médica, Pritchett aceptó inmediatamente. A continuación, las dos organizaciones trabajaron muy estrechamente entre sí (94).

Dada esta relación entre las dos organizaciones, la parte aparentemente más extraña es la posición de Abraham Flexner. No es bien conocido que Pritchett, para conseguir la aprobación de su fundación para contratar a Flexner, tuvo que dar una fuerte batalla. Una pregunta razonable es por qué se eligió a Flexner en primer lugar para llevar a cabo el estudio, y la respuesta más probable a esta pregunta, en ausencia de evidencias directas, es que Abraham Flexner era un graduado de Johns Hopkins y el hermano de Simon Flexner, en ese momento Presidente del Instituto Rockefeller. Por lo tanto, Flexner tendría buenas relaciones con las instituciones modelo para el informe. Además, William H. Welch fue elegido Presidente de la AMA en 1909, lo que consolidó aún más la relación entre Hopkins, el Instituto Rockefeller y la AMA. También hay que señalar que Simon Flexner y Welch habían elaborado un borrador para la organización Rockefeller en 1907 sobre cómo debería ser la educación médica. Y el informe que surgió bajo el título de «Informe Flexner» es muy similar a ese borrador en muchos aspectos (94).

Mientras que en casi toda la literatura reciente sobre el informe Flexner, Abraham Flexner es retratado como una especie de genio y experto en la creación de un sistema educativo médico en los Estados Unidos, esta aparentemente no era la impresión de la gente en el momento en que estaba trabajando. Flexner había comenzado sus investigaciones en enero

---

de 1909 y no fue mucho más tarde que Pritchett tuvo que escribir en el siguiente sentido a varias personas (94)..

«Antes de pedirle al Sr. Abraham Flexner que empezara a trabajar aquí en relación con el estudio de la educación profesional, consulté con varias personas sobre su capacidad y carácter. Sin embargo, desde que ha empezado a trabajar, me han llegado varias críticas sobre él, generalmente en la forma de poner en duda su juicio e indicar tendencias un tanto erráticas. Parece que también hubo algo en Harvard que causó fricciones. Le agradecería que me diera confidencialmente una declaración con respecto a estos asuntos, de la que yo guardaré la confidencialidad» (95).

Y de forma similar:

«...Él [Flexner] me impresionó como una persona capaz, y por el testimonio de sus amigos no tuve dudas de que era un hombre de gran carácter. Sin embargo, en los últimos días me han llegado muchas críticas sobre él, algo así como que es errático y difícil de entender y algo inseguro en su juicio» (96).

Sin embargo, el médico e historiador Ludmerer rechaza esta versión de los hechos. Escribe:

«La carta que citaba era de Henry Pritchett, presidente de la Fundación Carnegie para el Avance de la Enseñanza, a William Councilman, patólogo de la Escuela de Medicina de Harvard, fechada el 22 de enero de 1909. Poco después de la publicación del artículo [*New Light on the Flexner Report: Notes on the AMA-Carnegie Foundation Background* por H.S. Berliner (94)], tuve la oportunidad de examinar los documentos de Flexner. La carta de Pritchett a Councilman estaba allí y había sido citada con precisión. Sin embargo, no se citó

---

la respuesta del Councilman a Pritchett, que se adjuntó mediante un clip a la carta original de Pritchett:

“No he conocido bien al Sr. A. Flexner, pero me ha gustado lo que he visto de él. Pienso que puede ser algo errático y probablemente precipitado en su juicio, pero un hombre muy capaz y valioso para todo eso. Creo que es más o menos fácil explicar por qué no debería ser una persona grata para muchos de los hombres de Harvard en este momento, ya que su libro [*The American College*, publicado en 1908] criticó muchas de las condiciones en el colegio, y nunca he encontrado que los hombres se tomen muy bien las críticas, especialmente cuando vienen de fuera. Durante su estancia en Cambridge vivió con una familia bastante errática y trabajó con Münsterberg. No he oído hablar de ninguna fricción que se haya desarrollado mientras estuvo en Cambridge. No conocía a mucha gente allí, pero he oído hablar muy bien de él por Münsterberg y otros”.

La respuesta de Councilman no sólo repudió la imagen de Flexner como persona incompetente, como este escritor [Berliner] estaba tratando de establecer, sino que así mismo lo arrojó la investigación en la vida de Flexner. Esta correspondencia se produjo muy poco después de que Flexner comenzara su trabajo en la Fundación Carnegie. Flexner y Pritchett todavía no se conocían bien; Pritchett tenía buenas razones para tratar de conocer mejor a su nuevo empleado. La correspondencia entre los dos hombres a lo largo de los años es una prueba de su creciente amistad y respeto mutuo. De hecho, los dos se hicieron tan cercanos que Flexner escribió más tarde una biografía halagadora, casi hagiográfica, de Pritchett. Tanto escribo, en resumen, en cuanto a la carta condenatoria de Pritchett sobre Flexner. El autor en cuestión tomó claramente la decisión

---

consciente de hacer caso omiso de los datos contrarios que no podía pasar por alto» (97).

¿Por qué Pritchett contrató a Flexner? Fue una de los nombramientos más extraños en la historia de la educación. Ciertamente fue un marcado cambio con respecto a las encuestas de Carnegie sobre otras profesiones, que se basaban en expertos capacitados. El propio Flexner admitió que nunca había conocido una escuela de medicina por dentro. Además, Pritchett tenía sus propias opiniones claras y detalladas sobre la educación médica y ya las había esbozado en un documento que prefiguraba de cerca el próximo informe de Flexner. También era consciente del gran interés del Consejo de Educación Médica de la AMA en la reforma y su afán de cooperar entre bastidores en una encuesta de Carnegie. Por un lado, Nathan P. Colwell ya había esbozado lo que sería el Informe Flexner y Henry Pritchett sabía lo que quería. Contaba con que el Consejo de la AMA ayudaría a entrenar y preparar a quien fuera que eligiera, que le proporcionaría los datos de fondo necesarios e incluso que enviaría a su secretario, Colwell, para que lo acompañara en una gira nacional. Escogió a Flexner porque Flexner sabía escribir, porque Flexner compartía sus puntos de vista sobre la educación tradicional y porque Flexner estaba bien conectado a través de su hermano Simon con el establecimiento de educación médica centrado en Johns Hopkins (98).

---

### 3.1.3. El Informe Flexner

Hace más de un siglo, el 16 de abril de 1910, Henry Pritchett, presidente de la Fundación Carnegie, dio los últimos retoques al Informe Flexner. Muchos historiadores sostienen que ningún otro documento tendría un efecto tan profundo en la medicina estadounidense. A Flexner, sólo se puede entenderlo con precisión en el contexto del proceso que condujo a su trabajo (81).

Abraham Flexner no era médico y tampoco era una autoridad ampliamente conocida en el campo de la educación y mucho menos en el de la educación médica, ya que nunca había visto el interior de una escuela de medicina antes de unirse a Carnegie. Su informe ya estaba efectivamente escrito, ya que era esencialmente el informe inédito de la AMA de 1906 sobre las escuelas de medicina de los Estados Unidos (99). Además, Flexner fue acompañado en su inspección por el Nathan P. Colwell (secretario del Consejo de Educación Médica de la AMA) (3,99–101) para asegurarse de que la inspección llegara a las conclusiones preestablecidas. Flexner pasó entonces un tiempo en las oficinas centrales de la AMA en Chicago preparando aquella parte del producto final que era su trabajo real (81).

En el transcurso de 18 meses, Flexner visitó 167 facultades de medicina y programas de posgrado en los EE.UU. y Canadá. Examinó 5 áreas principales en cada escuela: requisitos de admisión, tamaño y formación del cuerpo docente, tamaño de la dotación y la matrícula, calidad de los laboratorios y disponibilidad de un hospital docente cuyos médicos y cirujanos servirían como profesores clínicos. El informe de Flexner mostró que, aunque la mayoría de las facultades de medicina de la nación afirmaban adherirse a los principios científicos y progresistas de la educación médica, sólo unas pocas disponían de los recursos financieros,

---

las instalaciones de laboratorio, un hospital y el personal docente altamente cualificados necesarios para aplicar esta exigente forma de educación (12).

### **3.1.3.1. Una logística asombrosa**

El Informe Flexner (1) es una de las evaluaciones más citadas de la educación médica en el siglo xx. Publicado en 1910 por la Fundación Carnegie, el Informe surgió de la investigación llevada a cabo por Abraham Flexner, quien afirmó haber visitado y evaluado objetivamente 155 escuelas de medicina de pregrado y doce de postgrado en los Estados Unidos y Canadá. Sus recomendaciones han sido muy apreciadas en el siglo que siguió (2,3), pero la investigación – sobre la que se habían construido estas mismas recomendaciones – no ha sido cuestionada. Los motivos y medios sospechosos detrás del informe, así como su legado equívoco, han sido descritos en otra parte (4). Ahora exploraremos con mayor detenimiento la asombrosa logística del trabajo de campo de Flexner (102).

Abraham Flexner comenzó su evaluación de la educación médica norteamericana en diciembre de 1908. Realizó por primera vez una revisión de la literatura durante un mes ya que, según él mismo admitió, era un lego en la materia con una «noción muy superficial de las funciones principales de los diversos departamentos» de una institución médica (5) que «nunca había pisado con su pie una escuela de medicina» (6). Entonces, a pesar de su posterior concesión de que «no conocía la anatomía, la fisiología ni la psicología lo suficiente como para justificar su emprendimiento de un experimento altamente especializado», Flexner comenzó su trabajo de campo en enero de 1909, afirmando haber visitado en los 16 meses siguientes cada una de las 167 instituciones que evaluó de acuerdo con una máxima personal *ambulando discípimus* («aprendemos caminando») (102).



---

Sin embargo, la calidad del aprendizaje de Flexner es cuestionable dadas ciertas características peculiares de su actividad.

- Flexner tenía un gran número de instituciones (167 en total) que visitar y evaluar y el número real de visitas (175 en total) fue incluso mayor. La incongruencia entre el número de las instituciones y el de la visitas se explica por el hecho de que tres escuelas mantenían campus separados en diferentes ciudades y Flexner volvió a visitar otras cinco escuelas en meses diferentes.
- Los numerosos campus que Flexner tuvo que visitar estaban, por supuesto, dispersos por todo el continente.
- Este desafío logístico de visitar múltiples escuelas dispersas geográficamente en un período de tiempo limitado se complicó aún más por la inclinación de Flexner a regresar a menudo a su base de operaciones en Nueva York, según reveló, para «poner en orden [sus] hechos» (6).
- Un viajero en 1909 habría sido muy parecido al ficticio Phileas Fogg de «La vuelta al mundo en 80 días» de Julio Verne para quien, sólo unas décadas antes del viaje de Flexner, el tren – no el avión – era el medio de transporte más rápido disponible.

A la luz de estas peculiaridades, el itinerario de Flexner contenía algunos períodos durante los cuales el viajero de principios del siglo xx tenía que moverse a un ritmo impresionante (102).

El mismo Flexner admitió que su recorrido por las escuelas fue «rápido», reconociendo que terminó las inspecciones «en menos de un año». Aunque se asignaron 16 meses – de enero de 1909 a abril de 1910 – para el trabajo de campo, la mayoría de las visitas ocurrieron en sólo la mitad de este tiempo: En tan solo ocho meses Flexner hizo 157, o el 90 por ciento, de sus 175 visitas al sitio (102).

---

Flexner visitó 96 de estas escuelas en sus primeros cinco meses de trabajo de campo. Específicamente, en enero de 1909, de acuerdo con las notas de pie de página del Informe, Flexner viajó a seis estados (Alabama, Georgia, Kentucky, Luisiana, Mississippi y Tennessee) para visitar 15 escuelas. En el siguiente mes (febrero de 1909), viajó a Georgia, Carolina del Norte, Carolina del Sur y Virginia para visitar 11 escuelas. En marzo viajó al Distrito de Columbia, Maryland, Michigan, Nueva York, Ontario, Pensilvania, Quebec y Virginia Occidental para visitar 22 escuelas. En abril, viajó a Colorado, Illinois, Iowa, Missouri, Nebraska y Utah para visitar 31 escuelas. Finalmente, en mayo de 1909, viajó a California, Manitoba, Minnesota, Dakota del Norte, Oregón, Vermont y Wisconsin para visitar 17 escuelas (102).

Después de un descanso de cuatro meses, Flexner reanudó su trabajo de campo para visitar otras 61 escuelas en los tres meses siguientes. Específicamente, en octubre de 1909, viajó a Maine, Massachusetts, Nueva York, Nueva Escocia, Ontario y Quebec para visitar 15 escuelas (102).

En noviembre, viajó a diez estados (Arkansas, Iowa, Kansas, Mississippi, Missouri, Nueva York, Oklahoma, Dakota del Sur, Tennessee y Texas) para visitar 23 escuelas. Finalmente, en diciembre, viajó a Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Michigan, Nueva York y Ohio para visitar otras 23 escuelas (102).

¿Qué hay de los otros ocho meses de inactividad relativa? Durante cuatro meses consecutivos en el verano (de junio a septiembre de 1909), Flexner no visitó ninguna escuela; durante marzo y abril de 1910, visitó una y dos escuelas, respectivamente; y en enero y febrero de 1910, visitó ocho y siete escuelas, respectivamente (102).

En ocho meses, o aproximadamente 240 días, Flexner tuvo que hacer 157 visitas a escuelas dispersas geográficamente. Al realizar «una ligera

---

operación de aritmética mental» (para tomar prestada una frase que Flexner usó para describir cómo evaluaba los aspectos financieros de la educación médica) (103), 240 días para 157 visitas da 1.5 días, en promedio, para viajar y evaluar exhaustivamente cada campus. El ritmo se acelera, sin embargo, cuando se asigna tiempo para el descanso del fin de semana. Al excluir los sábados y los domingos de los 240 días, Flexner habría tenido sólo unos 180 días hábiles para viajar y evaluar las escuelas, o 1,1 días, en promedio, por visita (102).

El ritmo de Flexner se vuelve aún más sorprendente en abril de 1909, durante el cual afirmó haber investigado 31 escuelas en seis estados (Colorado, Illinois, Iowa, Missouri, Nebraska y Utah), invirtiendo alrededor de un día de tiempo por cada escuela. Nuevamente, al excluir los días de fin de semana, el Flexner dependiente del tren habría tenido sólo una fracción de un día (0.71) por escuela. Sin embargo, publicó sus recomendaciones en junio de 1910 sobre la base de esta investigación aparentemente apresurada, a pesar del proverbio que su abuela le había enseñado a abstenerse de llegar a conclusiones precipitadas: *So schnell schießen die Preußen nicht* (en alemán: «Los prusianos no disparan tan rápido») (103).

### **3.1.3.2. ¿Un trabajo mediocre, mal hecho?**

El rápido ritmo de Flexner parece entrar en conflicto con la afirmación del informe de que Flexner no escatimó esfuerzos «para obtener información precisa y detallada sobre las instalaciones, los recursos y los métodos de instrucción» (1). Flexner comprobaba cinco puntos para cada una de las 167 escuelas:

1. Los requisitos de admisión y cumplimiento de los mismos,
2. el tamaño y la formación del cuerpo docente,

- 
3. la suma y asignación de la dotación y los honorarios para apoyar a la institución,
  4. la adecuación y calidad de los laboratorios, así como la formación y cualificación de los instructores de laboratorio y
  5. las relaciones entre la escuela y sus hospitales asociados (102).

La posterior confesión de Flexner puede reflejar con mayor precisión la minuciosidad y la objetividad de su investigación. Reveló que no utilizaba ningún cuestionario estándar ni «ningún método fijo de procedimiento» (103) y que también era propenso a regresar a menudo a su casa en Nueva York para «poner en orden [sus] hechos» (103). Flexner incluso recorrió las instalaciones de algunas instituciones sin estar acompañado por los funcionarios de la escuela. En una escuela sobornó al conserje para que abriera los laboratorios, en los que no encontró ningún aparato, concluyendo que la escuela no tenía ninguno sin considerar la posibilidad de que los instrumentos y equipos pudieran estar encerrados en otro lugar (103). En una versión alternativa aparentemente del mismo acontecimiento, sin embargo, se reporta:

“Mientras visitaba la Facultad de Medicina de la Universidad de Iowa, el decano le dijo que las aulas estaban cerradas con llave y que el conserje con la llave estaba fuera por el día. Flexner dejó que el decano lo llevara a la estación de tren donde se despidieron, pero sintió el engaño del decano. Flexner inmediatamente tomó un aventón de regreso a la escuela de medicina, encontró al conserje para que le abriera las aulas, y vio que la mayoría estaba vacía del equipo necesario para enseñar a los estudiantes de medicina.” (104)

No podemos verificar qué tan verídica sea esta historia. Un conserje que deja inspeccionar su escuela o facultad por un total extraño sin orden de su superior por lo menos parece algo raro.

---

Flexner visitó otras escuelas en las vacaciones cuando éstas ni siquiera estaban trabajando (7). Aunque esta observación casual entra en conflicto con la medicina científica que Flexner afirmaba promover, él mismo admitió que «la incoherencia nunca le molestó [a él]» (103).

La evaluación de Abraham Flexner de la educación médica en el continente norteamericano a principios del siglo xx avanzó a un ritmo rápido. El itinerario que surge de las notas a pie de página que Flexner dejó en su informe revela períodos en los que sólo habría tenido una fracción de día para viajar y evaluar una escuela. Resulta que o bien Flexner era sorprendentemente eficiente o bien sus esfuerzos carecían de rigor. Tal vez nos podamos formar una impresión al leer sus propias palabras: «En media hora o menos, podía tomar una muestra de las credenciales de los estudiantes... determinar los requisitos de matriculación... y determinar si los estándares, bajos o altos, establecidos en el catálogo de la escuela estaban siendo evadidos o aplicados» (105). En cualquier caso, un Informe de tales repercusiones merece un estudio más profundo de lo que permitían los métodos utilizados en su creación. Ciertamente, es raro que Flexner, supuestamente el promotor del método científico en la educación médica, hubiese aprobado tal examen (102).

### **3.1.3.3. Las metas**

Flexner señaló: «En efecto, tenemos en los Estados Unidos médicos que no son inferiores a los mejores de otros lugares; pero probablemente no hay otro país del mundo en el que haya una diferencia tan grande y tan fatal entre lo mejor, el promedio y lo peor» (1).

Sostuvo que para orientar la calidad de todas las facultades de medicina a la de las «mejores» facultades de los Estados Unidos, la nación debía dejar de malgastar sus recursos sociales y económicos en escuelas comerciales

---

financieramente atadas que no podían proporcionar una educación médica costosa, larga y económicamente no rentable que se ofrecía en las principales facultades de medicina de los Estados Unidos (12).

La meta era clara y coincidía con aquella de la AMA:

«El punto al que ahora hay que aspirar es el desarrollo del número requerido de instituciones con apoyo adecuado y la rápida desaparición de todas las demás» (1,106).

Por otro lado, sí es verdad que Flexner tenía una visión mucho más amplia que la AMA, más allá de las aspiraciones egoístas de esa institución:

«La profesión médica es un órgano social, creado no con el propósito de gratificar las inclinaciones o preferencias de ciertos individuos, sino como medio de promover la salud, el vigor físico, la felicidad y la independencia y eficiencia económicas inmediatamente relacionadas con estos factores. El hecho de que la mayoría de los hombres se mantengan por sí mismos o se conviertan en cargas para la comunidad depende de que se mantengan bien o, si están enfermos, se recuperen rápidamente» (1).

#### **3.1.3.4. Aplicación de datos dudosos**

Independientemente de estas circunstancias escandalosas, las juntas médicas y las legislaturas estatales utilizaron el informe como base para cerrar las escuelas de medicina. Alrededor de la época de Flexner, había un máximo de 166 escuelas de medicina; en la década de 1940 había sólo 77 – una reducción del 54 por ciento. La mayoría de las pequeñas escuelas rurales fueron cerradas y sólo se permitió que dos escuelas afroamericanas permanecieran abiertas. Para 1963, a pesar de los avances en la tecnología y el enorme crecimiento de la demanda, un efecto del informe fue mantener el número de médicos por cada 100.000 personas en Estados Unidos al

---

mismo nivel que tenía en 1910. De los aproximadamente 375.000 médicos que ejercían en 1977, sólo unos 6.300 o el 1,7% eran afroamericanos (81).

El desarrollo de la estructura de la educación médica en los Estados Unidos después del Informe Flexner se desvió. El afán de las universidades de seguir el camino hiperracional de la medicina alemana creó la excelencia en la ciencia, pero esta no se equilibraba con una excelencia comparable en el cuidado clínico, el aspecto humanista de la profesión, el «calor humano»..

El *corpus* de Flexner era todo nervios sin la sangre vital de la relación médico paciente, del cuidado del paciente. La advertencia de Osler de que los ideales de la medicina cambiarían a medida que «el profesor y el estudiante se persiguieran mutuamente por el fascinante camino de la investigación, olvidando los intereses más amplios a los que debe atender un hospital» ha demostrado ser previsor y sabia. Hemos aprendido que la medicina científica debe viajar vinculada a una ética profesional de cuidado que ha formado parte de nuestros juramentos y nuestras aspiraciones. La conversación entre los dos, la ciencia y el humanismo, debe ocurrir con un diálogo bidireccional entre la cabecera del paciente y el laboratorio. Esto crea el friso que anima la búsqueda de avances en el ámbito médico. Las revisiones de la educación médica que se están llevando a cabo en la actualidad están reclamando la eminencia legítima del componente de servicio de la medicina – la pieza central de la relación médico-paciente (107).

Cuando libros como *The Microbe Hunters* de DeKruif (108) señalaban tanto la abnegación como el éxito de los médicos en la lucha contra las enfermedades infecciosas, muchos estadounidenses llegaron a ver a los médicos como héroes. Tristemente, una secuela de la ganancia de un estatus heroico fue la pérdida total de aquella humildad que proviene de la tradición hipocrática y que debería definir al médico. Curiosamente, el énfasis de los hipocráticos en la humildad se había basado en el temor a los

---

poderes de los dioses sobre la vida humana. Si los médicos actuaban en contra de los planes de los dioses, serían culpables de arrogancia y sufrirían las consecuencias. Las generaciones posteriores de médicos consideraban que el cuerpo humano era mecánico, susceptible de ser manipulado y medido y que era objeto de escrutinio y aprendizaje científico. Debieron derivar la humildad de su creencia en el cuestionamiento científico. Algunos lo hicieron, pero por lo general, el modelo biomédico y la humildad no se llevaban (109).

#### **3.1.4. Abraham Flexner – una breve biografía**

El esqueleto de esta biografía proviene de su página biográfica en la Fundación Rockefeller (110).

Flexner fue miembro de la Junta de Educación General (GEB) y un destacado defensor de la reforma educativa en los Estados Unidos.

Flexner nació en Louisville, Kentucky, en 1866 y obtuvo una licenciatura en Clásicos en la Universidad Johns Hopkins en 1886. En 1890, fundó una escuela experimental, que no tenía un plan de estudios formal, ni exámenes ni calificaciones, pero que se destacaba por preparar a los estudiantes para universidades prestigiosas. Con el éxito de su escuela, Flexner pudo ayudar a su hermano mayor Simon, que había sido aprendiz en la farmacia de Jacob, a cursar medicina en la Universidad Johns Hopkins. Simon se convirtió en un patólogo y bacteriólogo de renombre y, posteriormente, en Director del Instituto Rockefeller (más tarde Universidad Rockefeller). Flexner también pudo apoyar a su hermana Mary para que pudiera estudiar en el Bryn Mawr College. Habiendo hecho bien su negocio, Jacob vendió su farmacia y asistió a la escuela de medicina. Siguió practicando la medicina en Louisville. Bernard estudió derecho y se convirtió en un prominente abogado en Chicago y Nueva York (111).



---

En 1898, Flexner se casó con la profesora y aspirante a dramaturga Anne Crawford, antigua alumna de su escuela y graduada de Vassar College. El éxito financiero de Crawford en Broadway con la producción de su obra «Mrs. Wiggs of the Cabbage Patch» permitió a Flexner obtener una maestría en psicología en Harvard y pasar un año en las universidades de Berlín y Heidelberg. La pareja tuvo dos hijas, Jean y Eleanor. Jean fue una de las primeras empleadas de la División de Estándares Laborales en Washington, y Eleanor se convirtió en una pionera en el campo de los estudios sobre la mujer (111).

En 1908, mientras estudiaba en Alemania, Flexner escribió una crítica de la educación estadounidense (112) que llamó la atención de Henry Pritchett, quien era entonces presidente de la Fundación Carnegie para el Avance de la Enseñanza. Pritchett quedó impresionado con las ideas presentadas en el informe y encargó a Flexner que examinara el estado de la educación médica en América del Norte. Su investigación incluyó visitas y evaluaciones de 155 facultades de medicina de América del Norte y dio como resultado la publicación en 1910 del Informe No. 4 de la Fundación Carnegie, o Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá, que denunciaba el mal estado de la educación médica en toda América del Norte. Entre las principales preocupaciones de Flexner estaban la falta de una verdadera formación científica y un sistema arraigado de educación con fines de lucro, lo que dio lugar a un gran número de médicos acreditados, pero no cualificados.

Basándose en el éxito de su informe Carnegie, Flexner fue reclutado por la GEB en 1912. Rápidamente ascendió a Secretario de la Junta, y bajo su liderazgo la GEB se unió a la nueva Fundación Rockefeller en un importante programa para reformar la educación médica. Siguió siendo un miembro comprometido de la GEB hasta su jubilación en 1927.

---

Aunque Flexner centró gran parte de su carrera profesional en la educación médica, no se entrenó en la medicina ni la ejerció. Su principal interés era la educación general, en particular las teorías de aprendizaje y el papel adecuado de las universidades en la sociedad. Criticó a las universidades en las que los beneficios triunfaban sobre la educación, y creía firmemente que las universidades debían apoyar la búsqueda del conocimiento en lugar de centrarse en la formación profesional específica.

Después de que Flexner se retiró de la GEB, se convirtió en el fundador y primer director del Instituto de Estudios Avanzados en Princeton, Nueva Jersey. Bajo su liderazgo, el Instituto de Estudios Avanzados se convirtió en un espacio para que los académicos centraran sus energías enteramente en el aprendizaje y la búsqueda pura del conocimiento. Un miembro notable del Instituto fue Albert Einstein, quien fue reclutado en 1930 por el mismo Flexner (113).

Abraham Flexner se retiró del Instituto de Estudios Avanzados en 1939. En 1951, a la edad de 85 años, fue fotografiado para el New York Times con sus compañeros de la Universidad de Columbia. El pie de foto decía: «El hombre que recaudó y gastó 600.000.000 de dólares a través de la Junta de Educación General de Rockefeller y quien dirigió el Instituto de Estudios Avanzados de Princeton, sazona su “jubilación” con cursos en Columbia, actualmente en historia europea y administración pública soviética» (111).

Murió años después a la edad de 92 años. Las ponencias de Abraham Flexner se encuentran en la Biblioteca del Congreso en Washington D.C.

\*\*\*

En el medio siglo que transcurrió entre sus primeras visitas a las escuelas de medicina de Estados Unidos en 1909 y su muerte en 1959, ningún otro educador estadounidense tuvo tanto poder, influencia y respeto. En una gran cena en Nueva York en su honor en 1956, la mayoría de los decanos de

---

medicina de la nación, médicos importantes y muchos políticos destacados se reunieron para rendir homenaje al hombre que, en palabras del portavoz de la AMA esa noche, había hecho «la mayor contribución individual» de la historia a la enseñanza de la medicina. Su muerte, tres años después, trajo un obituario de primera plana en el New York Times. Allan Nevins, el historiador más conocido de la época, lamentó el fallecimiento de una mente original y alabó su «insaciable curiosidad intelectual, su entusiasmo por aprender y su capacidad de salirse de convencionalismos para abrir nuevos caminos» (114).

El cambio en la reputación de Flexner a partir de 1960 es dramático y sorprendente. Flexner es ahora más a menudo visto como terco, manipulador y muy testarudo. Un escritor lo ha llamado «esnob académico premiado» por su insistencia en los altos estándares educativos. El Informe Flexner, que los escritores de obituarios de 1959 consideraron sin precedentes por su importancia e influencia, se considera ahora como la mera institucionalización de una revolución conceptual completada una veintena de años antes (114).

Howard Berliner ha llamado a su informe «un callejón sin salida para los historiadores de la educación médica» (94). Tal vez las palabras que más le habrían herido fluyeron en 1984 de la pluma de un ex editor de J.A.M.A., él mismo un historiador, que llamó al informe de Flexner «probablemente el documento más groseramente sobrevalorado en la historia de la medicina americana» (72).

### **3.1.5. Sir William Osler – una breve biografía (115,116)**

Sir William Osler, Baronet, nació el 12 de julio de 1849 en Bond Head, Canada West (lo que hoy en día es Ontario), Canadá, y falleció el 29 de diciembre de 1919 en Oxford, Inglaterra. Médico canadiense y profesor de

---

medicina que practicó y enseñó en Canadá, Estados Unidos y Gran Bretaña. Su libro "Los principios y la práctica de la medicina" (The Principles and Practice of Medicine; 1892) fue uno de los principales libros de texto. Osler desempeñó un papel clave en la transformación de la organización y la malla curricular de la educación médica, haciendo hincapié en la importancia de la experiencia clínica. Fue elevado a baronet en el año 1911.

William Osler era el menor de los nueve hijos del reverendo Featherstone Osler, que había ido a Canadá como misionero anglicano, y su esposa, Ellen. William, como su padre, estaba destinado a la iglesia. Pero cuando atendía la escuela, desarrolló una fuerte fascinación por la historia natural. Comenzó a estudiar en el Trinity College, Toronto, pero al cabo de un año se dio cuenta que la iglesia no era su vocación. Ingresó en la Escuela de Medicina de Toronto en 1868 donde estudió dos años. Luego se trasladó a la Universidad McGill en Montreal, Quebec, de donde se graduó de médico en 1872. Como era la costumbre de muchos médicos canadienses, pasó los siguientes dos años visitando centros médicos en Europa. Entre otros lugares, estudió en Londres, Berlín y Viena; su estancia más larga fue en el University College de Londres, en el laboratorio de fisiología de John Burdon-Sanderson, quien se dedicaba a la fisiología experimental, algo preeminente en la educación médica.

En 1873 Osler demostró que los corpúsculos todavía no identificados en la sangre eran de hecho el tercer tipo de «células» sanguíneas, que más tarde se denominarían plaquetas. Estos corpúsculos habían sido observados antes, pero nadie los había estudiado tan a fondo como Osler. Así comenzó lo que él llamó sus períodos de «desempolvadura de cerebro», es decir, viajes y estudios que lo convirtieron en parte tanto de Europa como de América.

Osler regresó a Canadá en 1874 y comenzó a ejercer la medicina general en Dundas, pero pronto fue llamado como docente a los institutos de medicina

---

de la Universidad McGill. Un año más tarde obtuvo su titulación. En 1876 se convirtió en patólogo del Hospital General de Montreal y en 1878 en médico de dicho hospital. En McGill enseñó fisiología, patología y medicina. Realizó sus investigaciones sobre todo en la sala de autopsias. En 1883 Osler fue elegido miembro del Colegio Real Británico de Médicos, uno de solo dos miembros canadienses en aquel entonces. En 1884 fue invitado a ocupar la cátedra de medicina clínica de la Universidad de Pensilvania en Filadelfia. Lanzó una moneda para decidir entre la aceptación o el rechazo del llamamiento. Durante su estancia en Filadelfia se convirtió en miembro fundador de la AMA.

Allí se unió a William H. Welch, jefe de patología, Howard A. Kelly, jefe de ginecología y obstetricia, y William S. Halsted, jefe de cirugía de la Universidad Johns Hopkins. Juntos, los cuatro transformaron la organización y el plan de estudios de la enseñanza clínica e hicieron de Johns Hopkins la escuela de medicina más famosa del mundo. Idearon una síntesis revolucionaria de los sistemas educativos británicos y alemanes. Los estudiantes investigaban a sus pacientes en las salas y presentaban los resultados al «jefe». También se les incentivaba a llevar sus problemas al laboratorio. Finalmente, los expertos aunaban sus conocimientos en beneficio del paciente y del estudiante en sesiones de enseñanza pública. Así nació el patrón de la enseñanza clínica que se extendería por todos los Estados Unidos con el principio de la rotación clínica (117).

Osler adaptó el sistema inglés a los principios igualitarios americanos enseñando a todos los estudiantes de medicina en la cabecera de cama. Él creía que los estudiantes aprendían mejor por la práctica y que la instrucción clínica debía por lo tanto comenzar con el paciente y terminar con el paciente. Su énfasis era la práctica, no las clases. «Escucha a tu paciente», solía aconsejar a sus estudiantes, «te dice el diagnóstico» (2). Los libros y las conferencias fueron herramientas de apoyo. Aplicó los

---

mismos principios al laboratorio, y se esperaba que todos los estudiantes hicieran algún trabajo en el laboratorio de bacteriología. Osler introdujo el sistema de entrenamiento de postgrado alemán, instituyendo un año de pasantía general seguido de varios años de residencia con responsabilidades clínicas crecientes.

Osler no solo fue profesor de medicina sino el jefe médico del hospital, un cargo ideado primero por el rector de la universidad basándose en su experiencia en la gestión de varios grandes centros comerciales. Más tarde esta modalidad administrativa se extendió por la mayoría de los centros médicos de los Estados Unidos. Durante los primeros cuatro años no hubo estudiantes en Johns Hopkins, y Osler aprovechó el tiempo para escribir «Los principios y la práctica de la medicina» (*The Principles and Practice of Medicine*), publicado por primera vez en 1892. Ese mismo año se casó con Grace Gross, viuda de un colega cirujano de Filadelfia y bisnieta de Paul Revere.

El libro de texto de Osler era lúcido, completo, interesante y erudito. Rápidamente se convirtió en el texto médico más popular de su época y ha seguido siendo publicado desde entonces bajo una sucesión de editores, aunque nunca recuperando la calidad con la que el talento literario de Osler lo dotó. El libro de texto tuvo una secuela inesperada. En 1897 llegó a manos de F.T. Gates, asesor financiero de John D. Rockefeller en sus esfuerzos filantrópicos. Inspirado por la lectura del libro, Gates convenció a Rockefeller a dirigir su fundación hacia la investigación médica y a establecer el Instituto Rockefeller de Investigación Médica en Nueva York. «Los principios y la práctica de la medicina» se mantuvieron como texto estándar de medicina durante 40 años.

En 1904, durante una visita a Inglaterra, Osler fue invitado a suceder a Sir John Burdon-Sanderson en la Cátedra Regius de Medicina de la Universidad de Oxford, la cátedra médica más prestigiosa del mundo anglosajón.

---

Durante muchos años la práctica y la enseñanza de la medicina habían impuesto enormes exigencias al tiempo y la energía de Osler. Su enérgica esposa le telegrafió desde América: «No lo pospongas. Acepta de inmediato». Osler así lo hizo. La Cátedra Regius en Oxford es un nombramiento de la corona para el que sólo los ciudadanos de la corona son elegibles, pero Osler había mantenido su nacionalidad canadiense. Asumió la cátedra en otoño de 1905. En Oxford enseñaba sólo una vez a la semana, practicaba un poco y pasaba la mayor parte de su tiempo en sus libros. Su biblioteca se convirtió en una de las mejores de su clase, y después de su muerte pasó intacta a la Universidad de McGill, donde recibió un hogar especial. Su erudición recibió su debido reconocimiento mediante su elección como presidente de la Asociación Clásica. También fue activo en asuntos médicos e inspiró la formación de la Asociación de Médicos de Gran Bretaña e Irlanda y el establecimiento de la «Revista Trimestral de Medicina» (*The Quarterly Journal of Medicine*). Fue elegido miembro del Colegio Real de Médicos de Londres en 1884 y miembro de la Sociedad Real de Londres en 1898. Él y su esposa fueron anfitriones extremadamente generosos, especialmente con los visitantes americanos, entre los cuales su casa era conocida como «*The Open Arms*» («Los Brazos Abiertos»).

Osler dio muchas conferencias sobre medicina, algunas de las cuales fueron recopiladas y publicadas. *Aequanimitas*, que él consideraba como la cualidad más deseable para los médicos, era el título de la más famosa de ellas. Osler tenía un ingenio pícaro y redactó algunos escritos absurdos y admirables sobre la medicina bajo el seudónimo de Egerton Yorrick Davis, a quien presentó como un capitán cirujano retirado del ejército de los Estados Unidos.

Existen muchos aforismos y dichos de Osler. Tal vez lo más revelador de su pensamiento y actitud es cuando escribió: «He tenido tres ideales personales. Uno es hacer bien el trabajo del día y no preocuparse por el

---

mañana... El segundo ideal ha sido aplicar la Regla Dorada... hacia mis hermanos profesionales y hacia los pacientes comprometidos con mi cuidado. Y el tercero ha sido cultivar tal medida de ecuanimidad que me permita soportar el éxito con humildad, el afecto de mis amigos sin orgullo, y estar listo cuando llegue el día de la pena y el dolor, para enfrentarlo con el valor que corresponde a un hombre» (118).

En la terminología médica, el nombre de Osler está inmortalizado en los nódulos de Osler (hinchazón roja y sensible de la mano, característica de ciertas infecciones cardíacas), un trastorno sanguíneo conocido como la enfermedad de Osler-Vaquez, y la enfermedad de Osler-Rendu-Weber (un trastorno hereditario caracterizado por hemorragias nasales recurrentes con afectación vascular de la piel y las membranas mucosas).

La familia Osler tuvo un hijo, Revere, llamado así en honor a su tatarabuelo, Paul Revere. Su muerte en acción durante la Primera Guerra Mundial le quitó el espíritu a su padre, quien murió de neumonía en 1919.



---

### 3.1.6. Choque de visiones

Aunque Flexner encontró poca oposición, unos tantos instructores superiores expresaron, de forma amable, sus recelos. Uno de ellos fue el Dr. William Osler, considerado aún hoy en día el patriarca de la medicina norteamericana. Aunque Osler reverenciaba la ciencia, insistió a lo largo de su carrera en que la gente no podía curarse sólo con la ciencia (119).

¿Quién podría expresar su punto de vista mejor que el mismo Osler? Aquí unas citas tomadas de su libro *Aequanimitas*:

«La práctica de la medicina es un arte, basado en la ciencia.»

«Como la práctica de la medicina no es un negocio y no puede serlo nunca, la educación del corazón – la parte moral del hombre – debe ir a la par de la educación de la cabeza.»

«La práctica de la medicina es un arte, no un oficio; un llamamiento, no un negocio; un llamamiento en el cual tú ejercerás el corazón igual que tu cabeza. A menudo la mejor parte de tu trabajo no tendrá nada que ver con pociones y polvos, sino con el ejercicio de una influencia de los fuertes sobre los débiles, de los justos sobre los malvados, de los sabios sobre los necios.»

«El médico tiene generosidad, tal como es posible para los que practican un arte, nunca para los que manejan un oficio; la discreción, puesta a prueba por un centenar de secretos; el tacto, probado en mil vergüenzas; y lo que es más importante, la alegría y el coraje de Hércules.»

«Y desde el punto de vista de la medicina como arte para la prevención y cura de la enfermedad, el hombre que traduce los jeroglíficos de la ciencia al lenguaje llano de la curación es ciertamente el más útil.»

---

«Una de las definiciones más admirables del arte de la medicina, que he seleccionado como rúbrica para adornar mi texto, reza: “Y dije de la medicina, que es un arte que considera la constitución del paciente, y tiene principios de acción y razones para cada caso”. O, de nuevo, el punto de vista comprensivo tomado en la declaración: “Hay una ciencia de la medicina que se ocupa de la inspección de la salud en todo tiempo por igual, presente, pasado y futuro”.»

«El sentido crítico y la actitud escéptica de la escuela hipocrática sentaron a grandes rasgos las bases de la medicina moderna, y a ellas debemos: en primer lugar, la emancipación de la medicina de los grilletes del sacerdocio y de la casta; en segundo lugar, la concepción de la medicina como un arte basado en la observación exacta, y como una ciencia, parte integral de la ciencia del hombre y de la naturaleza; en tercer lugar, los altos ideales morales, expresados en ese más “memorable de los documentos humanos” (Gomperz), el juramento hipocrático; y en cuarto lugar, la concepción y realización de la medicina como la profesión de un caballero cultivado.»

«Una vez comprendidas, las certezas de la divinidad hacen de su estudio una delicia y de su práctica un pasatiempo; pero, ¿quién puede hablar de las incertidumbres de la medicina como un arte? La ciencia en la que se basa es bastante precisa y definida; la física de la circulación de un hombre es la física de las obras hidráulicas de la ciudad en la que vive, pero una vez fuera de engranaje, no se pueden aplicar las mismas reglas para la reparación de la una a la otra. La variabilidad es la ley de la vida, y como no hay dos caras iguales, tampoco hay dos cuerpos iguales, y no hay dos individuos que reaccionen de la misma manera y se comporten de la misma manera bajo las condiciones anormales que conocemos como enfermedad.

---

Esta es la dificultad fundamental en la educación del médico, y una que tal vez nunca comprenda, o la tome tan tiernamente que le duela en lugar de aceptar audazmente el axioma del obispo Butler, más cierto en la medicina que en cualquier otra profesión: “La probabilidad es la guía de la vida”.» (120)

«El mayor enemigo de la práctica científica de la medicina es la práctica de la rutina» (121).

Ya en 1922, Francis Peabody, Presidente del Servicio Médico de Harvard en el Hospital de la Ciudad de Boston, advirtió que «el laboratorio nunca puede y nunca debe convertirse en el factor predominante en la práctica de la medicina» (122) y se mostró consternado ante la perspectiva de que «las escuelas de medicina y los hospitales de enseñanza están produciendo “hombres de laboratorio” en lugar de médicos» (122). Más tarde escribió una breve guía sobre la relación médico-paciente (25), una epístola que revela la importante debilidad del informe Flexner y todos sus apéndices intelectuales. La cuestión era básica para la identidad del médico.

Peabody agregó:

«Si se considera [...] la enorme masa de material científico que debe ponerse a disposición del médico moderno, no es de extrañar que las escuelas hayan tendido a ocuparse cada vez más de esta fase del problema educativo. Y aunque han estado absortos en la difícil tarea de digerir y correlacionar los nuevos conocimientos, ha sido fácil pasar por alto el hecho de que la aplicación del principio de la ciencia al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades es sólo un aspecto limitado de la práctica médica. [...] Una de las cualidades esenciales del clínico es el interés por la humanidad, ya que el secreto de la atención del paciente está en el cuidado del paciente»\* (25).

---

\* Es difícil en español reproducir el juego de palabras de Peabody: “*One of the essential qualities of the clinician is interest in humanity, for the secret of the care of the patient is in*”

**Tabla 1: Sinopsis de las visiones de Flexner y Osler en cuanto a la educación y el ejercicio médico**

Visión de Flexner	Visión de Osler
<p>Positivismo médico estricto</p> <p>Medicina como disciplina experimental</p> <p>Visión mecanicista del cuerpo humano → reduccionismo biológico sin vitalismo</p>	<p>Espiritualidad en la medicina</p> <p>Medicina como arte y disciplina social</p> <p>El ser humano como sistema biológico-espiritual</p>
<p>Requisitos rigurosos de admisión.</p> <p>Al menos 2 años de entrenamiento premédico</p>	
<p>Método científico</p> <p>Diagnóstico médico = hipótesis científica</p> <p>Dominio del método científico = práctica médica costo efectiva</p> <p>La ciencia, una vez aceptada y aplicada, conquistará todo</p>	<p>Diagnóstico médico mediante experiencia y conocimiento</p> <p>Abordaje con cerebro y corazón para un tratamiento exitoso</p> <p>La formación científica debe equilibrarse con las preocupaciones humanas, y de hecho hay que enfatizar éstas.</p>
<p>Aprendizaje por la práctica</p> <p>Desdén por la instrucción didáctica</p>	<p>Aprendizaje con mentor</p> <p>Instrucción didáctica solo como complemento a la experiencia en la cabecera de cama</p>
<p>Aprendizaje por la actividad en el laboratorio (y la clínica) y no por la observación → médico como laboratorista</p>	<p>Aprendizaje por la actividad y la observación en la clínica (y el laboratorio, en menor grado) → médico como clínico</p>
<p>Investigación original</p> <p>Profesores a tiempo completo</p> <p>Nombramiento de profesores por su interés en la investigación</p> <p>Profesores sin interés en la investigación tienden a ser</p>	<p>Poco énfasis en la investigación</p> <p>Profesores a tiempo parcial con gran experiencia clínica</p> <p>Nombramiento de profesores por su interés en los pacientes y los estudiantes</p> <p>Investigadores pertenecen en</p>

Visión de Flexner	Visión de Osler
maestros someros	instituciones de investigación
	Investigadores estropean el dinamismo médico-paciente
	No a los principios científicos interpuestos entre médico y paciente
Relación médico paciente omitida	Relación dinámica importante entre médico y paciente
	Reconoce el peligro de que el paciente sea reducido a una patofisiología caracterizada por exámenes de laboratorio

Esta tabla se basa en especial en dos artículos, uno de Tauber (30) y otro de Ludmerer (17).

Por supuesto, esta tabla simplifica la situación, como una caricatura. En muchos temas, Flexner y Osler se diferenciaban más en la ponderación aplicada que en el tema mismo. Por ejemplo, Osler también hizo hincapié en la investigación. Aunque su acercamiento a la medicina era principalmente el de un naturalista en lugar de un experimentalista, conocía las limitaciones del enfoque del naturalista (123): «El hombre puede hacer mucho con la observación y el pensamiento, pero solo con ellos no puede desentrañar los misterios de la Naturaleza. Si hubiera sido capaz, los griegos lo habrían hecho; y si Platón y Aristóteles hubieran comprendido el valor de la experimentación en el progreso del conocimiento humano, el curso de la historia europea podría haber sido muy diferente» (124).

### 3.1.7. El papel paradójico de John D. Rockefeller Sr.

Existía una muy clara línea divisora entre la ideológica de los «barones ladrones», como se denominaba despectivamente a John D. Rockefeller Sr., Andrew Carnegie y J.P. Morgan por un lado – es decir, la primera

---

generación de los superricos – y sus hijos, como John D. Rockefeller Jr., capitalistas corporativos que posteriormente dirigían las operaciones (80).

Rockefeller expresaba repetidas veces su preocupación de que el dinero que él dedicaba al apoyo filantrópico de la educación médica estaba siendo usado para apoyar solo a la profesión regular, es decir, lo que hoy en día llamamos la medicina académica, a expensas de los homeópatas. «Soy homeópata», regañó a su personal en 1916. «Deseo que los homeópatas reciban un trato justo, cortés y liberal por parte de todas las instituciones médicas a las que contribuimos».

Una vez preguntaron a Rockefeller si una vez había estudiado medicina. Respondió: «No, no mucho. Pero he estudiado a los médicos.” Esto quizá explica su preferencia por la homeopatía (125).

En el año 1919, cuando consideraba un regalo de 45 millones de dólares a su Junta de Educación General para apoyar la educación médica, Rockefeller nuevamente advirtió a su hijo y a su personal: «La enseñanza homeopática no debe ser excluida... debe ser provista, al igual que la alopática» (80).

Su hijo y sus colaboradores explicaron firme y repetidamente que «la medicina científica ha dejado obsoletas las distinciones anteriores entre las llamadas escuelas homeopáticas y las llamadas regulares o alopáticas». La nueva medicina está libre de dogma, libre de valores. No representa «nociones preconcebidas» sobre el mundo, sino sólo «hechos comprobados» (80).

En otras palabras, reinaba el positivismo.

La ciencia médica estaría desprovista de «dogma médico de cualquier tipo» (80).

Además, como los homeópatas y las escuelas regulares «se acercan constantemente» (hablando, por supuesto de los llamados «mongrels»),

---

escribió un consejero de confianza al anciano, "las discriminaciones que antes se practicaban contra los homeópatas están disminuyendo constantemente». Simon Flexner aseguró que en el Instituto Rockefeller «no se hace ninguna distinción y se acoge en su personal a hombres cualificados independientemente de la escuela en la que hayan sido formados» (80).

El hecho de que John D. Rockefeller haya patrocinado personalmente a la homeopatía parece sorprendente. Sin embargo, Rockefeller y la homeopatía fueron ambos productos del siglo XIX. Desde mediados del siglo XIX en adelante, la homeopatía en los Estados Unidos atraía principalmente a las clases altas. Era más segura que la medicina heroica y era un signo de riqueza y de gusto, ya que estaba muy de moda entre la nobleza europea y la clase alta. Los adinerados en los Estados Unidos imitaban, hasta en exceso y de manera ridícula, a las personas de este estrato social (80).

Rockefeller, que tenía veintidós años al estallar la Guerra Civil, toda su vida creía que la homeopatía era médica y socialmente deseable (80).

Y en vista de la amistad incondicional que John D. Rockefeller Sr. cultivaba hacia la homeopatía, choca como un absurdo la plétora de escritos que acusan a Rockefeller de haber destruido la medicina alternativa (no solamente la homeopatía) en los Estados Unidos. No cito estos escritos, porque en casi todos los casos carecen de las características de trabajos científicos serios, pero basta una simple búsqueda en el Internet para encontrar miles de páginas que se citan mutuamente y giran alrededor del tema «Rockefeller – el destructor de la medicina alternativa y fundador de Big Pharma». Cuando uno trata de llegar a las fuentes de sus citas circulares que apoyen sus afirmaciones, uno no encuentra nada.

Parece que el núcleo del drama yace en Frederick T. Gates, el «titiritero» en el fondo que manipulaba el flujo del dinero, de las donaciones,

---

aparentemente, por lo menos en ocasiones, sin el conocimiento de su jefe. En los primeros años del siglo pasado, los programas filantrópicos iniciados por John D. Rockefeller incorporaron una política definida con respecto a la medicina. El arquitecto de esta política fue Frederick T. Gates, quien se había visto significativamente influenciado por los escritos de Sir William Osler (126), pero cuya interpretación de los hechos difería mucho de la de Osler. Para Gates, la investigación médica y la educación médica científica eran clave para la solución de todos los problemas de la sociedad. El apoyo a la investigación médica y a la educación médica fomentaría, según Gates, «nuevas leyes y definiciones morales y sociales de lo que está bien y lo que está mal en nuestras relaciones mutuas». La educación médica «científica» significaba para la Fundación Rockefeller no sólo la inclusión de los temas científicos preclínicos en el currículum médico, sino también que la práctica médica debía depender cada vez más de los resultados de la investigación experimental. Para lograr este objetivo y pasar del empirismo a la ciencia, toda la enseñanza médica tendría que situarse dentro de las universidades (127).

Gates rechazaba la homeopatía como charlatanería carente de bases científicas (126). Hacía todo en su poder para impedir que la homeopatía – y otras medicinas alternativas – recibieran apoyo financiero de la Fundación Rockefeller. Rockefeller había donado dinero una vez a la homeopatía, \$25.000 en 1888. Pero una vez que Gates se encargaba de los flujos financieros, cualquier apoyo financiero para la medicina alternativa se secó como un arroyo en el Sahara (125). Contaba con un compañero de ideas afines, Simon Flexner, director del Instituto Rockefeller para la Investigación Médica (1901–1935) (lo que posteriormente se convertiría en la Universidad Rockefeller) y un fideicomisario de la Fundación Rockefeller. También fue amigo y consejero de John D. Rockefeller Jr., quién cada vez más se encargaba de las decisiones en el imperio creado por su padre y

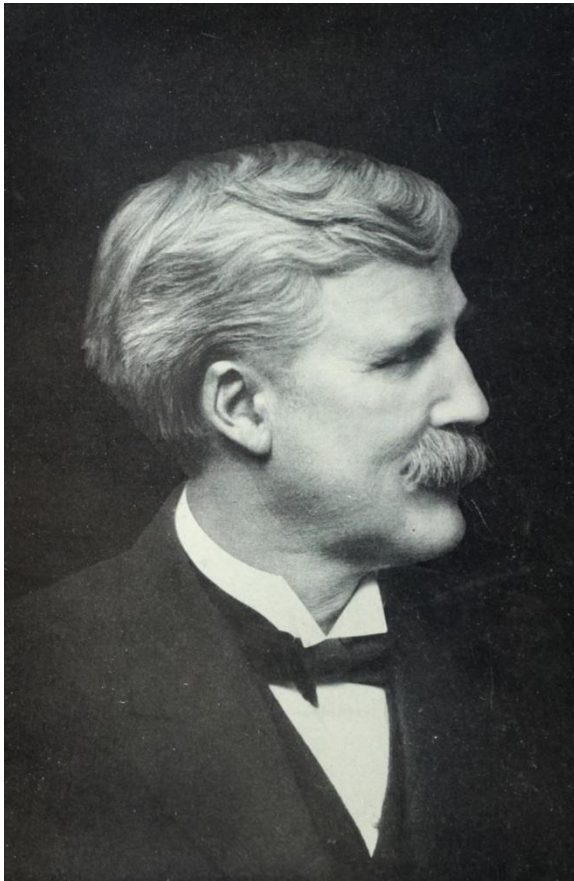


cuyas ideas positivistas compaginaban perfectamente con aquellas de Gates.

### 3.1.8. El «titiritero» detrás del telón – Frederick Taylor Gates

El esqueleto de esta biografía proviene de su página biográfica en la fundación Rockefeller (128)

Frederick T. Gates desempeñó un papel esencial en la creación de la filantropía institucional moderna.



*Ilustración 4: Frederick Taylor Gates*

Nacido en 1853 de un ministro bautista, Gates fue criado con una fuerte dedicación a su fe. Después de graduarse de la Universidad de Rochester en Nueva York en 1877 y del Seminario Teológico de Rochester en 1880, fue ordenado como ministro bautista y pasó los siguientes ocho años como pastor de la Iglesia Bautista Central en Minneapolis, Minnesota.

En 1888, mientras trabajaba como secretario de la Sociedad Americana de Educación Bautista,

Gates llamó la atención de John D. Rockefeller (JDR). JDR fue contactado por Gates como parte de una campaña para crear una universidad bautista importante en el medio oeste. Convencido por los argumentos de Gates a favor de tal institución, JDR se convirtió en el principal benefactor de lo que se convirtió en la Universidad de Chicago en 1892.

---

JDR quedó impresionado por las habilidades de Gates en la recaudación de fondos y la planificación. Propuso que Gates manejara sus actividades filantrópicas y de negocios.

Desde esta posición, Gates estableció su legado en el campo de la filantropía. En 1897, inspirado por la falta de instalaciones de investigación médica en los Estados Unidos, Gates trazó un plan para abrir una institución de investigación médica en los Estados Unidos. Este plan – su primer gran esfuerzo como asesor filantrópico de Rockefeller – llevó a la creación del Instituto Rockefeller de Investigación Médica. También desempeñó un papel esencial en la creación y organización de la Junta de Educación General (GEB) en 1902 y de la Comisión Sanitaria de Rockefeller (RSC) para la erradicación de la anquilostomiasis en 1909.

Sin embargo, su contribución más notable a la filantropía inicial fue su papel en el establecimiento de la Fundación Rockefeller (RF). Fue la visión de Gates de una gran fundación con personal profesional que pudiera trabajar por el propósito general de «el bienestar de la humanidad» lo que convenció a JDR que proporcionase los recursos para la nueva fundación. Durante su estancia en el Consejo de Administración de RF, Gates alentó un enfoque en las iniciativas de salud (estableciendo una agenda que prevaleció durante décadas) y supervisó las primeras actividades de la Fundación, incluyendo el desarrollo de la División de Salud Internacional (*International Health Division*) y el Consejo Médico de China (*China Medical Board*). Trabajó durante diez años en la Junta Directiva de la RF antes de jubilarse en 1923.

En su autobiografía escribió:

«Me quedó claro que la medicina difícilmente podía esperar convertirse en una ciencia hasta que se dotara a la medicina, y se permitiera a los hombres cualificados dedicarse al estudio y a la

---

investigación ininterrumpida, con un amplio salario, totalmente independiente de la práctica. Con este fin, me pareció que debía establecerse un instituto de investigación médica en los Estados Unidos. Y aquí estaba la oportunidad para el Sr. Rockefeller de hacer un inmenso servicio a su país y quizás al mundo.

Esta idea se apoderó de mí. Cuanto más pensaba en ella, más me interesaba. No sabía nada del costo de la investigación; no me di cuenta de su enorme dificultad, lo único que vi fue la abrumadora necesidad y la infinita promesa, mundial, universal, eterna. Lleno de estos pensamientos y entusiasmos, regresé de mis vacaciones el 24 de julio de 1897.

Llevé mi Osler<sup>†</sup> a la oficina del 26 de Broadway y allí dicté para el ojo del Sr. Rockefeller un memorándum. En él se enumeraban las enfermedades infecciosas y se señalaban los pocos gérmenes que se habían descubierto todavía y el gran campo de descubrimiento, los pocos detalles que se habían encontrado todavía y lo terrible que era el sufrimiento sin remedio. Se señalaba la utilidad del Instituto Koch de Berlín y el éxito del Instituto Pasteur de París. Las investigaciones de Pasteur sobre el ántrax y las enfermedades de fermentación habían ahorrado a la nación francesa una suma muy superior al costo total de la guerra franco-alemana. Incluso si el instituto propuesto no descubriera nada, el mero hecho de que él, el Sr. Rockefeller, hubiera establecido tal instituto de investigación, si se contentaba con hacerlo, daría lugar a que se establecieran otros institutos de tipo similar, o al menos otros fondos para la investigación, hasta que la investigación en este país se llevara a cabo a gran escala y de las multitudes de trabajadores podríamos estar seguros al final de abundantes recompensas, aunque esas

---

<sup>†</sup> El libro de texto de medicina interna de William Osler.

recompensas no provinieran directamente del instituto que él pudiera fundar» (126)

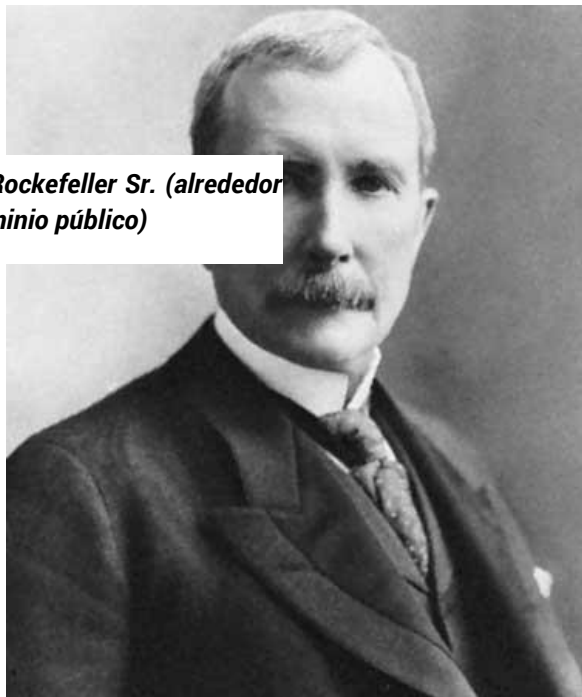
Frederick T. Gates falleció en 1929 en Phoenix, Arizona. Los investigadores del Rockefeller Archive Center (RAC) pueden acceder a sus documentos.

### 3.1.9. John D. Rockefeller, Sr. – una breve biografía

El esqueleto de esta biografía proviene de la biografía oficial de John Davison Rockefeller Senior en el Rockefeller Archive Center (129). Otras fuentes se identificarán en el cuerpo del texto.

John Davison Rockefeller fue la fuerza guía detrás de la creación y el

desarrollo de la compañía Standard Oil, que creció para dominar la industria petrolera y se convirtió en uno de los primeros grandes fideicomisos en los Estados Unidos, generando así mucha controversia y oposición con respecto a sus prácticas de negocios y forma de organización. JDR también fue uno de los primeros grandes filántropos de los Estados



*Ilustración 5: John D. Rockefeller Sr. (alrededor de 1875; imagen en el dominio público)*

Unidos, estableciendo varias fundaciones importantes y donando un total de 540 millones de dólares a esfuerzos caritativos.

Nació el 8 de julio de 1839 en una granja de Richford, Nueva York, como el segundo de los seis hijos de William A. y Eliza Davison Rockefeller. La familia vivía en circunstancias modestas. Cuando era niño, su familia se mudaba a menudo, llegando a Ohio en 1853. JDR asistió a la Escuela

---

Secundaria Central en Cleveland y se unió a la Iglesia Bautista de la Calle Erie, que más tarde se convirtió en la Iglesia Bautista de la Avenida Euclid. Activo en sus asuntos, se convirtió en fideicomisario de la iglesia a la edad de 21 años.

JDR abandonó el colegio en 1855 para tomar un curso de negocios en el Folsom Mercantile College. Completó el curso de seis meses en tres meses y se convirtió en el asistente del contador de Hewitt & Tuttle, una pequeña firma de comisionistas y embarcadores de productos. Unos meses más tarde fue ascendido a cajero y contador.

En 1859, con \$1.000 que había ahorrado y otros \$1.000 prestados de su padre, JDR formó una sociedad en el negocio de comisiones con Maurice B. Clark. Ese mismo año, el primer pozo de petróleo fue perforado en Titusville en el oeste de Pennsylvania, dando lugar a la industria petrolera. Cleveland pronto se convirtió en un importante centro de refinación de la nueva industria en auge y en 1863 Rockefeller y Clark entraron en el negocio del petróleo como refinadores. Junto con Samuel Andrews construyeron y operaron una refinería de petróleo, Andrews, Clark & Co. La firma también continuó en el negocio de las comisiones, pero en 1865 los socios no estuvieron de acuerdo con la gestión de sus asuntos comerciales y decidieron vender la refinería al socio que ofreciera la oferta más alta. JDR la compró por 72.500 dólares, vendió sus otras participaciones y, junto con Andrews, formó Rockefeller & Andrews.

### ***3.1.9.1. La compañía Standard Oil***

La participación de JDR en la industria petrolera aumentaba a medida que la propia industria se expandía, impulsada por el uso cada vez más extendido del queroseno para la iluminación. En 1870 organizó la compañía Standard Oil junto con su hermano William, Andrews, Henry Morrison

---

Flagler, Steven Vanderburgh Harkness y otros. Tenía un capital inscrito de un millón de dólares.

Hasta el año 1872 Standard Oil había comprado casi todas las compañías de refinación en Cleveland, además de dos refinerías en el área metropolitana de Nueva York. En poco tiempo la compañía estaba refinando 29.000 barriles de petróleo crudo al día y tenía su propio taller de tonelería que fabricaba barriles de madera. También tenía tanques de almacenamiento con una capacidad de varios cientos de miles de barriles de petróleo, almacenes para el petróleo refinado y plantas para la fabricación de pinturas y pegamentos.

Standard Oil prosperaba y en 1882 todas sus propiedades se fusionaron en el Standard Oil Trust. Tenía un capital inicial de 70 millones de dólares. Originalmente había 42 titulares de certificados, o propietarios, en el fideicomiso.

Después de diez años el fideicomiso fue disuelto por un tribunal en Ohio. Las compañías que conformaban el fideicomiso se unieron más tarde en la formación de la Standard Oil Company (Nueva Jersey), ya que Nueva Jersey había adoptado una ley que permitía a una compañía matriz ser propietaria de las acciones de otras compañías. Se estima que Standard Oil poseía el 75 por ciento del negocio petrolero de los Estados Unidos en la década de 1890.

Además de ser el presidente de Standard Oil, JDR era propietaria de minas de hierro y madereras y había invertido en manufactura, transporte y otras industrias. Aunque él sostuvo el título de presidente de Standard Oil hasta 1911, JDR se retiró del liderazgo activo de la compañía en 1896. En 1911 la Corte Suprema de los Estados Unidos encontró que el fideicomiso de Standard Oil estaba en violación de las leyes antimonopolio y ordenó la disolución de la corporación matriz de Nueva Jersey. Las 38 compañías que

---

controlaba fueron separadas en firmas individuales. En ese momento, JDR poseía 244.500 de las 983.383 acciones en circulación de la compañía.

### **3.1.9.2. Filantropía**

JDR tenía 57 años en 1896 cuando decidió que otros deberían asumir el liderazgo diario de Standard Oil. Ahora enfocó sus esfuerzos en la filantropía, regalando la mayor parte de su fortuna en formas diseñadas para hacer el mayor bien según lo determinado por el estudio cuidadoso, la experiencia y la ayuda de asesores expertos.

Desde el tiempo cuando comenzó a ganar dinero cuando era niño, JDR había dado una parte de sus ingresos a su iglesia y a organizaciones benéficas. Su filantropía surgió de su temprana formación familiar, sus convicciones religiosas y sus hábitos financieros. Durante la década de 1850 hacía contribuciones regulares a la iglesia bautista y para cuando cumplió 21 años, estaba apoyando a otras denominaciones junto con instituciones religiosas y educación afroamericana.

### **3.1.9.3. La Universidad de Chicago**

A medida que su riqueza crecía en la década de 1880, JDR llegó a favorecer un sistema cooperativo y condicional de donaciones en el que apoyaba un proyecto si otros interesados en él también proporcionaban un apoyo financiero sustancial. Así participó en la fundación de la Universidad de Chicago con la Sociedad Bautista Americana de Educación al ofrecer \$600,000 del primer millón de dólares para la dotación sólo si el resto era prometido por otros dentro de 90 días. La universidad fue incorporada en 1890. Durante los siguientes 20 años JDR continuaba contribuyendo, siempre con la condición de que otros se unieran a él. En 1910 hizo una

---

donación de despedida de 10 millones de dólares, lo que elevó el total de sus contribuciones a la universidad a 35 millones de dólares.

#### ***3.1.9.4. Filantropía corporativa***

JDR reconoció las dificultades de aplicar sabiamente grandes fondos para el bienestar humano y ayudó a definir el método de filantropía científica, eficiente y corporativa. Para ayudar a manejar su filantropía, contrató al Reverendo Frederick T. Gates, cuyo trabajo con la Sociedad Bautista Americana de Educación y la Universidad de Chicago inspiró la confianza de JDR. Con el consejo de Gates y su hijo, John D. Rockefeller Jr., estableció una serie de instituciones que son significativas en la historia de la filantropía, la ciencia, la medicina y la salud pública de los Estados Unidos.

#### ***3.1.9.5. El Instituto Rockefeller de Investigación Médica***

En 1901 JDR fundó el Instituto Rockefeller de Investigación Médica (ahora la Universidad Rockefeller) con el propósito de descubrir las etiologías, las profilaxis y las terapias de las enfermedades. Algunos de los logros más destacados de sus científicos son el tratamiento con suero de la meningitis y de la neumonía; el conocimiento de la causa y la forma de infección en la poliomielitis; la naturaleza del virus que causa la gripe epidémica; la cirugía vascular; un tratamiento para la enfermedad del sueño africana; la primera demostración de la preservación de la sangre entera para su posterior transfusión; la primera demostración de cómo las células nerviosas extienden sus axones a otras zonas del cuerpo; el descubrimiento de que un virus puede causar cáncer en las aves; la síntesis de péptidos; y la identificación del ADN como el material genético crucial.



---

### **3.1.9.6. La Junta de Educación General (1902-1965)**

En 1902 JDR estableció la Junta de Educación General, GEB, para la «promoción de la educación dentro de los Estados Unidos sin distinción de raza, sexo o credo». Entre 1902 y 1965, la GEB distribuyó 325 millones de dólares para mejorar la educación en todos los niveles, con énfasis en la educación superior, incluyendo las escuelas de medicina. En el sur, donde había una necesidad especial, el GEB ayudó a escuelas tanto para estudiantes blancos como afroamericanos. A partir del trabajo de la Junta con los clubes de niños en el área de las granjas, creció el movimiento del Club 4-H y los programas federales de extensión de granjas y hogares.

Hasta el año 1925, la GEB había otorgado 60 millones de dólares en dotaciones a los colegios y universidades de los Estados Unidos para ciertas reformas que consideraban deseables y, en virtud de su política de subvenciones de contrapartida, había exigido a las instituciones que recaudaran 140 millones de dólares adicionales para apoyar esos cambios exigidos por la GEB. En 1928, la GEB había aportado unos 50 millones de dólares a las facultades de medicina para reformas muy específicas, lo que generó recursos totales estimados en diez veces esa cantidad para esas mismas reformas. En total, la GEB invirtió 129 millones de dólares en una suerte de filantropía estratégica (80).

En 1929 la GEB y la Fundación Rockefeller cambiaron su enfoque desde el desarrollo institucional en la educación médica a las iniciativas de investigación. En menos de dos décadas el GEB había transformado la educación médica estadounidense en uno de los mejores sistemas del mundo, mientras que la Fundación Rockefeller había invertido más de 25 millones de dólares para construir institutos de salud pública en todo el mundo (130).

---

### **3.1.9.7. Comisión Sanitaria de Rockefeller (1909-1915)**

En 1909 JDR combinó su interés especial en el sur de los Estados Unidos con su interés en la salud pública para crear la Comisión Sanitaria de Rockefeller para la erradicación de la anquilostomiasis. Su propósito era financiar un movimiento cooperativo para curar y prevenir la enfermedad de la anquilostomiasis, que era especialmente devastadora en los estados del sur. La comisión lanzó una campaña masiva de educación pública y medicamentos en 11 estados. Pagó los salarios del personal de campo, que fue nombrado conjuntamente por los estados y la comisión, y patrocinó campañas de educación pública y el tratamiento de las personas infectadas. Como parte de este programa, se celebraron más de 25.000 reuniones públicas a las que asistieron más de 2 millones de personas a las que se educó sobre la anquilostomiasis y su prevención.

### **3.1.9.8. La Fundación Rockefeller**

En 1913 el JDR estableció la Fundación Rockefeller para «promover el bienestar de la humanidad en todo el mundo». En consonancia con este amplio compromiso, la fundación ha prestado una importante asistencia mundial a la salud pública, la educación médica, la mejora de la producción de alimentos, el progreso científico, la investigación social y las artes.

Después de la sangrienta “Guerra de Carbón” de Colorado en 1914, donde la huelga de los obreros de Rockefeller en una mina de carbón fue suprimido con fuerza bruta, matando a niños, mujeres y obreros, la Fundación Rockefeller fue utilizado por el experto en relaciones públicas, Ivy Lee, para limpiar el nombre de los Rockefeller y manipular la opinión pública (131).

La División de Salud Internacional de la Fundación amplió la labor de la Comisión Sanitaria en todo el mundo, trabajando contra diversas enfermedades en 52 países, lo que le valió el reconocimiento internacional

---

en materia de salud pública y saneamiento ambiental. Sus primeras investigaciones de campo sobre la anquilostomiasis, la malaria y la fiebre amarilla proporcionaron las técnicas básicas para controlar estas enfermedades y establecieron el patrón de los modernos servicios de salud pública. La fundación construyó y dotó la primera escuela de higiene y salud pública del mundo, en la Universidad Johns Hopkins y gastó 25 millones de dólares para desarrollar escuelas de salud pública en todo el mundo<sup>‡</sup>.

Su programa de desarrollo agrícola en México condujo a la Revolución Verde en el avance de la producción mundial de alimentos, y la fundación proporcionó un financiamiento significativo para el Instituto Internacional de Investigación sobre el Arroz en las Filipinas. Miles de científicos y eruditos de todo el mundo han recibido becas de investigación y de estudios avanzados. La fundación ayudó a fundar el Consejo de Investigación de Ciencias Sociales y ha prestado un apoyo importante a organizaciones como la Oficina Nacional de Investigación Económica, el Instituto Brookings y el Consejo de Relaciones Exteriores. En el campo de las artes, la fundación ayudó a establecer o apoyar el Festival Shakespeariano de Stratford en Ontario, Canadá; el Festival Shakespeariano Americano en Stratford, Connecticut; Arena Stage en Washington, DC; *Karamu House* en Cleveland; y el *Lincoln Center for the Performing Arts* en Nueva York.

---

<sup>‡</sup> Aquí la biografía de John D. Rockefeller parece tener un error. De hecho, mucho antes el científico alemán Max von Pettenkofer estableció el Instituto de Higiene y Medio Ambiente en la Universidad Ludwig-Maximilians de Munich. En consecuencia, todas las tres Facultades de Medicina de Baviera establecieron cátedras de salud pública y Baviera, por lo tanto, llegó a ser el primer país en el mundo de educar a sus estudiantes de medicina en higiene y salud pública.(132).

### **3.1.9.9. Otras obras filantrópicas de Rockefeller**

Además de crear varias filantropías corporativas, JDR continuó haciendo donaciones personales a las siguientes entidades: escuelas de teología; la Comisión de Parques Interestatales de Palisades; víctimas del terremoto de San Francisco de 1906; la Liga Anti-Saloon; organizaciones misioneras bautistas; varias YMCA y YWCA; parques en Cleveland; y colegios y universidades, incluyendo Brown, Bryn Mawr, Columbia, Harvard, Spelman, Vassar, Wellesley y Yale.

### **3.1.9.10. Vida familiar**

Ya habíamos mencionado que la niñez de John D. Rockefeller Sr. era dura.



**Ilustración 6: William "Big Bill" Rockefeller Sr.**

Su padre, «Big Bill», odiaba el tabaco y el licor, pero pasaba horas en las tabernas, intercambiando información e insinuando formas secretas de hacer dinero. En realidad, vagaba por el campo comprando y vendiendo todo lo que podía: sal, madera, pieles, caballos y lo que pasaba por medicinas en aquellos días no regulados. «Dr. William A. Rockefeller, el célebre especialista en cáncer», decían sus tarjetas. Al menos una de sus medicinas contenía el licor que él detestaba y el aceite que su hijo refinaría (87).

Bill a veces enseñó lecciones duras. Cuando John era un niño pequeño, su padre le extendió los brazos para atraparlo y luego lo dejó caer al suelo.

---

«Nunca confíes en nadie completamente, ni siquiera en mí», dijo Bill. Su padre le enseñó a «cambiar platos por pozuelos», es decir, sacar lo mejor de cualquier negocio. «Engaño a mis chicos cada vez que puedo», Big Bill una vez se jactó. «Quiero hacerlos muy astutos». Pero también les enseñó a pagar las deudas y a honrar los contratos. Y despertó el hambre de John por la riqueza llevándolo en un viaje de negocios a la bulliciosa ciudad de Syracuse donde le compraba un reluciente par de zapatos de cuero. John, como adulto, llamaría pecaminosas a las ciudades, pero él ayudaría a hacerlas capitales de industrias nacionales y a convertir a Estados Unidos de un país netamente rural a uno mayormente urbano en el transcurso de su vida (87).

Bill era un buen padre – en ocasiones. En otras, un asco. Pero a la final, sus visitas a su hogar se hacían más escasas y al fin, luego de la acusación de la violación de una muchacha, Bill se escabulló, empezando una nueva vida, un nuevo matrimonio, sin divorciarse antes y abandonando a su familia a su suerte (87).

Fue esa la experiencia que moldeó a John D. Rockefeller Sr. La hizo duro, astuto, vigilante y sin dejar escapar una oportunidad: los cimientos para su futura fortuna.

John D. Rockefeller se casó con Laura C. Spelman, una maestra, el 8 de septiembre de 1864, en Cleveland. Tuvieron cinco hijos: Bessie, Alice, Alta, Edith y John Jr., quien heredó gran parte de la fortuna familiar y continuó la labor filantrópica de su padre.

En la década de 1870, JDR comenzó a hacer viajes de negocios a Nueva York, y pronto comenzó a llevar a su familia para estancias prolongadas. En 1884, compró una casa extensa de piedra rojiza en el 4 West 54th Street, cuyos terrenos forman ahora parte del jardín del Museo de Arte Moderno. A partir de la década de 1890, la familia pasaba parte de su tiempo en su casa

---

de Pocantico Hills, a unas 25 millas al norte de Manhattan, pero durante el verano regresaba a su casa de Forest Hill en el este de Cleveland. Después de la muerte de Laura, JDR pasaba varios meses cada año en sus casas en Lakewood, Nueva Jersey, y Ormond Beach, Florida.

John D. Rockefeller murió el 23 de mayo de 1937 en The Casements, su hogar en Ormond Beach. Tenía 97 años de edad. Está sepultado en el cementerio de Lakeview en Cleveland.

\*\*\*

Como dueño de la más grande fortuna del mundo en su tiempo, John D. Rockefeller Sr. había donado en su vida la increíble suma de 530'853.632 dólares a varias instituciones. Su filosofía fue «resolver el problema de donar dinero sin convertir a aquellos, que lo reciben, en mendigos»: (133)

«Investigué y trabajé casi hasta el colapso nervioso al andar a tientas, sin suficiente guía o mapa, a través del campo cada vez más amplio del esfuerzo filantrópico. Me vi obligado a organizar y planificar este departamento sobre líneas de progreso tan distintas como nuestros otros asuntos de negocios.

Siempre he tenido la esperanza de que durante mi vida pueda establecer eficiencia en la donación, para que la riqueza sea de mayor utilidad para las generaciones presentes y futuras. Si se puede educar a la gente para que se ayude a sí misma, golpeamos la raíz de muchos de los males del mundo» (133).

## 3.2. LA CORTA HISTORIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY CON UN TOQUE PERSONAL

### 3.2.1. Dr. Edgar Rodas Andrade (13 de abril de 1936 - 2 de marzo de 2015) – una breve biografía

*«No vayas por donde el camino te lleve,  
¡ve por donde no hay camino y deja tu huella!»*

*Dr. Edgar Rodas Andrade*

Esta biografía se orienta en el obituario publicado en el revista *The Lancet*, 2015 (134).



**Ilustración 7: Dr. Edgar Rodas A.**

El Dr. Edgar Rodas Andrade fue un cirujano reconocido y el fundador de la organización benéfica médica Cinterandes. Nació en Cuenca, Ecuador, el 13 de abril de 1936.

Cuando se intenta llevar la atención sanitaria básica a las comunidades pobres o marginadas, la atención quirúrgica es casi siempre la última en

aparecer. La tarea de aportar la infraestructura y los sistemas requeridos para la cirugía es desalentadora y parece prohibitiva. Sin embargo, en la última parte de su carrera, un cirujano ecuatoriano, Edgar Rodas, dio un vuelco a esta situación. «Pasó muchos años yendo a lomo de mula, o caminando, o usando cualquier medio necesario para visitar a la gente de las tierras altas y llegar a las aldeas remotas», dice Ray Price, profesor de cirugía en la Escuela de Medicina de la Universidad de Utah. «Se dedicaba de todo corazón a lo que hacía». Pero a pesar de sus mejores esfuerzos, a

---

menudo resultó difícil proporcionar la atención que Rodas deseaba sin la infraestructura quirúrgica de apoyo.

Entonces, hace 15 años, al Dr. Rodas se le ocurrió una idea tan imaginativa como audaz: Comprar un camión, convertirlo en un quirófano móvil y llevar la infraestructura, los sistemas y los médicos a la gente, dondequiera que estén. Y funcionó.

Las semillas de esta idea se plantaron al principio de su carrera. En 1964, después de graduarse en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, su ciudad natal, y antes de ir a los Estados Unidos para entrenarse en cirugía, firmó una residencia de 3 meses con el buque hospital SS Hope. Propiedad de la organización benéfica americana Project Hope, este buque navegaba por todo el mundo proporcionando asistencia y entrenamiento quirúrgico y médico a países de bajos ingresos.

Vino casado con una enfermera norteamericana. Pareja ideal y no solo en lo profesional. Édgar fue un hombre afortunado, de los poquísimos que dan con la otra mitad de la leyenda griega. Tres hijos a los que vino a sumarse un niño shuar, abandonado, a quien el Dr. Rodas encontró en uno de aquellos recorridos. Se le acercó. El niño le tendió las manos, ¡papá!, ¡papá! Gesto que a nuestro colega le conmovió hasta las lágrimas. Le adoptaron. Familia completa (135).

A su regreso a Cuenca, el doctor se incorporó al Departamento de Cirugía de su antigua facultad de medicina, llegando a ser primero profesor, luego Decano de la Facultad de Medicina y, en 1985, Vicerrector de la Universidad de Cuenca. Los que experimentaron su docencia, deben recordarle como el maestro exigente, «liberal y limpio» (como exigía Marañón) que hizo de su cátedra un ejemplo de cómo también en los países periféricos es posible transmitir conocimientos y prácticas actualizadas, vigentes en el mundo desarrollado. El Dr. Rodas Andrade fue de los primeros que utilizó en el



---

Ecuador las cirugías laparoscópicas y las tiroidectomías «casi totales» en los casos de cáncer de tiroides en pacientes operados en Cuenca con una maestría equiparable a la que se practicaba en el Hospital de la Universidad de Chicago, cuya Unidad de Tiroides es un paradigma internacional (135).

Fue durante estos años cuando empezó a formular la idea de una organización benéfica para la prestación de atención quirúrgica en zonas remotas como parte de los programas de atención primaria.

Rodas dejó su trabajo universitario en 1990 para crear la Fundación Cinterandes. Su quirófano, montado en un camión y con aire acondicionado, tiene su propio suministro de agua y está equipado para realizar varias operaciones de rutina. La primera cirugía en el quirófano móvil se realizó en la comunidad de Turi (balcón de Cuenca) (136).

El profesor Carlos Pellegrini, Presidente del Departamento de Cirugía de la Universidad de Washington en Seattle, ha acompañado a Rodas y a su equipo en el Ecuador rural. «Pueden realizar procedimientos quirúrgicos sencillos, en particular para restablecer la salud de los trabajadores», dice. «Hernias, o fístulas, u otras cosas que pueden ser reparadas, y que permiten a la gente volver al trabajo». Cuando contaban con el apoyo de hospitales cercanos a los lugares donde se encontraban, realizaban cirugías mayores (urológicas, oncológicas) (136). Al igual que Pellegrini, Price quedó impresionado por la forma en que Rodas utilizó los beneficios manifiestos de la cirugía como una forma de construir confianza. «La cirugía puede ser un facilitador para el desarrollo de la atención de salud en general», comenta, «y el camión del Dr. Rodas es el epítome de eso». Rodas también ideó un bote para llevar la cirugía a personas en lugares aislados a lo largo del Río Morona. De acuerdo con los registros, en 20 años han realizado más de 10.000 cirugías, con excelentes resultados (137). Además de la cirugía, el programa tiene como objetivo exponer a estudiantes de medicina y a

---

residentes de cirugía de todo el mundo a la Cirugía Humanitaria Global (138).

Con Cinterandes en funcionamiento, Rodas dirigió parte de su atención hacia otras direcciones. Entre 1998 y 2000 fue Ministro de Salud Pública de su país. En 2003, fundó y se convirtió en el primer decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay, también ubicada en Cuenca. Su objetivo fue desarrollar un enfoque de la formación médica que se adaptara mejor a las necesidades de un país como Ecuador.

En 2014 fue invitado a ser comisionado de la Comisión *Lancet* de Cirugía Global, grupo que se encarga de buscar formas de abordar la falta de acceso a la cirugía entre los pobres del mundo. Fue una valiosa adición, según el cirujano John Meara, Director del Programa de Cirugía Global y Cambio Social de la Facultad de Medicina de Harvard, y Presidente de la Comisión. «Tenía una tremenda experiencia práctica; proporcionando atención a los pobres y marginados del Ecuador durante décadas». Añade que la esposa de Rodas, Dolores, que es enfermera, le había dicho que rara vez había visto a su marido tan entusiasmado como cuando se integró a la Comisión y su trabajo.

Cuando se les pide por separado que describan a su colega, Pellegrini, Price y Meara utilizan la misma palabra: ¡Humilde! Un oyente atento «muy callado y muy modesto», añade Pellegrini. «Le encantaba hablar con la gente», dice Meara; «era amable y gentil». Pero a pesar de toda su abnegación, Rodas no era un idealista soñador. Durante varios años, fue profesor del curso de Medicina Humanitaria Global en la Universidad de Stanford, California (138). Price lo describe como un hombre bien organizado con un ojo para los detalles. «Recopilaba datos y los analizaba para demostrar que su trabajo era bueno. Decía: “No dejes que nadie te diga que no se puede hacer, siempre hay una manera”. Ese era su lema». Para Rodas, el propósito de su

---

lema y su vida se convirtió en lo mismo: proporcionar atención quirúrgica y comodidad a los pobres.

El Doctor Hernán Sacoto dice que siempre le acompañó una agenda negra donde tomaba nota. En los ratos libres, luego de las operaciones, le gustaba hablar de temas familiares, tenía sus «huecas» para comer. Cuando estaba en la costa le gustaba servirse el pescado y el ceviche, acompañado de una cerveza. El Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay, lo ocupó entre los años 2003 y 2009, por un pedido de su amigo de toda la vida, Mario Jaramillo Paredes, cuando este ocupó el rectorado. La Facultad arrancó con 35 estudiantes. Actualmente se educan más de 300 jóvenes. La enfermedad que padeció nunca fue obstáculo para hacer lo que amaba. Su última salida con el Quirófano Móvil fue en el mes de octubre del 2014 a la comunidad de Palmas en la península de Santa Elena (136).

El Dr. Rodas murió de cáncer de próstata en Cuenca, el 2 de marzo de 2015.

### **3.2.2. Bosquejo de los inicios de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay<sup>§</sup>**

Existe un antecedente de la historia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca. En aquella Facultad, donde el Dr. Edgar Rodas se formó y luego ejerció la cátedra, siempre hubo un problema: Los planteamientos que llevaban muchos profesores hacia una reforma de la Facultad chocaban siempre con la tendencia de mantener la Facultad en el *status quo*.

Pero primero lo primero.

---

<sup>§</sup> Por falta de documentación, la base para la historia de la fundación de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay forma la entrevista realizada con el Dr. Alberto Quezada Ramón el día 21 de mayo de 2020, y la experiencia personal del autor de la presente tesis.

---

### **3.2.2.1. El fondo formativo de Edgar Rodas**

El Dr. Edgar Rodas fue formado en un modelo tipo Osler clásico. Lo que Osler plantea es pasar de la formación médica que se hacía en unos casos en alguna universidad, en otros casos en algún hospital, pero siempre alrededor de un anfiteatro. El centro de la formación médica antes de Osler es el anfiteatro. Porque a la sapiencia, al conocimiento de larga tradición del barbero-cirujano, la ciencia que le daban era la anatomía. Entonces, la formación médica estaba hecha alrededor de un anfiteatro.

¿Qué hace Osler?

Él defiende también la formación anatómica, las autopsias. Pero dice: «¡No! Nosotros estamos formando médicos para atender enfermos. Debemos enseñarles junto al enfermo.» Y Osler es el creador de aquella formación. Él participa en la creación de la Escuela de Medicina de Johns Hopkins y en la conformación de su pénsum de estudio. Allí plantea y exige que se ponga como novedad en el pénsum de estudio de Johns Hopkins que la enseñanza de las áreas clínicas se haga junto al enfermo, que se haga en el hospital. Y exige algo más diciendo: «en la Universidad». Porque hasta entonces no era obligatorio que una escuela médica estuviera en una universidad. Podía haber escuelas médicas sólo en un hospital. Pero Osler exige formar al clínico... Básicamente el mensaje de él está en la formación del clínico junto al paciente. Formarlo en el hospital.

¡Qué mensaje más claro!

Y entonces ese mensaje crea un nuevo docente clínico, ese docente clínico sabelotodo, enciclopédico, ese gran clínico como era el mismo Osler, que llegaba con sus estudiantes y practicaba la formación clínica con ellos alrededor del paciente. En la Universidad de Cuenca, donde se formó Edgar Rodas, existía este tipo de maestro en el área clínica. Él fue alumno, por ejemplo, de un gran profesor típico como Osler, Miguel Alberto Toral, que lo

---

único que hacía en su vida era enseñar medicina en la Facultad de Medicina. Porque decían que era de tan mal carácter que casi nunca tenía pacientes. De modo que este famoso maestro era como Osler.

Pero no era sólo Miguel Alberto Toral, sino que él era el prototipo. También había otros clínicos, como por ejemplo Guillermo Moreno, después el discípulo de los dos, Fernando Crespo. Pero ya Fernando Crespo era compañero de Edgar Rodas.

Pero ellos tienen ahí la formación con Alberto Alvarado, con José Carrasco. Todos ellos son ese tipo de clínico de enseñar junto al paciente alrededor de la cama, porque ellos estaban en un muy alto nivel para ir a hacer consulta externa, según cuenta el Dr. Alberto Quezada. Nunca hacían consulta externa. Pero sí trabajaban en la hospitalización, alrededor de la cama del paciente. De esta formación tiene idea Edgar Rodas como estudiante, pero de Estados Unidos no viene aplaudiendo esa formación. El Dr. Rodas llega con algunos elementos flexnerianos. Por ejemplo, él fue uno de los que llegando acá impulsó la creación de un laboratorio de cirugía experimental, porque no lograba entender cómo se pudieran formar cirujanos sin que aprendieran antes en animales o en piezas aisladas. Entonces él insistió mucho, con otros profesores, obviamente del sector de cirugía, crear primero la cátedra de cirugía experimental y laboratorios de cirugía experimental. Entonces trajo de los Estados Unidos la idea de los laboratorios también para la cirugía. Y obviamente había visto los otros laboratorios allá.

Y él, desde luego, acompañaba al paciente, practicaba la docencia al borde de la cama junto al paciente. Sí, pero esto lo tomó desde el pregrado. Porque la Facultad de Medicina de entonces era de este tipo.

---

### **3.2.2.2. La Extensión Universitaria de la Universidad de Cuenca**

El Dr. Rodas, apenas graduado en la Universidad de Cuenca, casi en seguida había logrado ser recibido para su formación de posgrado en los Estados Unidos. Y él tomó experiencias académicas en los Estados Unidos mientras se formaba de cirujano. Y cuando volvió, ya formado en la cirugía, se reintegró en la cátedra y trajo muchas inquietudes además de su formación quirúrgica. Hablaba de la reforma de Flexner, hablaba de la formación médica norteamericana.

Un grupo de estudiantes de aquel entonces, bajo el liderazgo del dirigente estudiantil Alberto Quezada Ramón, había iniciado un proyecto de extensión universitaria en la zona de Molleturo. Hoy en día llamaríamos esto un proyecto de vinculación con la comunidad. Estos estudiantes siempre estaban reclutando docentes que quisieran acompañarlos en sus aventuras extramurales.

El concepto de la Extensión Universitaria, como proyecto, nació y se plasmó justo cuando el Dr. Rodas se formaba de cirujano en los Estados Unidos.

Entonces, cuando él había regresado al país, Alberto Quezada personalmente lo invitó a participar en la Extensión Universitaria. Y él accedió. En su primera salida fue a Molleturo.

Los estudiantes ya habían salido antes y ya tenían experiencia en el trabajo de campo. En el camino, Alberto Quezada lo introdujo al Dr. Rodas en cómo trabajaban, en qué hacían. Llegaron a Molleturo. Y ya en Molleturo organizaron el trabajo.

Entre los aspectos médicos había unos casos de cirugía menor. Pero, en el sentido mismo de la palabra, algunos de estos procedimientos no eran tan menores. Por ejemplo, había un paciente que tenía un gran tumor en el cuello, en la nuca, casi del mismo tamaño que su cabeza, un crecimiento inmenso. A Alberto Quezada le pareció esto una maravilla y un reto para el

---

Dr. Rodas, pero se topó con la negativa del paciente de someterse a una cirugía que se llevara a cabo por un «aprendiz», como se expresaba. «¡Un momento, doctor!», dijo a Alberto Quezada, estudiante todavía en aquel entonces, si bien presidente de la FEUE. «Nosotros reconocemos a usted. Con nosotros usted ha trabajado. Usted tiene un compromiso con nosotros. Yo le creo a usted. Doctor. ¡O usted me opera, pero ningún practicante pone sus manos en mi tumor! De modo que dígame, doctor: Si usted me va a operar, con todo gusto seguimos. ¡Pero ningún practicante aquí viene a hacerlo en mi tumor!» Alberto Quezada se quedó consternado. Le miró la cara del Dr. Rodas, ¡tenía una cara de niño! Edgar Rodas se puso pálido. Alberto Quezada respondió: «Disculpe, creo que nos entendimos mal. Mire, mañana a tal hora le vamos a sacar su tumor. Le decía yo que tiene usted mucha suerte, porque el que me va ayudar en esta operación es el Dr. Rodas que acaba de venir de los Estados Unidos y que es mi profesor. ¡Nada más no he dicho! De modo que continuamos, usted venga mañana y yo le voy a operar, pierda cuidado y todo lo demás, ¿no?»

Esto era una lección en humildad para todos, no solo para el Dr. Rodas.

Y el segundo día vino el paciente y naturalmente él se cuidaba mucho de que Alberto Quezada estuviera ahí a que nadie viniera a hacer prácticas en él. Quezada tuvo que estar durante toda la operación ayudándole al Dr. Rodas.

Esa fue la primera participación del Dr. Edgar Rodas en el trabajo de Extensión Universitaria en Molleturo. Y desde luego, poco a poco fue tomando primero experiencia en el trabajo de campo y fue asumiendo totalmente la tarea quirúrgica que se hacía así con la gente pobre en Extensión Universitaria. Y se fue dando cuenta como trabajaban en condiciones tan rudimentarias con unos pocos equipos de cirugía menor, con un esterilizador que era un hervidor de agua, uno de esos que entonces había, realmente en condiciones absolutamente precarias.

---

Y entonces, en uno de sus viajes dijo: «Oye Alberto, yo estoy muy feliz de que me hayas invitado, estoy muy contento y he acabado de comprender que uno de los grandes problemas de nuestra medicina y de la cirugía en particular es que la tenemos bien escondida entre cuatro paredes. Estoy de acuerdo con vos de que hay que sacar la medicina al campo. Pero no solo eso. Yo creo que hay que sacar a la cirugía al campo. Y voy a hacer todo un trabajo en mi vida para hacer que la cirugía salga al campo.»

Y él reconocía más tarde que esas fueron las principales semillas de su futuro proyecto del carro quirófano. Desde entonces el Dr. Rodas había acompañado a los estudiantes siempre en todos los proyectos de Extensión Universitaria en los que ellos pudieron participar. Y desde entonces habían trabajado con el Dr. Edgar Rodas en el trabajo comunitario.

Así iba articulando a sus vivencias realmente apenas llegaba de los Estados Unidos. También empezaba a cuestionar algunos aspectos de la formación médica americana. Obviamente se trataba de una formación en un ambiente de muchos recursos. Decía en ocasiones, viendo las cirugías y las circunstancias en las que las realizaba: «Bueno, esto, esto un gringo que viera, ¡me matara! Yo haciendo esto aquí, ¡me matara!»

Y toda la vida él participó en talleres, seminarios, congresos, eventos de educación médica. Él era uno de los pocos docentes que siempre estaban al día en la formación médica. Y entonces había sido invitado con frecuencia a otras universidades del país y fuera del país, sobre todo en el campo de la cirugía, y también a la sección médica-quirúrgica de AFEME. Más de una vez estaba en sus talleres, en sus congresos de cirugía médica a nivel nacional. Y allí se relacionó con otros cirujanos de Quito y de Guayaquil. Y todo eso le hacía no un aprendiz, sino un experto de la educación médica.



---

Había proyectos que el Dr. Rodas y otras personas anhelaban realizar, pero las circunstancias no se lo permitían. La consecuencia fue el éxodo de un número nutrido de docentes de la Facultad por la imposibilidad de realizar sus planes en aquellas condiciones que entonces reinaban. Su amigo y antiguo estudiante, el Dr. Alberto Quezada, servía como Director de Escuela en aquel momento.

Una de las cosas fue, por ejemplo, el planteamiento de que la enseñanza de la medicina debería salir de las paredes de la Facultad y del hospital hacia la comunidad. Y a pesar de que se hicieron muchos esfuerzos, nunca se logró que esto realmente se consolidase.

### **3.2.2.3. *El carro quirófano***

En el caso del Dr. Edgar Rodas, él incluso llegó a plasmar su proyecto propio de la cirugía móvil con la creación de su carro quirófano. Lo hizo desde la Facultad de Medicina, desde luego con la participación de algunas otras instituciones, donde figuraba también la Universidad del Azuay. Pero la idea era la de sacar incluso a la cirugía fuera de la Universidad. Y Edgar Rodas, a través de su proyecto, la liberó de sus confines cerrados a través del carro quirófano que inicialmente fue utilizado por la Facultad.

Dentro de las experiencias vitales que tuvo, del aprendizaje en su función universitaria, él encontró un gran contraste entre el trabajo en nuestra realidad, en condiciones de penuria, y el trabajo con todos los recursos en los Estados Unidos. Pero él tenía como escuela, y lo decía a menudo: «¡Hazlo simple!» Y él repetía eso y decía: «A mi profesor, uno de los grandes mensajes que me dio para la vida fue este: Edgar, siempre que puedas, ¡hazlo simple!» Entonces ese mensaje que tenía en la cabeza de «hazlo simple» cayó muy bien para resolver las dificultades de la cirugía ambulatoria.

---

Y es así como todo lo que significa la cirugía ambulatoria del carro quirófano, lleva a un diagnóstico simple. Sin exámenes o con un mínimo de exámenes. Sin hospitalización o con un mínimo de hospitalización. Y algo más. El sacrosanto quirófano que está con muchísimas llaves en todos los hospitales, allá donde hemos atendido, donde nadie entra, donde como en el Hospital Vicente Corral Moscoso le pusieron hasta un muro para que no pasarán los microbios de un lado a otro.

Ese sacrosanto quirófano, él lo puso en un camión. En un camión donde entra polvo en donde estaban, y se paraba en cualquier pueblo donde había viento, donde había gallinas, donde había de todo. Y la gente entraba con su ropita de casa – un quirófano sencillo pero bien dotado – hacía su posoperatorio en una camillita bajo una carpa o en el aula de la escuela, más tarde en algunos lugares en la salita de espera de un centro de salud. Sólo en algunos cantones donde pudo hacerse en un hospital. Pero la inmensa mayoría era sencilla.

Hasta que el Dr. Rodas falleció existía la segunda edición de la guía que orienta el trabajo en el carro quirúrgico. Siempre cuando él y sus colaboradores analizaban en acaloradas discusiones las futuras adaptaciones o modificaciones de las guías, solía decir: «¿Qué más ponemos aquí?» «¡Sencillo, por favor, háganlo simple!» De modo que la segunda guía fue más simple que la primera. Y muchísimas en las cirugías en el carro quirófano se hacían sin exámenes, sin radiografía. Con diagnóstico clínico.

Pero poco a poco la Facultad fue retirándose del carro quirófano. Esto empezó por la Escuela de Enfermería cuyos líderes que algún día se pronunciaban que no deseaban continuar su participación, porque se sintieron marginados y también por otras argumentaciones. Nunca quedaban claras las razones de fondo. Pero parecía que el problema era que les incomodaba la participación en la formación extramural.

---

Después también hubo otras dificultades para el funcionamiento del carro quirófano, así que no siempre fue un asunto florido este proyecto en la facultad. Pero eso muestra que el Dr. Edgar Rodas acariciaba ideas que no se pudieron cristalizar del todo en el ámbito de la formación médica de la Facultad. Era una suerte de deuda pendiente con la comunidad.

#### **3.2.2.4. El nacimiento de una facultad médica**

Algún día, el entonces rector de la Universidad del Azuay, el Dr. Mario Jaramillo, le llamó al Dr. Rodas y le informó de que la Universidad del Azuay había decidido incursionar en el campo de las ciencias de la salud, escuelas que hasta entonces no habían incorporado. Y entonces Mario Jaramillo extendió la invitación a Edgar Rodas a que crease la Facultad en esta Universidad y le dijo, literalmente: «Pues, hombre, las cosas que me has contado las que no has podido hacer, ¡hazlas aquí!»

Obviamente eran muy amigos los doctores Mario Jaramillo y Edgar Rodas. Hubo también de por medio una amistad de toda una vida.

Y el Dr. Rodas aceptó la propuesta, este reto enorme.

Emprendió a continuación todo el trabajo que significaba la creación de una Facultad con todas las asignaciones que le daba el Consejo Universitario. Y realmente avanzaba en la formación de un borrador de un pénsum de estudio. Estaban ahí algunas de sus ideas muy claras. Comenzó su primer año.

Había, entonces aquella deuda pendiente del anterior ejercicio de la docencia en la Universidad de Cuenca. De ahí venían las ideas que tenía el Dr. Rodas.

La primera exigencia que hizo fue que no sea una Facultad con muchos estudiantes, porque justamente muchas de las cosas que quería emprender deberían hacerse con grupos pequeños. Y a eso quizás se debe que en la

---

Facultad en sus comienzos hubo apenas un paralelo de cerca de 45 estudiantes.

Uno de los grandes retos que afrontaba Edgar Rodas cuando comenzó con su Facultad fue la formación hospitalaria. Entonces sólo contaba, en teoría, que iba a salir el Hospital del Río. Y se esperaba de él más de lo que pudo dar. Pero hasta tanto solo se contaba con la posibilidad de trabajar con la Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo y un poco con SOLCA. ¡No más!

Él tenía un principio bastante claro. Decía, y fue cierto: «Toda la vida luchamos porque el Hospital Vicente Corral Moscoso era el sitio natural de la formación médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Y así hemos luchado contra los estudiantes de la Universidad Católica después de su creación, y tuvimos unos cuantos conflictos de ese tipo y todo lo demás. ¡Eso yo no voy a contradecirlo y nunca voy a buscar forma de que nosotros hagamos docencia en el Hospital Vicente Corral Moscoso!» De modo de que él tenía descartadas las posibilidades del Hospital Vicente Corral Moscoso. En cuanto al Hospital José Carrasco Arteaga del IESS, también lo veía difícil, pero creía que era un poco más factible.

La parte hospitalaria era conflictiva, porque tenía claro también que no se resolvía con las clínicas privadas. Se conocía un poco ya el movimiento de las clínicas privadas en la docencia con los estudiantes de la Universidad Católica que iban a la Clínica Santa Inés. Ya tenía experiencia de cómo funcionaba eso. De modo que contaba realmente con la Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo y un poco con SOLCA, quizás algo del Hospital del IESS, y nada más.

Y contemplando, en la formación médica, los espacios clínicos de formación, ahí había un limitante importante.

---

Se suponía que se resolvería con el Hospital del Río. Pero eso no ha sucedido. Más aún, la sección de consulta, que tenía y aún tiene la Facultad en el Hospital del Río, se ha bloqueado más de una vez en su funcionamiento. Cuando el Dr. Edgar Rodas incluso la diseñó en la forma que tiene para un flujo de consulta de gente pobre, obviamente era una utopía y obviamente los bloqueos tenían que ver con eso. Él no tenía mucha conciencia de un asunto que le fue comentado más de una vez: La gran contradicción que su Facultad tenía con la práctica privada de la medicina. Mucha mayor contradicción de la que tiene, por ejemplo, la Universidad de Cuenca, que también la sufre, pero al trabajar en un hospital público, eso se resuelve parcialmente. Al no tener un hospital público la Facultad de Medicina de la UDA, eso constituía un grave problema.

Una buena solución habría sido que la UDA crease un hospital, por lo menos un hospital del día. Pero sin resolverse esto, el campo de formación del área clínica resultó difícil y no permitió admitir estudiantes en grandes números.

La dificultad que tuvo el Dr. Rodas fue que antes de que la decisión la tomase él, ya la UDA había tomado la decisión de formar parte de la sociedad que iría a construir el Hospital del Río. Él ya entró en el asunto. Entonces el Dr. Edgar Rodas no tomó la decisión. La decisión estuvo ya dada y, obviamente, él tuvo que manejarse con lo que ya había. Al parecer, quienes tomaron esa decisión, no entendían cómo funciona una Facultad de Medicina.

Ciertamente los médicos del Hospital del Río se creían ya con derecho propio a ser docentes. Y ahí hubo una serie de conflictos. El Dr. Rodas trataba de satisfacer los deseos de la mayoría de los profesionales. Pero obviamente no siempre eso era posible, porque tampoco todos tenían el tiempo suficiente. Todos querían dar solo unas contadas horas de clase. La exigencia del Dr. Rodas, al contrario, era cada vez más tiempo de docencia, tiempos completos, fiel al ideal flexneriano. Y eso era imposible de

---

conseguir de los profesionales que trabajaban en el Hospital del Río. De cierta forma, este mismo problema sigue en la actualidad.

Entonces el Dr. Rodas empezó a conseguir unos pocos profesionales a tiempo completo de fuera. Y sucedió entonces que invitaba al Dr. Alberto Quezada (el estudiante quien le había introducido en el trabajo de campo en Molleturo) para el segundo año lectivo de la Facultad. Ambos se encontraban en una fiesta y el Dr. Rodas le dijo al Dr. Quezada: «¡Hombre! Te cuento el cuento. Estoy metido en esto, sí habrás sabido.» «Sí, ¿cómo te va?» Y Edgar Rodas le pidió su ayuda. «No me disgusta la idea, pero menos en medicina interna», accedió el Dr. Quezada. Acordaron que el Dr. Quezada ayudase en investigación.

### ***3.2.2.5. El conflicto de las ciencias básicas***

El Dr. Quezada encontró algunas dificultades para que se integrara, serias dificultades. Algunas que llegaron incluso a manos del rector, y finalmente el rector, el Dr. Mario Jaramillo, decidió aceptarle. Pero el Dr. Quezada sufrió muchos rechazos para su ingreso a la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. Y dentro de eso estaba la mayoría de los docentes que daban por hecho que eran docentes de la Facultad, los profesionales del Hospital del Río.

Pero el problema más grave era que el Dr. Rodas creía que se podía tener un sólido fundamento de las ciencias llamadas «básicas», otra vez fiel al principio flexneriano. Pero no había con quién darlas. Los profesionales del Hospital del Río le habían prometido hacerse cargo de las ciencias básicas, pero quedaron cortos a su palabra. Entonces el sector de las ciencias básicas, él debió remediarlo. Y para eso pidió auxilio básicamente a la Facultad de Ciencia y Tecnología de la Universidad del Azuay. Había profesores de investigación que eran de Ciencia y Tecnología, las

---

profesoras de bioquímica eran de Ciencia y Tecnología. Es decir, los pidió prestado. Pero los prestados de Ciencia y Tecnología no estaban muy relacionados con la medicina primero, y segundo, lo más grave, tampoco disponían de mucho tiempo. Entonces podían dedicar un poco de tiempo.

En la biología, por ejemplo, se daba la siguiente situación curiosa en el contexto histórico:

Cuando se volvió a dar biología en medicina en Cuenca, en la Universidad de Cuenca décadas atrás, por la influencia del Informe Flexner, la Facultad de Medicina estaba gobernada por un grupo de médicos conservadores. Los médicos nunca habían estudiado la teoría de la evolución, aunque parezca absurdo. Estos sectores conservadores no querían que se incorpore la teoría de la evolución en el pénsum. Incluso la genética les parecía sospechosa. Así resolvieron a integrar formalmente la biología, pero empezaron a dar la citología en vez de la biología. De modo que lo que se entendía por biología en la Universidad de Cuenca era la célula, la membrana. La biología que se daba, y todavía se da, en la Facultad de Medicina de la UDA, repite hasta cierto grado este entendimiento de lo que debería ser la biología médica.

Y ese problema, de no haberse podido resolver adecuadamente, el problema de las ciencias básicas, es grave, muy grave. De modo que ese es uno de los problemas serios. Y ahí pasó que realmente las básicas en la UDA dejan mucho que desear. Quizás poco a poco se vaya formalizando. Porque lo que se necesita en las básicas es gente que primero tenga la cabeza en las básicas, no que «preste unas horitas» en las básicas. Quien está en las básicas principalmente y tiene la cabeza en las básicas las ve diferente que aquel que llega de repente a dar una clase de bioquímica o de biología. De modo que, mientras no tenga un cuerpo docente propio de las básicas, eso no va a funcionar adecuadamente. Eso es un déficit.

---

### **3.2.2.6. El conflicto con los especialistas**

Pero el otro problema que tuvo el Dr. Rodas era que pensaba que la formación debía orientarse hacia un médico de familia. ¡No había médicos de familia! Edgar Rodas, desde su Fundación Cinterandes, ya venía ensayando antes que la Facultad un programa de Medicina de Familia en Santa Ana, un ensayo en convenio con el Ministerio de Salud que llevó a cabo la Fundación Cinterandes. Se desarrollaba antes de que en el Ministerio de Salud siquiera existiera la idea de montar Medicina de Familia.

La experiencia de Santa Ana ayudó mucho para comprender lo que significa la medicina de familia – también al Ministerio de Salud. Cuando este ya decidió crear Medicina de Familia, una de las cosas que hizo fue venir a ver cómo funcionaba Santa Ana. Y Edgar Rodas entregó al ministerio toda la información que tenía del trabajo que se había hecho en Santa Ana.

Ya disponía entonces de una punta de lanza en Santa Ana. Y cuando ya tenía «su Facultad», él se veía en capacidad de formar médicos de familia. Pensaba apoyarse en su primera promoción, que era la promoción de sus médicos que trabajaban como médicos de familia en Santa Ana. Sólo había tres estudiantes que no eran del programa Santa Ana: el Dr. Pedro Martínez, el actual director del posgrado de Medicina Familiar de la UDA, porque hacía medicina de familia, la Dra. Lucy Matailo (ella había pedido al Dr. Edgar Rodas que la incluyera, ella trabajaba en su tierra, en Jima; y el Dr. Rodas la aceptó) y la Dra. Anita Vicuña, médica anesthesióloga del carro quirófano que se integró al programa de medicina familiar a petición del Dr. Rodas. Y así salió la primera promoción de Medicina de Familia. Y con esta promoción de médicos de familia, después resolvió continuar la formación de medicina de familia en la UDA. Así él iba haciendo la formación de médicos de familia que tenía clarísimo que necesitaba para la Facultad.



---

Él decía siempre: «Cuando por lo menos la mitad de los profesores de la Facultad sean médicos de familia, habremos resuelto muchos problemas.»

Él no creía en que se necesitara una planta de especialistas. O creía por lo menos que se necesitaba solo unos pocos.

De modo que eso era un conflicto no resuelto donde le iban ganando, en cambio, los especialistas. Los especialistas que podían ya ir ubicándose en ginecología, en pediatría, y cada uno iba haciendo cátedra. Y entonces, cada especialista que llegaba y hacía cátedra estaba rompiendo con el modelo original de Edgar Rodas.

De modo que siempre ha habido un conflicto no resuelto aún y, al parecer, va perdiendo terreno el modelo original rodasiano. Cómo Edgar Rodas ya no está, va perdiendo terreno.

El Dr. Rodas lo tenía clarísimo. Lo que hay que formar es un médico general o un médico de familia, decía. Porque siempre tenía la visión que los objetivos de formar médicos eran los requerimientos del país. Pero allí tuvo también una contradicción. Y esa contradicción se daba por un lado por los especialistas que no entendieron nunca eso. El pénsum de estudio inicialmente no tiene subespecialidades. Tenía un par de horas de oftalmología, nada más. Él pensum originalmente era sin especialistas, a la mucho, con unas muy pocas horas. Pero los especialistas fueron ganando terreno poco a poco, y lo más grave es que fueron cambiando el pénsum. Desde la época del segundo decano ya, el pénsum fue cambiando, cediendo espacio hacia las especialidades. Y este rato ya ha perdido su característica original y se parece mucho al pénsum de la Facultad de la Universidad de Cuenca. Porque siempre hay una pugna de los especialistas.

En la actualidad, solo hay un egresado de la Facultad de Medicina de la UDA entre los estudiantes de posgrado de Medicina Familiar. Y este estudiante no se graduó recientemente sino que trabajaba años en el oriente para el

---

Ministerio de Salud Pública del Ecuador para ganar dinero que le permitiera costearse el estudio de posgrado.

De los nuevos egresados, ni su sombra se ve en Medicina Familiar.

El especialista no se somete al pênsum original. Hace su propio pênsum, y por eso enseña lo que él sabe, o lo que él más sabe. Lo cual es gravísimo. Ese es el un punto de quiebre que tenía el Dr. Rodas con los especialistas.

Y el otro: Las relaciones para lo que era bueno, las internacionales, hacían a su vez que, con frecuencia, en la época de él, vinieran varios invitados internacionales. Y esos invitados internacionales siempre eran personajes de alto nivel, generalmente especialistas de altísimo nivel, quirúrgicos o no. Entonces siempre se sacaba conclusiones de su participación como que esa era la medicina a la que se debía aspirar.

Y las primeras promociones dieron como producto que, a través de estos contactos del Dr. Rodas, se lograra que algunos estudiantes pudieran seguir sus posgrados en el exterior. Y se puso como punto de orgullo de la Facultad. «Ya ves, este momento tenemos a tal en Inglaterra, a tal en Estados Unidos, a tal allá.» Y entonces, a la larga, el objetivo que se decía, que se formaba a médicos para la realidad nacional, no se cumplía. Porque apenas pasaron la rural, y algunos ni la rural, ya dejaron de vincularse los egresados, en su inmensa mayoría, al Sistema de Salud Nacional. Y vieron en la posibilidad de sus especializaciones una forma de tener acceso al sistema privado de salud del país. Esa es una de las grandes contradicciones que el Dr. Rodas veía así, pero no lo creía que iba a ser tan grande. Viéndolo de esta perspectiva, parece que la UDA no forma médicos generales, sino que forma médicos para que vayan a especializarse para el sector privado, básicamente. En su inmensa mayoría.

Por ese lado, siendo la UDA una universidad privada, podría decirse desde lejos que resulta coherente. Pero cuando ya se ha estado cerca, y viendo los

---

esfuerzos que se hicieron para formar otra cosa, da pena. Uno dice: «¡No van por ahí los tiros!» Realmente las cosas no van por donde tienen que ir.

La última vez que habló el autor de esta tesis con el doctor Rodas fue en el Hospital del Río. Eran pocos meses antes de que falleciera. Él parecía muy frustrado. Dijo: «Están hablando de medicina integrada» – ya no era decano entonces – «Están hablando de medicina integrada, ¡pero el ginecólogo hace ginecología; el internista, medicina interna!»

Cuando aún el Dr. Rodas se desempeñaba como decano de la Facultad, a pesar de que algunos especialistas no pensaban como él, por el hecho de que él les pedía, por el peso de su personalidad, su carisma, su autoridad, le hacían caso. Pero posteriormente, cuando nadie insistía que siguiesen los lineamientos del Dr. Rodas, no escucharon su discurso, su orientación de la Facultad, no tenían ninguna razón, ni tenían por qué entender por ejemplo el aprendizaje basado en problemas (ABP). Porque el ABP, si uno no lo pone en contexto, puede acabarse en una tontería. El ABP tiene sentido cuando detrás de eso hay algo, substancia, una meta. Pero cuando solo sirve como medio para que cada uno haga su especialidad, el ABP acaba destruyéndose. Puede acabar pareciéndose a una mordaza más bien y que todos lo odien.

Pero los nuevos especialistas ingresados en la Facultad no tienen razón de por qué tomar los principios de formación que inculcaba Edgar Rodas. Ni siquiera si están bien informados a fondo del pénsum del estudio. Cada uno toma su especialidad y la despluma. Y eso es grave en el fondo para la formación de los estudiantes.

Lo más que los especialistas pueden aceptar es quedarse unas horas. Pero a tiempo completo no se van a quedar. Puede que algunos hayan aceptado quedarse a tiempo completo. Pero apenas puedan, van a deshacerse de

---

esto y ofrecerán a quedarse, a lo mucho, con unas pocas horas para hacerse catedrático universitario.

Ahí hay un problema serio de liderazgo. Pero no de liderazgo político, profesional, sino de liderazgo académico médico. No aparece el soñador, o los soñadores, que deseen seguir el camino de Edgar Rodas. Y entonces eso permite que todos echen mano como puedan. El pénsun ha ido terminando en una colcha de retazos. Y en algún momento quedó desfigurado. Ese es un problema serio de la Facultad.

### ***3.2.2.7. La visión de la nueva Facultad***

Existe seguramente en algunos médicos la idea de que el Dr. Rodas se inventó la visión de la Facultad que él fundó. Eran sus ideas, nacidas de su experiencia tanto en su formación como médico en Cuenca cuanto en su formación como cirujano en los Estados Unidos.

Pero nada está más lejos de la verdad.

El Dr. Edgar Rodas toda la vida fue un inquieto de la educación médica. Conocía la declaración de Edimburgo de la Federación Mundial para la Educación Médica en 1993 (139) que planteaba principios de la formación médica, vigentes en la actualidad.

En esta declaración figuran todos los principios importantes de la educación médica, la mayoría de ellos flexnerianos, no todos. Pero iba más allá. Como puntos clave se formulaba la atención primaria, la formación fuera del hospital y de la facultad en los sitios de la acción médica, por ejemplo, en la comunidad, y la formación de un médico capacitado para resolver los problemas comunitarios de los diferentes países.

Es desde allí, entonces, que provenían las ideas del Dr. Rodas, producto de un consenso mundial sobre el mejor manejo de la educación médica. Tal

---

vez se resumen mejor en la publicación "Salud familiar integral y Asamblea Constituyente" del mismo Dr. Rodas (140).

Lo que consta en la actualidad, después de mucho manoseo del pénsum, se llama colcha de retazos. Pero esto es una metodología de investigación cualitativa (141) que sirve para otras cosas, no para formar médicos.

Cuando hoy hablamos de ciencias básicas, quizás ya no estamos hablando de matemática, porque al menos a nivel de secundaria, con la teoría de los conjuntos, con algunas matemáticas, por lo menos algo entienden. Pero por ejemplo alguna formación de física sigue faltando.

Pero de lo que sí no se puede salvarse, es la bioquímica. Las bases para nosotros no pueden dejar de ser la bioquímica. Pero tampoco puede dejar de ser la biología. No puede dejar de ser la sociología.

Entonces, ese mundo de básicas incluye la sociología y la antropología médica, y entre esas, en el estudio de las Humanidades, está la Historia de la Medicina, desde luego.

Cuando recién se fundó la Facultad, el actual rector, el Dr. Francisco Salgado, era vicerrector. Y el vicerrector de entonces se echó al hombro la Facultad. Estaba en todas las sesiones de discusión, talleres. Estaba en todos los consejos directivos. Estaba inteligenciado de lo que pasaba, y al parecer estaba conforme con la orientación que el Dr. Rodas le daba a la Facultad. Pero en este momento el vínculo con la Universidad se ve escaso. Se ve una Facultad allá. Y eso también es un problema porque la Universidad también tiene sus orientaciones para sus pénsum. Es posible tener un discurso de pénsum escrito para las autoridades de la Universidad, y un pénsum real, de hecho, que funciona en la Facultad. Lo cual es una especie de esquizofrenia académica. Lo cual es absolutamente peligroso.

Fue un fracaso el matrimonio de la Facultad con el Hospital del Río, porque la forma del ejercicio de la medicina privada no es docente.

---

Tal fue el cambio del rumbo de la Facultad, que el nombre de su decano fundador poco a poco está desapareciendo. Fue una experiencia sorprendente, en su pleno sentido negativa, de no encontrar un obituario del Dr. Rodas en la Universidad del Azuay, peor en la Facultad de Medicina. Lo encontré en el Lancet, en la Universidad de Stanford, en algunas universidades del Ecuador.

Hay cosas que se pierden, y son los orígenes. El fundador falleció. Hay pocos acompañantes vivos. Tampoco tenía muchos. Entonces llega el momento cuando la fundación ya no se recuerda.

Ojalá este corto recuento sea una contribución a que esto no suceda.

### 3.3. ENTREVISTAS

#### 3.3.1. Temas, categorías y códigos

En la investigación cualitativa no existe acuerdo definitivo sobre la nomenclatura ni la taxonomía de los distintos niveles de abstracción logrados mediante la codificación. Tampoco existe este acuerdo en la teoría fundamentada, puesto que esta se ha desarrollado en diferentes direcciones con, a veces, amargas disputas entre los defensores de una u otra versión, por lo que hoy en día se habla de una familia de teorías fundamentadas.

Después de la codificación abierta y la subsiguiente abstracción adicional axial, logramos identificar el **concepto central organizador**:

- Bioética y enseñanza médica

Hemos encontrado 9 temas.

¿Cuántos serán suficientes o demasiados? Esto definitivamente depende de la cantidad de datos (texto de entrevistas) y de la cantidad de espacio para el informe (142,143). En nuestro caso, el conteo de palabras de las entrevistas es alrededor de 125.000, lo que garantiza que nuestros temas serán bastante “densos”.

- Temas:**
1. Antiguas influencias
  2. Admisión de estudiantes
  3. Contenidos de enseñanza
  4. Metodología de la enseñanza
  5. Bioética

- 
6. Gobierno, facultad y comunidad
  7. La profesión
  8. Retos y conflictos
  9. La Facultad de Medicina de la UDA es especial

**Tabla 2: Temas, categorías y códigos**

<b>Tema</b>	<b>Categoría</b>	<b># de códigos</b>
Admisión de estudiantes	Perfil de estudiante	8
	Proceso de admisión	19
Antiguas influencias	Flexnerianismo	28
	Oslerianismo	
Contenidos de enseñanza	Ciencias básicas	16
	Docente	26
	Humanidades / humanismo	24
Metodología de la enseñanza	ABP	12
	Defectos	27
	Laboratorio	12
	Mentoría	10
	Metodología	15
	Simulación	7
Bioética	Bioética	23
Gobierno, Facultad y comunidad	Alumnos	10
	Vinculación	15
	Visión de la Facultad	23
La profesión	Acceso a servicios de salud	17
	Comercio	12
	Ejercicio de la profesión	28
	Medicina humanista integral	13
	Medicina pública	17
Retos y conflictos	Conflictos	21
	Retos	24
La Facultad de Medicina de la UDA es especial	Enseñanza especial	23
	Visión especial	8
	Profesionalismo especial	7





---

La categoría «Flexnerianismo» no cuenta con conceptos propios sino que se vale de conceptos afines de otras categorías. Es una categoría que infiltra y se difunde por el sistema de códigos axialmente.

---

### Informe de códigos

28 Códigos:

- ◀ es una ○ Laboratorio: Prácticas necesarias
- ◀ es una ○ Laboratorio: Hay que mejorar algunas prácticas
- ◀ es una ○ Laboratorio: Más prácticas necesarias
- ◀ es una ○ Laboratorio: Prácticas solo útiles cuando se disponga de espacios y equipos adecuados
- ◀ es una ○ Laboratorio: Hace falta la disección
- ◀ es una ○ Laboratorio: Prácticas tienen que ser aplicables
- ◀ es una ○ Laboratorio: Prácticas como elemento motivador
- ◀ es una ○ Medicina de laboratorio: Necesaria
- ◀ contradice ▶ ○ Medicina pública: Modelo Flexner como problema
- ◀ contradice ▶ ○ Medicina pública: Sofisticación de la infraestructura no es igual a calidad
- ◀ es una ○ Admisión: Curso propedéutico necesario
- ◀ es una ○ Admisión: Ponderación por criterios mixtos
- ◀ es una ○ Admisión: Preferible un proceso prolongado de meses
- ◀ está asociado con ▶ ○ Ciencias básicas: Orientación a la práctica
- ◀ está asociado con ▶ ○ Ciencias básicas: Necesarias para la comprensión de la medicina
- ◀ está asociado con ▶ ○ Ciencias básicas: Integración vertical
- ◀ está asociado con ▶ ○ Ciencias Básicas: Incrementar tiempo de enseñanza
- ◀ está asociado con ▶ ○ Comercio: Materialismo médico

- 
- ◀ está asociado con ▶ ◦ Comercio: Costo exagerado de cirugías
  - ◀ está asociado con ▶ ◦ Comercio: Medicación e industria farmacéutica
  - ◀ está asociado con ▶ ◦ Ejercicio: Subespecialistas suelen perder visión holística
  - ◀ está asociado con ▶ ◦ Ejercicio: Subespecialista con conocimiento fraccionado
  - ◀ está asociado con ▶ ◦ Ejercicio: Medicina de laboratorio - Parte de la práctica médica diaria
  - ◀ está asociado con ▶ ◦ Metodología: Uso de expertos en temas
  - ◀ está asociado con ▶ ◦ Entrevista con el paciente: Simulación
  - ◀ está asociado con ▶ ◦ Simulación: Preparación para el trabajo con el paciente
  - ◀ está asociado con ▶ ◦ Simulación: Con actores
  - ◀ está asociado con ▶ ◦ Simulación: Útil
  - es parte de ▶ • **\* TEMA - ANTIGUAS INFLUENCIAS**



---

---

## Informe de códigos

28 Códigos:

- ◀ está asociado con ▶ ○ Humanidades: Espiritualidad
- ◀ está asociado con ▶ ○ Humanidades: Una necesidad
- ◀ está asociado con ▶ ○ Humanidades: Hay que mostrar humanidad para poder enseñarla
- ◀ está asociado con ▶ ○ Humanidades: Enseñadas por médicos
- ◀ está asociado con ▶ ○ Medicina de laboratorio: Solo confirma lo sospechado
- ◀ está asociado con ▶ ○ Medicina integral: Médicos de atención primaria con visión holística
- ◀ está asociado con ▶ ○ Medicina integral: Relación médico-paciente - Empatía e interés
- ◀ está asociado con ▶ ○ Medicina integral: Relación médico-paciente - Comunicación
- ◀ está asociado con ▶ ○ Medicina integral: Médico como actor social y político
- ◀ está asociado con ▶ ○ Medicina integral: Manejo no farmacológico - Cambio de estilo de vida
- ◀ está asociado con ▶ ○ Medicina integral: Manejo no farmacológico - Adicción, sexualidad arriesgada, violencia, etc.
- ◀ está asociado con ▶ ○ Medicina integral: Manejo no farmacológico - Creencias y falta de ciencia
- ◀ está asociado con ▶ ○ Medicina integral: Medicina como arte
- ◀ está asociado con ▶ ○ Medicina integral: Entrevista con el paciente vital
- ◀ está asociado con ▶ ○ Medicina integral: Visión holística esencial
- ◀ está asociado con ▶ ○ Medicina integral: Manejo no farmacológico - Abordaje social
- ◀ está asociado con ▶ ○ Medicina integral: Capacidad de expresarse coloquialmente con el paciente
- ◀ está asociado con ▶ ○ Mentoría: Cercanía que favorece el aprendizaje
- ◀ está asociado con ▶ ○ Mentoría: Necesaria en la vida

- 
- ◀ está asociado con ▶ ○ Mentoría: El saber ser para enseñar el core profesionalismo
  - ◀ está asociado con ▶ ○ Metodología: Aprendizaje por observación
  - ◀ está asociado con ▶ ○ Metodología: En los sitios de trabajo
  - ◀ está asociado con ▶ ○ Metodología: Estudiante con el paciente desde el primer año
  - ◀ está asociado con ▶ ○ Metodología: Enseñanza de manejo no farmacológico en la práctica
  - ◀ está asociado con ▶ ○ Metodología: Entrevista con el paciente como eje vertical
  - ◀ está asociado con ▶ ○ Visión de la Facultad: Formación integralista inicial
  - ◀ está asociado con ▶ ○ Visión de la Facultad: Formación del médico holístico
  - es parte de ▶ ● \* **TEMA - ANTIGUAS INFLUENCIAS**

### 3.3.3. TEMA - Admisión de estudiantes

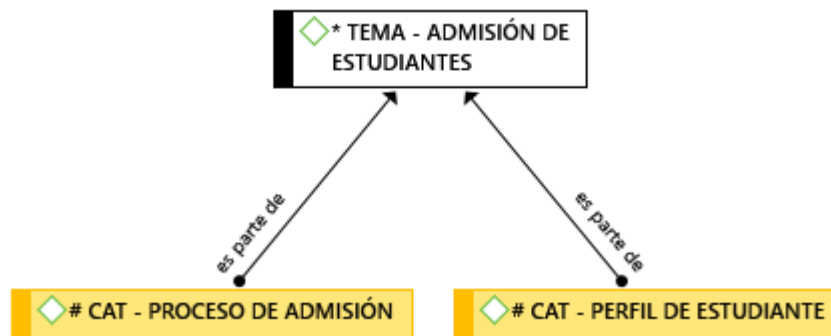


Ilustración 11: Red semántica temática "Admisión de estudiantes"

#### 3.3.3.1. Perfil de estudiante

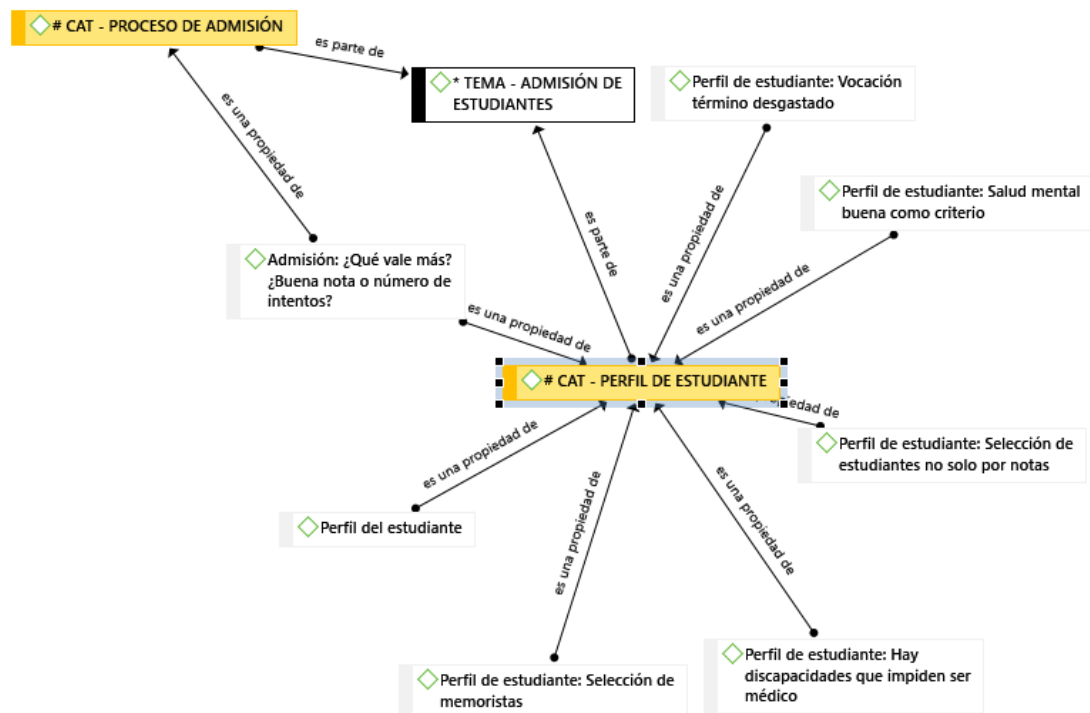


Ilustración 12: Red semántica categórica "Perfil de estudiante"

---

---

**Informe de códigos:**

8 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ○ Perfil del estudiante
- ◀ es una propiedad de ○ Perfil de estudiante: Vocación término desgastado
- ◀ es una propiedad de ○ Perfil de estudiante: Selección de memoristas
- ◀ es una propiedad de ○ Perfil de estudiante: Salud mental buena como criterio
- ◀ es una propiedad de ○ Admisión: ¿Qué vale más? ¿Buena nota o número de intentos?
- ◀ es una propiedad de ○ Perfil de estudiante: Hay discapacidades que impiden ser médico
- ◀ es una propiedad de ○ Perfil de estudiante: Selección de estudiantes no solo por notas
- es parte de ▶ ● \* **TEMA - ADMISIÓN DE ESTUDIANTES**



### 3.3.3.2. Proceso de admisión

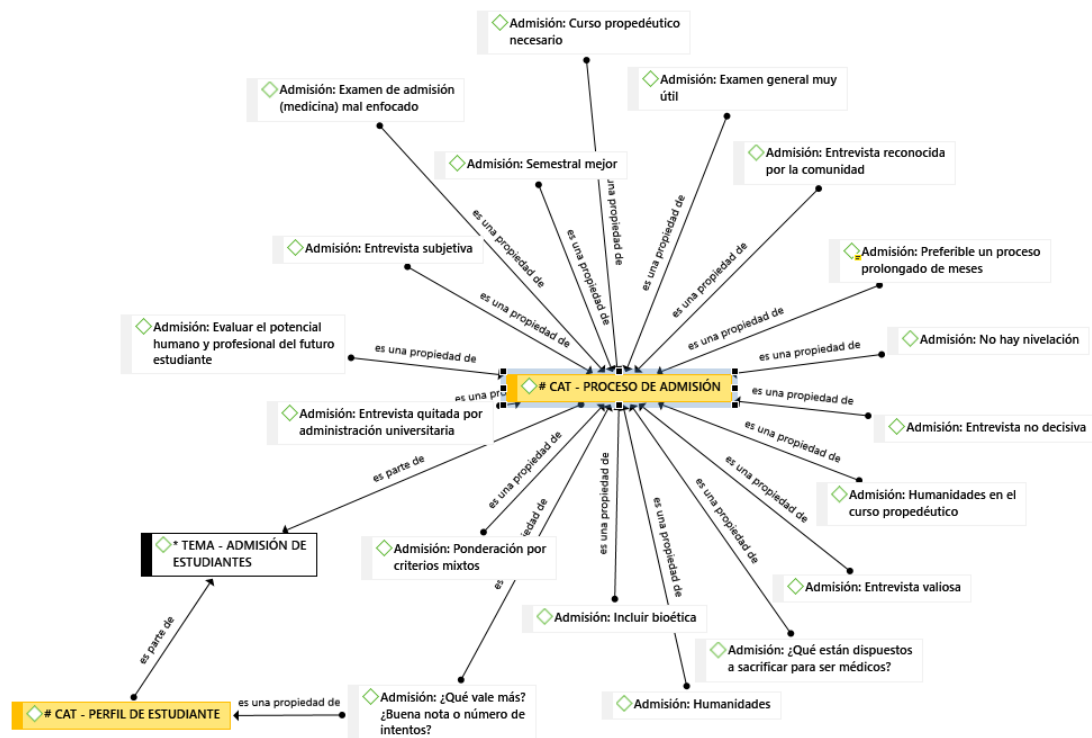


Ilustración 13: Red semántica categórica "Proceso de admisión"

## Informe de códigos

19 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ○ Admisión: Examen de admisión (medicina) mal enfocado
- ◀ es una propiedad de ○ Admisión: Semestral mejor
- ◀ es una propiedad de ○ Admisión: Examen general muy útil
- ◀ es una propiedad de ○ Admisión: No hay nivelación
- ◀ es una propiedad de ○ Admisión: ¿Qué vale más? ¿Buena nota o número de intentos?
- ◀ es una propiedad de ○ Admisión: Evaluar el potencial humano y profesional del futuro estudiante
- ◀ es una propiedad de ○ Admisión: Entrevista quitada por administración universitaria

- 
- ◀ es una propiedad de ○ Admisión: Entrevista subjetiva
  - ◀ es una propiedad de ○ Admisión: Curso propedéutico necesario
  - ◀ es una propiedad de ○ Admisión: Ponderación por criterios mixtos
  - ◀ es una propiedad de ○ Admisión: Humanidades
  - ◀ es una propiedad de ○ Admisión: ¿Qué están dispuestos a sacrificar para ser médicos?
  - ◀ es una propiedad de ○ Admisión: Entrevista reconocida por la comunidad
  - ◀ es una propiedad de ○ Admisión: Incluir bioética
  - ◀ es una propiedad de ○ Admisión: Entrevista valiosa
  - ◀ es una propiedad de ○ Admisión: Preferible un proceso prolongado de meses
  - ◀ es una propiedad de ○ Admisión: Entrevista no decisiva
  - ◀ es una propiedad de ○ Admisión: Humanidades en el curso propedéutico
  - es parte de ▶ ● \* **TEMA - ADMISIÓN DE ESTUDIANTES**

### 3.3.4. TEMA - Contenidos de enseñanza



Ilustración 14: Red semántica temática "Contenidos de enseñanza"

#### 3.3.4.1. Ciencias básicas



Ilustración 15: Red semántica categórica "Ciencias básicas"

---

---

## Informe de códigos

### 16 Códigos:

- ◀ es una ○ Ciencias básicas: Oposición de profesores a la integración vertical
- ◀ es una ○ Ciencias básicas: Pilar de la formación médica
- ◀ es una ○ Ciencias básicas: Integración horizontal
- ◀ es una ○ Ciencias básicas: Demasiada materia en poco tiempo
- ◀ es una ○ Ciencias básicas: Exceso de contenidos
- ◀ es una ○ Ciencias básicas: Perfil de egresado es la única orientación
- ◀ es una ○ Ciencias básicas: Orientación a la práctica
- ◀ es una ○ Ciencias básicas: Necesarias para la comprensión de la medicina
- ◀ es una ○ Ciencias básicas: Integración vertical
- ◀ es una ○ Ciencias básicas: Semiología como puente de integración con clínica
- ◀ es una ○ Ciencias básicas: Reducir el tiempo repetir en la clínica
- ◀ es una ○ Ciencias básicas: Filtro para eliminar estudiantes
- ◀ es una ○ Ciencias Básicas: Incrementar tiempo de enseñanza
- ◀ es una ○ Ciencias básicas: Profesores de la clínica tienen que seguir enseñándolas
- ◀ es una ○ Ciencias básicas: Debilidad de la Facultad
- es parte de ▶ ● \* **TEMA - CONTENIDOS DE ENSEÑANZA**

3.3.4.2. Docente



Ilustración 16: Red semántica categórica "Docente"

Informe de códigos

26 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ○ Defectos: Docentes como ídolos de barro caerán
- ◀ es una propiedad de ○ Subespecialista: No debería ser docente de pregrado
- ◀ es una propiedad de ○ Docentes: Compromiso difícil si no están vinculados completamente a Facultad
- ◀ es una propiedad de ○ Docente: Tiene compromiso cuando se le trata bien

- 
- ◀ es una propiedad de ◦ Perfil de egresado: Preparar al estudiante según la misión de la Facultad
  - ◀ es una propiedad de ◦ Docentes: También aprenden en la enseñanza
  - ◀ es una propiedad de ◦ Docentes con dedicación
  - ◀ es una propiedad de ◦ Docente: Tiene que formarse como profesor
  - ◀ es una propiedad de ◦ Docentes: Falta de visión
  - ◀ es una propiedad de ◦ Docente: Tiene que amar la materia
  - ◀ es una propiedad de ◦ ABP: Estudiantes exigen subespecialistas como docentes
  - ◀ es una propiedad de ◦ Docentes: Desacuerdo
  - ◀ es una propiedad de ◦ Docentes: Sin fase de inducción sobre perfil de egresado
  - ◀ es una propiedad de ◦ Docentes: Egoístas que no enseñan todo lo que deben
  - ◀ es una propiedad de ◦ Docentes: Casi todas son subespecialistas
  - ◀ es una propiedad de ◦ ABP: Mala actitud de docentes
  - ◀ es una propiedad de ◦ Enseñanza: Docente logra impregnar sabiduría entre los estudiantes
  - ◀ es una propiedad de ◦ Docentes: Muchos no comprometidos
  - ◀ es una propiedad de ◦ Docente: "Educador médico"
  - ◀ es una propiedad de ◦ ABP: Docentes deberían ser médicos de atención primaria en su mayoría
  - ◀ es una propiedad de ◦ Docentes: Deben conocer perfil de egresado
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Alumnos abandonados por docentes
  - ◀ es una propiedad de ◦ Docentes: Tiene que dar a consciencia
  - ◀ es una propiedad de ◦ Manejo no farmacológico: Obligación del profesor conocerlo
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Docentes carentes de pedagogía
  - es parte de ▶ ● \* **TEMA - CONTENIDOS DE ENSEÑANZA**

### 3.3.4.3. Humanidades / humanismo



Ilustración 17: Red semántica categórica "Humanidades / humanismo"

### Informe de códigos

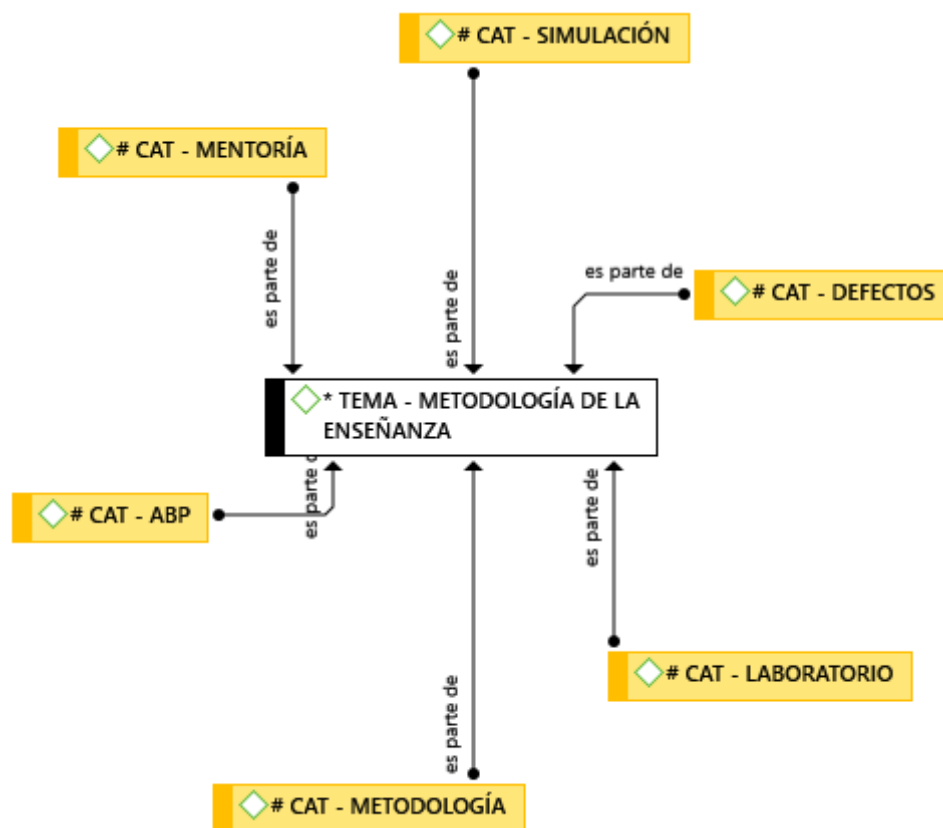
24 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ○ Humanidades: Espiritualidad
- ◀ es una propiedad de ○ Humanidades: Enseñanza como discusión o foro
- ◀ es una propiedad de ○ Humanidades: Una necesidad
- ◀ es una propiedad de ○ Humanidades: Hay que mostrar humanidad para poder enseñarla
- ◀ es una propiedad de ○ Humanidades: Estudiantes de países vecinos mejor preparados
- ◀ es una propiedad de ○ Admisión: Humanidades en el curso propedéutico

- 
- ◀ es una propiedad de ◦ Humanidades: Universalidad de la universidad
  - ◀ es una propiedad de ◦ Humanidades: Nunca ha habido espacio para ellas en la Facultad
  - ◀ es una propiedad de ◦ Humanidades: Falta su enseñanza
  - ◀ es una propiedad de ◦ Humanidades: Menospreciadas por el estudiante
  - ◀ es una propiedad de ◦ Humanidades: Deben ser obligatorias
  - ◀ es una propiedad de ◦ Humanidades: Enseñar en los primeros años
  - ◀ es una propiedad de ◦ Humanidades: Enseñadas por médicos
  - ◀ es una propiedad de ◦ Humanidades: Buscar visión amplia y empatía en estudiantes y médicos
  - ◀ es una propiedad de ◦ Humanidades: Mostrar la cara humana del médico al paciente
  - ◀ es una propiedad de ◦ Humanidades: Psiquis humana
  - ◀ es una propiedad de ◦ Humanidades: Abren el horizonte
  - ◀ es una propiedad de ◦ Comercio: Mujer más humana, empieza a dominar en medicina
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Equilibrio difícil entre humanismo y tecnología
  - ◀ es una propiedad de ◦ Alumnos: Humanismo empeorando
  - ◀ es una propiedad de ◦ Admisión: Evaluar el potencial humano y profesional del futuro estudiante
  - ◀ es una propiedad de ◦ Admisión: Humanidades
  - ◀ es una propiedad de ◦ Alumnos: Falta la base humana
  - es parte de ▶ ● \* **TEMA - CONTENIDOS DE ENSEÑANZA**



### 3.3.5. TEMA - Metodología de la enseñanza



*Ilustración 18: Red semántica temática "Metodología de la enseñanza"*

### 3.3.5.1. ABP

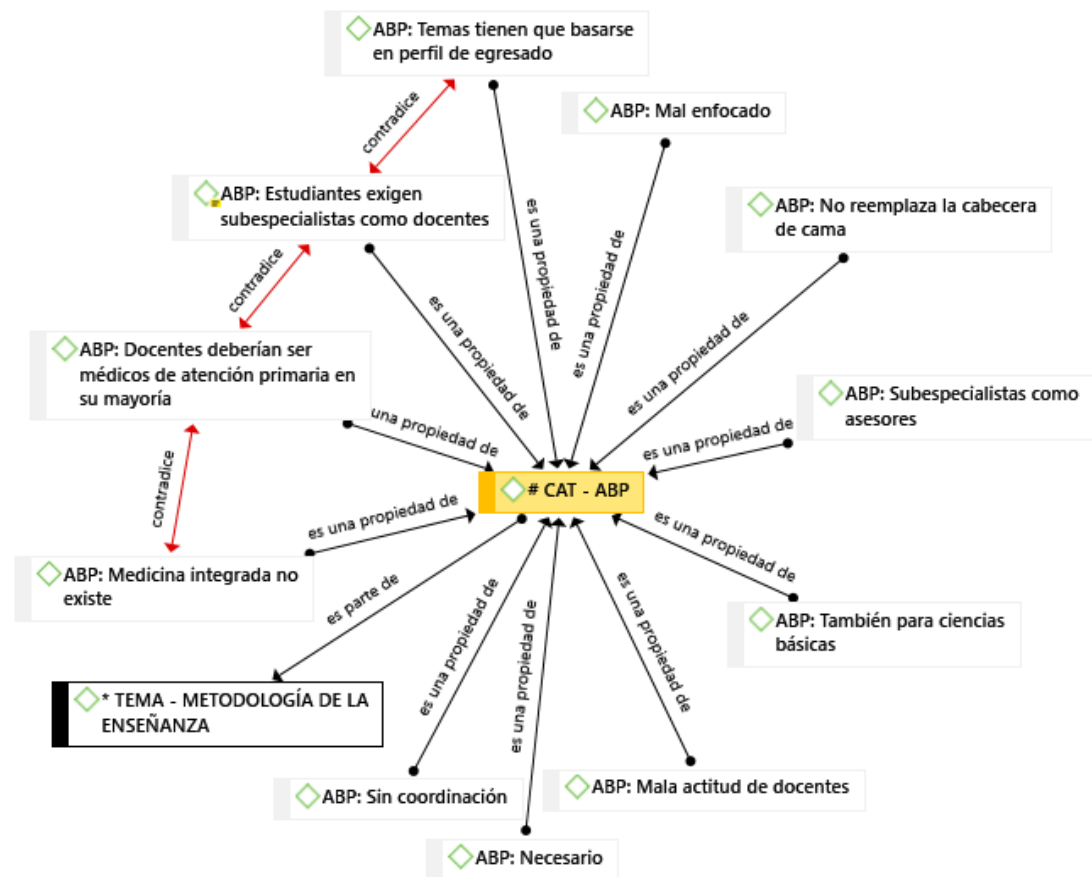


Ilustración 19: Red semántica categórica "ABP"

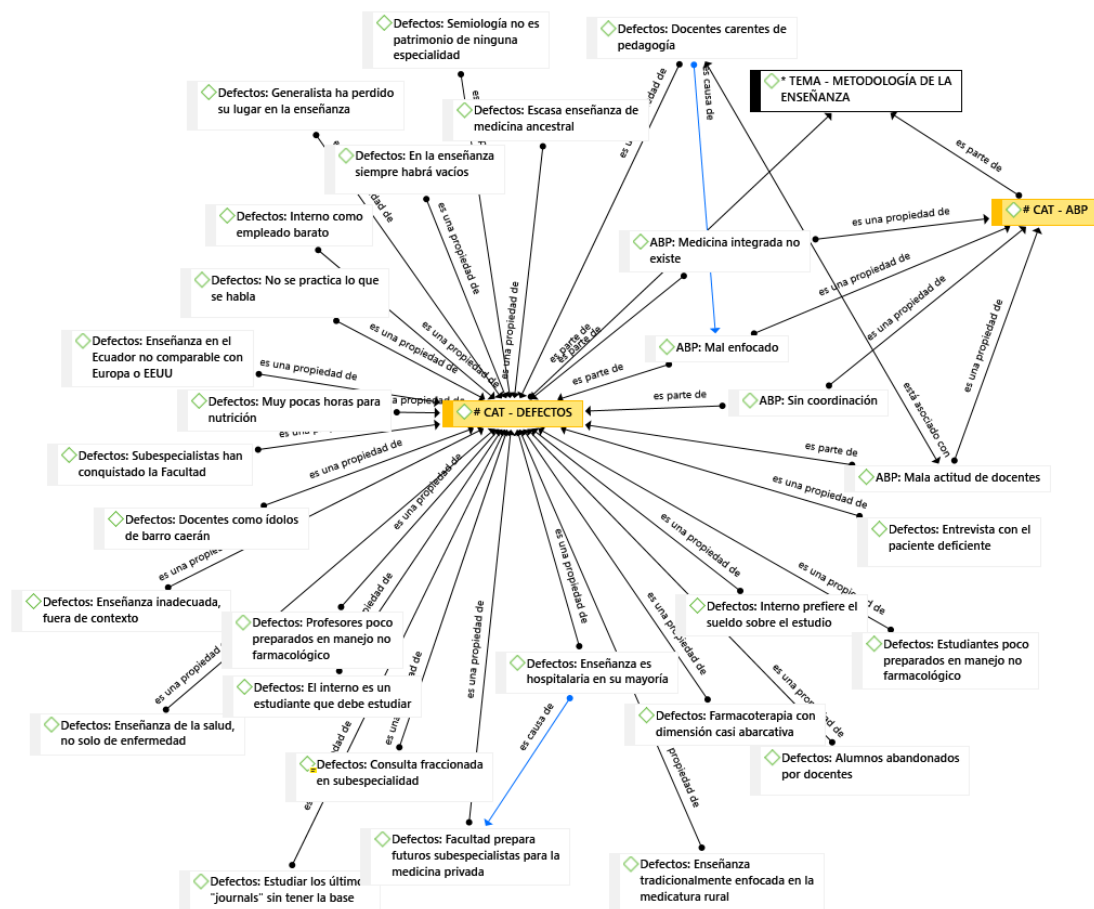
### Informe de códigos

12 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ○ ABP: Mal enfocado
- ◀ es una propiedad de ○ ABP: No reemplaza la cabecera de cama
- ◀ es una propiedad de ○ ABP: Subespecialistas como asesores
- ◀ es una propiedad de ○ ABP: Temas tienen que basarse en perfil de egresado
- ◀ es una propiedad de ○ ABP: También para ciencias básicas
- ◀ es una propiedad de ○ ABP: Estudiantes exigen subespecialistas como docentes
- ◀ es una propiedad de ○ ABP: Mala actitud de docentes
- ◀ es una propiedad de ○ ABP: Necesario
- ◀ es una propiedad de ○ ABP: Docentes deberían ser médicos de atención primaria en su mayoría
- ◀ es una propiedad de ○ ABP: Sin coordinación

◀ es una propiedad de ○ ABP: Medicina integrada no existe  
 es parte de ▶ ● \* **TEMA - METODOLOGÍA DE LA ENSEÑANZA**

**3.3.5.2. Defectos**



**Ilustración 20: Red semántica categórica "Defectos"**

**Informe de códigos**

30 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ○ Defectos: Estudiar los últimos "journals" sin tener la base
- ◀ es una propiedad de ○ Defectos: Docentes como ídolos de barro caerán

- 
- ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Interno como empleado barato
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Enseñanza tradicionalmente enfocada en la medicatura rural
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Semiología no es patrimonio de ninguna especialidad
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Muy pocas horas para nutrición
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Interno prefiere el sueldo sobre el estudio
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Enseñanza de la salud, no solo de enfermedad
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Entrevista con el paciente deficiente
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Docentes carentes de pedagogía
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Consulta fraccionada en subespecialidad
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Alumnos abandonados por docentes
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: No se practica lo que se habla
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Generalista ha perdido su lugar en la enseñanza
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: En la enseñanza siempre habrá vacíos
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Subespecialistas han conquistado la Facultad
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Enseñanza inadecuada, fuera de contexto
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Enseñanza en el Ecuador no comparable con Europa o EEUU
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Enseñanza es hospitalaria en su mayoría
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: El interno es un estudiante que debe estudiar
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Facultad prepara futuros subespecialistas para la medicina privada
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Estudiantes poco preparados en manejo no farmacológico
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Farmacoterapia con dimensión casi abarcativa
  - ◀ es una propiedad de ◦ Defectos: Escasa enseñanza de medicina ancestral

- ◀ es una propiedad de ◯ Defectos: Profesores poco preparados en manejo no farmacológico
- ◀ es parte de ◯ ABP: Mal enfocado
- ◀ es parte de ◯ ABP: Mala actitud de docentes
- ◀ es parte de ◯ ABP: Medicina integrada no existe
- ◀ es parte de ◯ ABP: Sin coordinación
- es parte de ▶ ● \* **TEMA - METODOLOGÍA DE LA ENSEÑANZA**

### 3.3.5.3. Laboratorio



Ilustración 21: Red semántica categórica "Laboratorio"

---

---

## Informe de códigos

### 12 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ○ Laboratorio: Prácticas necesarias
- ◀ es una propiedad de ○ Laboratorio: Hay que mejorar algunas prácticas
- ◀ es una propiedad de ○ Laboratorio: Más prácticas necesarias
- ◀ es una propiedad de ○ Laboratorio: Prácticas solo útiles cuando se disponga de espacios y equipos adecuados
- ◀ es una propiedad de ○ Laboratorio: Hace falta la disección
- ◀ es una propiedad de ○ Laboratorio: Prácticas tienen que ser aplicables
- ◀ es una propiedad de ○ Laboratorio: Prácticas como elemento motivador
- ◀ es una propiedad de ○ Medicina de laboratorio: Solo confirma lo sospechado
- ◀ es una propiedad de ○ Laboratorio: Prácticas innecesarias
- ◀ es una propiedad de ○ Ejercicio: Medicina de laboratorio - Parte de la práctica médica diaria
- ◀ es una propiedad de ○ Medicina de laboratorio: Necesaria
- es parte de ▶ ● \* **TEMA - METODOLOGÍA DE LA ENSEÑANZA**

### 3.3.5.4. Mentoría

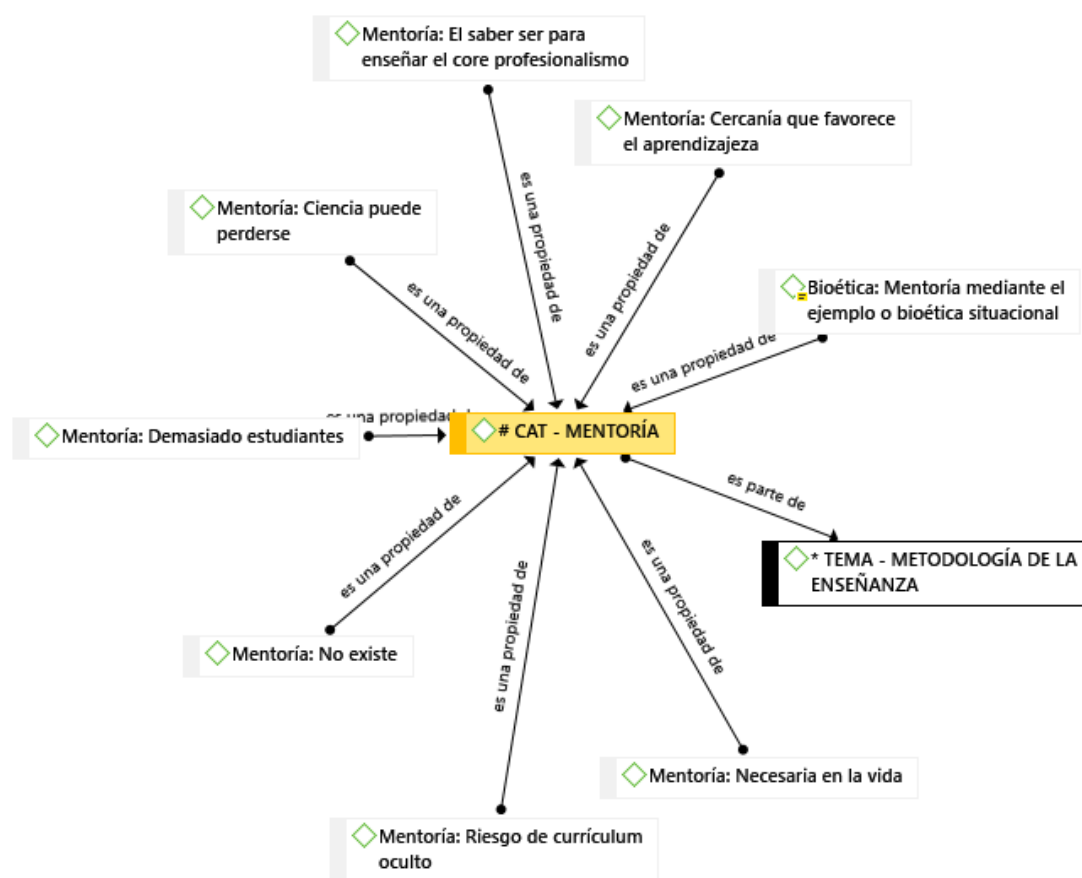


Ilustración 22: Red semántica categórica "Mentoría"

### Informe de códigos

9 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ○ Mentoría: Demasiado estudiantes
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Mentoría mediante el ejemplo o bioética situacional
- ◀ es una propiedad de ○ Mentoría: No existe
- ◀ es una propiedad de ○ Mentoría: Cercanía que favorece el aprendizaje
- ◀ es una propiedad de ○ Mentoría: Riesgo de currículum oculto
- ◀ es una propiedad de ○ Mentoría: Ciencia puede perderse
- ◀ es una propiedad de ○ Mentoría: Necesaria en la vida
- ◀ es una propiedad de ○ Mentoría: El saber ser para enseñar el core profesionalismo
- es parte de ▶ ● \* **TEMA - METODOLOGÍA DE LA ENSEÑANZA**

### 3.3.5.5. Metodología



**Ilustración 23: Red semántica categórica "Metodología"**

### Informe de códigos

15 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ○ Metodología: Estudiante con el paciente desde el primer año
- ◀ es una propiedad de ○ Metodología: Aprendizaje por observación
- ◀ es una propiedad de ○ Metodología: Repetición es necesaria
- ◀ es una propiedad de ○ Metodología: En los sitios de trabajo
- ◀ es una propiedad de ○ Metodología: Mediación pedagógica
- ◀ es una propiedad de ○ Metodología: Acompañamiento pedagógico
- ◀ es una propiedad de ○ Metodología: Corredor formativo
- ◀ es una propiedad de ○ Metodología: Facultad limita el número de estudiantes en visitas al paciente



- ◀ es una propiedad de ◦ Metodología: Educación continua necesaria
- ◀ es una propiedad de ◦ Metodología: Recreación de los estudiantes mediante componentes culturales
- ◀ es una propiedad de ◦ Metodología: Entrevista con el paciente como eje vertical
- ◀ es una propiedad de ◦ Metodología: Enseñanza de manejo no farmacológico en la práctica
- ◀ es una propiedad de ◦ Metodología: Uso de expertos en temas
- ◀ es una propiedad de ◦ Metodología: Todo médico tiene que vivir etapa de generalista
- es parte de ▶ ● \* **TEMA - METODOLOGÍA DE LA ENSEÑANZA**

### 3.3.5.6. Simulación

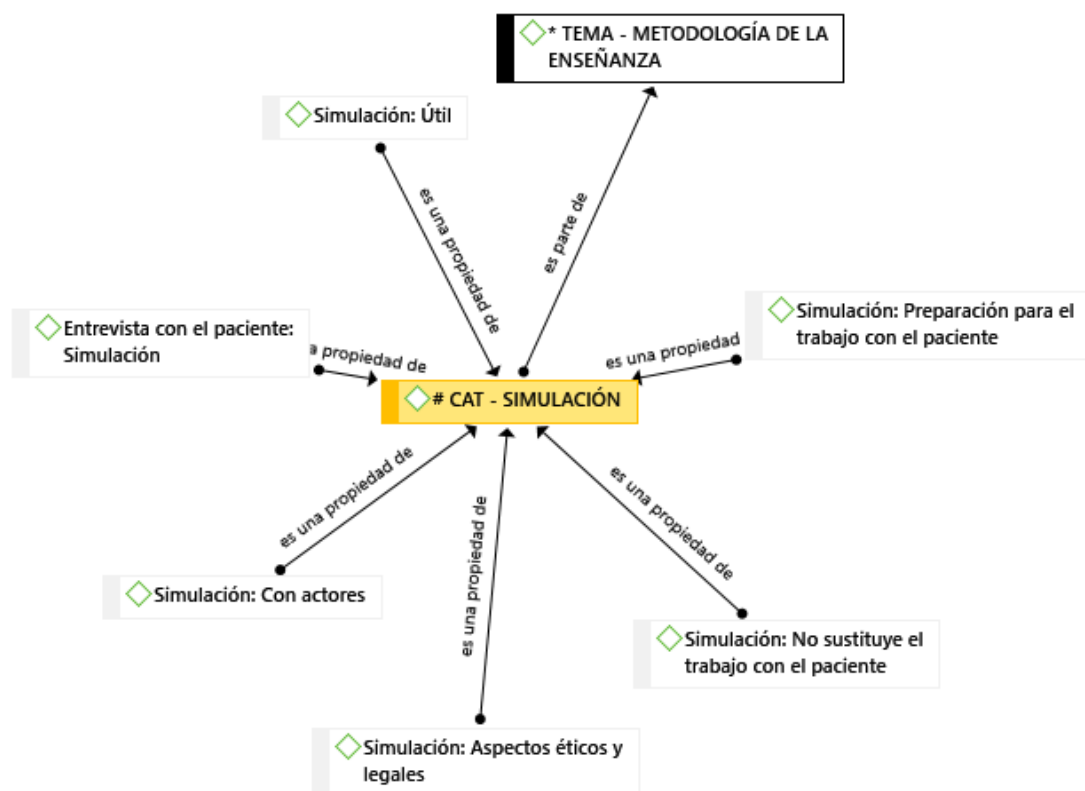


Ilustración 24: Red semántica categórica "Simulación"

---

---

## Informe de códigos

7 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ◦ Entrevista con el paciente: Simulación
- ◀ es una propiedad de ◦ Simulación: Aspectos éticos y legales
- ◀ es una propiedad de ◦ Simulación: No sustituye el trabajo con el paciente
- ◀ es una propiedad de ◦ Simulación: Preparación para el trabajo con el paciente
- ◀ es una propiedad de ◦ Simulación: Con actores
- ◀ es una propiedad de ◦ Simulación: Útil
- es parte de ▶ ● \* **TEMA - METODOLOGÍA DE LA ENSEÑANZA**

### 3.3.6. TEMA - Bioética

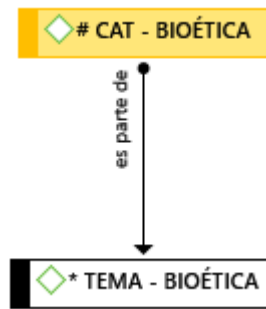


Ilustración 25: Red semántica temática "Bioética"

#### 3.3.6.1. Bioética

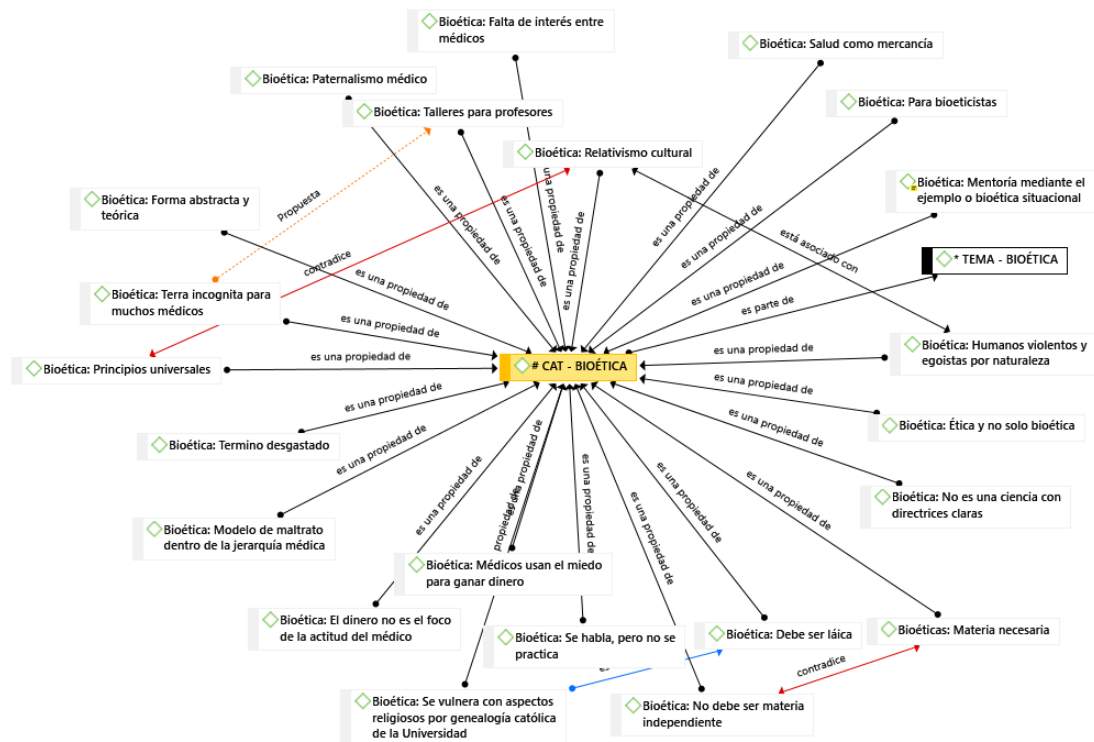


Ilustración 26: Red semántica categórica "Bioética"

---



---

## Informe de códigos

### 23 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Terra incógnita para muchos médicos
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Talleres para profesores
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Termino desgastado
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Humanos violentos y egoístas por naturaleza
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Forma abstracta y teórica
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Debe ser laica
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Falta de interés entre médicos
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Para bioeticistas
- ◀ es una propiedad de ○ Bioéticas: Materia necesaria
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Paternalismo médico
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Se habla, pero no se practica
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: El dinero no es el foco de la actitud del médico
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Modelo de maltrato dentro de la jerarquía médica
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Principios universales
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Mentoría mediante el ejemplo o bioética situacional
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Ética y no solo bioética
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Médicos usan el miedo para ganar dinero
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Salud como mercancía
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Se vulnera con aspectos religiosos por genealogía católica de la Universidad
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: No es una ciencia con directrices claras
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: No debe ser materia independiente
- ◀ es una propiedad de ○ Bioética: Relativismo cultural
- es parte de ▶ ● \* **TEMA - BIOÉTICA**

### 3.3.7. TEMA - Gobierno, Facultad y comunidad



Ilustración 27: Red semántica temática "Gobierno, Facultad y comunidad"

#### 3.3.7.1. Alumnos

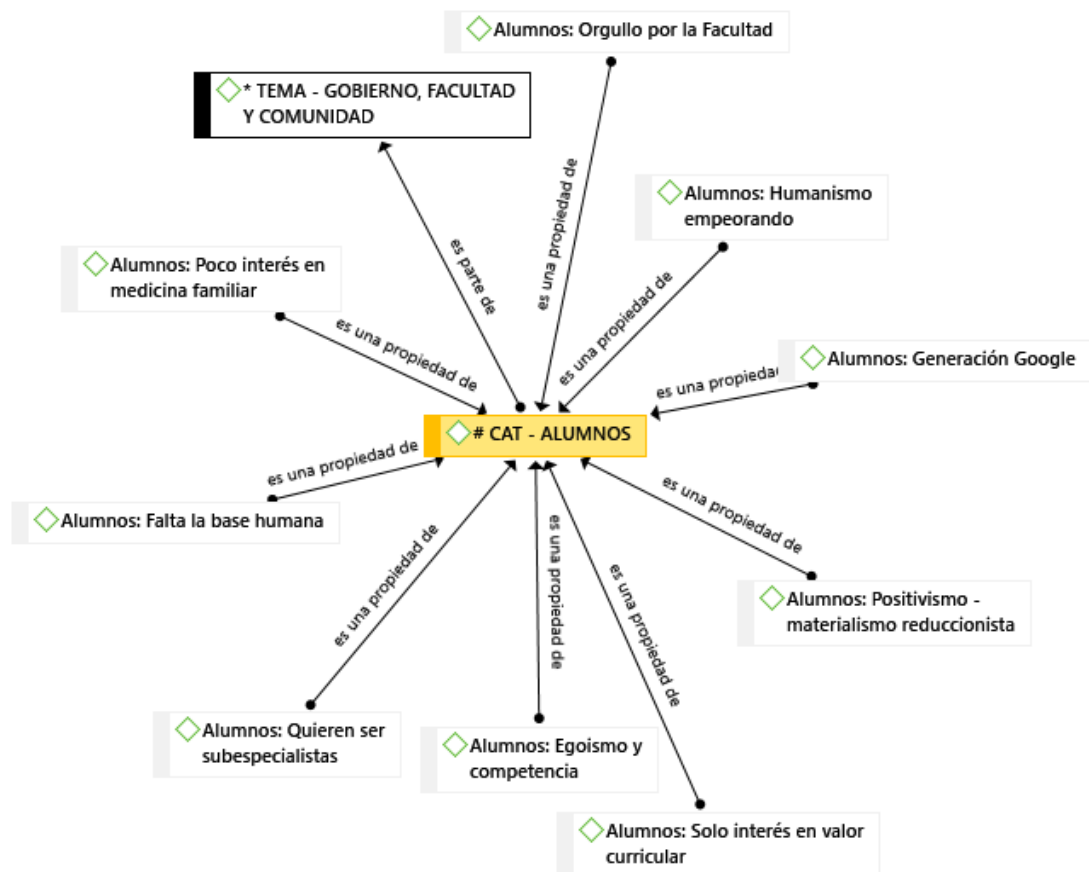


Ilustración 28: Red semántica categórica "Alumnos"

---

---

## Informe de códigos

### 10 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ◦ Alumnos: Positivismo - materialismo reduccionista
- ◀ es una propiedad de ◦ Alumnos: Poco interés en medicina familiar
- ◀ es una propiedad de ◦ Alumnos: Generación Google
- ◀ es una propiedad de ◦ Alumnos: Humanismo empeorando
- ◀ es una propiedad de ◦ Alumnos: Solo interés en valor curricular
- ◀ es una propiedad de ◦ Alumnos: Quieren ser subespecialistas
- ◀ es una propiedad de ◦ Alumnos: Egoísmo y competencia
- ◀ es una propiedad de ◦ Alumnos: Falta la base humana
- ◀ es una propiedad de ◦ Alumnos: Orgullo por la Facultad
- es parte de ▶ ● \* **TEMA - GOBIERNO, FACULTAD Y COMUNIDAD**

### 3.3.7.2. Vinculación



Ilustración 29: Red semántica categórica "Vinculación"

### Informe de códigos

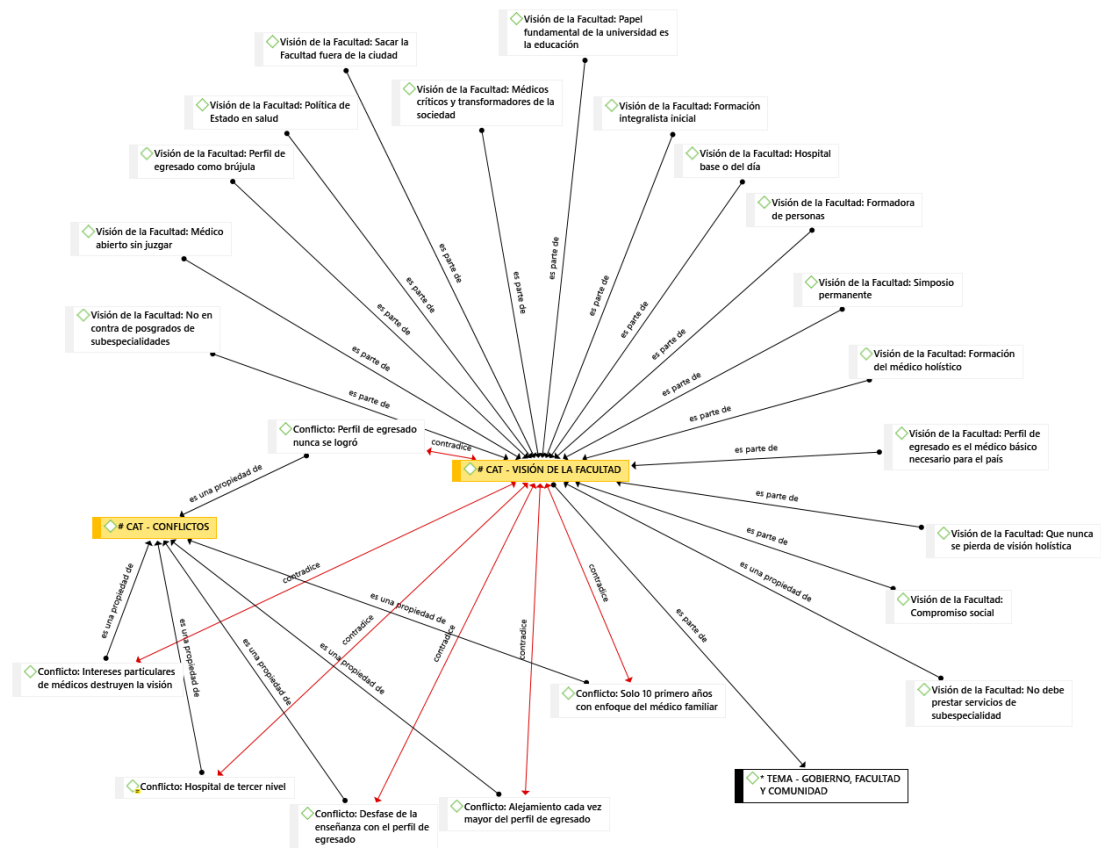
15 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ○ Vinculación: Uso de nuevas tecnologías en la alfabetización
- ◀ es una propiedad de ○ Vinculación: Periodismo científico
- ◀ es una propiedad de ○ Vinculación: No es el papel fundamental de la universidad
- ◀ es una propiedad de ○ Vinculación: Considerar al "médico transformador de una sociedad equitativa"
- ◀ es una propiedad de ○ Vinculación: Universidad tiene que abrirse espacios
- ◀ es una propiedad de ○ Vinculación: Más gestión de autoridades necesaria

- 
- ◀ es una propiedad de ◦ Vinculación: Universidad con bajo presupuesto
  - ◀ es una propiedad de ◦ Vinculación: Buscar contacto continuo con la comunidad
  - ◀ es una propiedad de ◦ Vinculación: Alfabetización es parte
  - ◀ es una propiedad de ◦ Vinculación: Trabajo de estudiantes ya es vinculación
  - ◀ es una propiedad de ◦ Vinculación: Estado exige que otros cumplan con las obligaciones del mismo Estado
  - ◀ es una propiedad de ◦ Vinculación: Diferente en Universidad privada y pública
  - ◀ es una propiedad de ◦ Vinculación: Promoción de la salud
  - ◀ es causa de ◦ Visión de la Facultad: Compromiso social
  - es parte de ▶ ● \* **TEMA - GOBIERNO, FACULTAD Y COMUNIDAD**



### 3.3.7.3. Visión de la Facultad



**Ilustración 30: Red semántica categórica "Visión de la Facultad"**

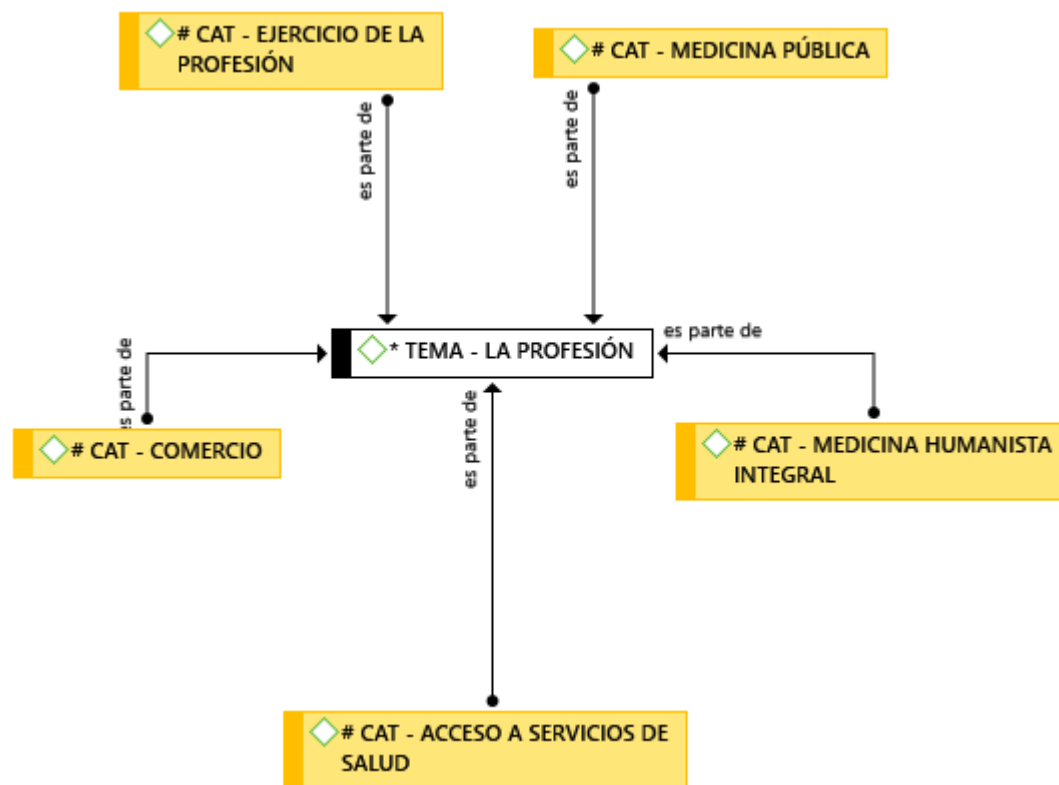
## Informe de códigos

23 Códigos:

- ◀ es parte de ◦ Visión de la Facultad: No en contra de posgrados de subespecialidades
- ◀ es parte de ◦ Visión de la Facultad: Médico abierto sin juzgar
- ◀ es parte de ◦ Visión de la Facultad: Perfil de egresado como brújula
- ◀ es parte de ◦ Visión de la Facultad: Política de Estado en salud
- ◀ es parte de ◦ Visión de la Facultad: Sacar la Facultad fuera de la ciudad
- ◀ es parte de ◦ Visión de la Facultad: Médicos críticos y transformadores de la sociedad
- ◀ es parte de ◦ Visión de la Facultad: Papel fundamental de la universidad es la educación

- 
- ◀ es parte de ◦ Visión de la Facultad: Formación integralista inicial
  - ◀ es parte de ◦ Visión de la Facultad: Hospital base o del día
  - ◀ es parte de ◦ Visión de la Facultad: Formadora de personas
  - ◀ es parte de ◦ Visión de la Facultad: Simposio permanente
  - ◀ es parte de ◦ Visión de la Facultad: Formación del médico holístico
  - ◀ es parte de ◦ Visión de la Facultad: Perfil de egresado es el médico básico necesario para el país
  - ◀ es parte de ◦ Visión de la Facultad: Que nunca se pierda de visión holística
  - ◀ es parte de ◦ Visión de la Facultad: Compromiso social
  - ◀ es una propiedad de ◦ Visión de la Facultad: No debe prestar servicios de subespecialidad
  - ◀ contradice ▶ ◦ Conflicto: Hospital de tercer nivel
  - ◀ contradice ▶ ◦ Conflicto: Desfase de la enseñanza con el perfil de egresado
  - ◀ contradice ▶ ◦ Conflicto: Alejamiento cada vez mayor del perfil de egresado
  - ◀ contradice ▶ ◦ Conflicto: Solo 10 primeros años con enfoque del médico familiar
  - ◀ contradice ▶ ◦ Conflicto: Perfil de egresado nunca se logró
  - ◀ contradice ▶ ◦ Conflicto: Intereses particulares de médicos destruyen la visión
  - es parte de ▶ ● \* **TEMA - GOBIERNO, FACULTAD Y COMUNIDAD**

### 3.3.8. TEMA - La profesión



*Ilustración 31: Red semántica temática "La profesión"*

### 3.3.8.1. Acceso a servicios de salud



Ilustración 32: Red semántica categórica "Acceso a servicios de salud"

### Informe de códigos

17 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ○ Acceso: Problema mundial
- ◀ es una propiedad de ○ Acceso: Abuso de servicios baratos por extranjeros
- ◀ es una propiedad de ○ Acceso: Medicación gratuita desfinancia
- ◀ es una propiedad de ○ Acceso: Necesidad de seguros privados
- ◀ es una propiedad de ○ Acceso: Disponibilidad escasa de recursos
- ◀ es una propiedad de ○ Acceso: Política social buena

- ◀ es una propiedad de ○ Acceso: Educación general de la población es deficiente
- ◀ es una propiedad de ○ Acceso: Medicina privada cara
- ◀ es una propiedad de ○ Acceso: Fortaleciendo la atención primaria
- ◀ es una propiedad de ○ Acceso: Ingresos bajos de la población
- ◀ es una propiedad de ○ Acceso: Bueno en comparación con otros países
- ◀ es una propiedad de ○ Acceso: Escaso acceso a servicios de salud
- ◀ es una propiedad de ○ Acceso: Educación baja da problemas en salud
- ◀ es una propiedad de ○ Acceso: Salud como dádiva a cuentagotas
- ◀ es una propiedad de ○ Acceso: Proliferación de múltiples clínicas con tecnología de punta subutilizada
- ◀ es una propiedad de ○ Acceso: Alfabetización es responsabilidad de los maestros de escuela
- es parte de ▶ ● \* **TEMA - LA PROFESIÓN**

### 3.3.8.2. Comercio

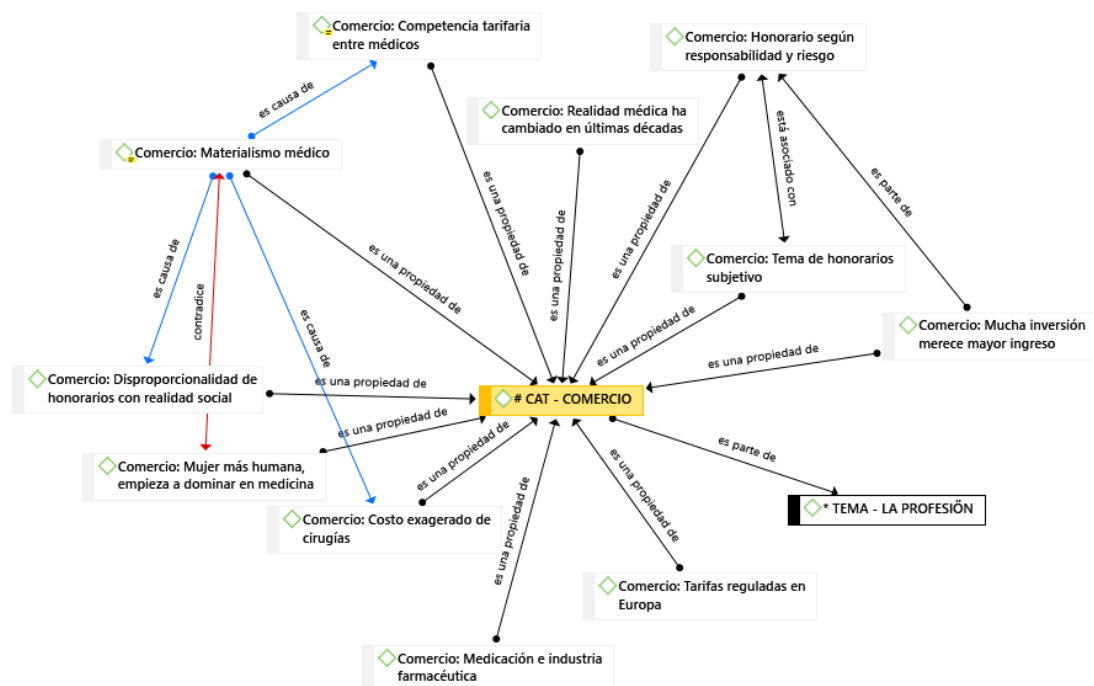


Ilustración 33: Red semántica categorica "Comercio"

---

## Informe de códigos

### 12 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ◯ Comercio: Materialismo médico
- ◀ es una propiedad de ◯ Comercio: Realidad médica ha cambiado en últimas décadas
- ◀ es una propiedad de ◯ Comercio: Honorario según responsabilidad y riesgo
- ◀ es una propiedad de ◯ Comercio: Costo exagerado de cirugías
- ◀ es una propiedad de ◯ Comercio: Mucha inversión merece mayor ingreso
- ◀ es una propiedad de ◯ Comercio: Tarifas reguladas en Europa
- ◀ es una propiedad de ◯ Comercio: Desproporcionalidad de honorarios con realidad social
- ◀ es una propiedad de ◯ Comercio: Tema de honorarios subjetivo
- ◀ es una propiedad de ◯ Comercio: Competencia tarifaria entre médicos
- ◀ es una propiedad de ◯ Comercio: Mujer más humana, empieza a dominar en medicina
- ◀ es una propiedad de ◯ Comercio: Medicación e industria farmacéutica
- es parte de ▶ ● \* **TEMA - LA PROFESIÓN**

### 3.3.8.3. Ejercicio de la profesión



**Ilustración 34: Red semántica categórica "Ejercicio de la profesión"**

### Informe de códigos

28 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Avance de la medicina obliga la subespecialización
- ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Medicina preventiva importante
- ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Subespecialista con conocimiento fraccionado
- ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Subespecialistas poco preparados en manejo no farmacológico
- ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Subespecialistas son necesarios

- 
- ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Subespecialistas practican menos la consejería
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Ingresos bajos de generalistas
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Subespecialista se apodera de competencias del generalista
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Subespecialistas sobrevalorados
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Necesitamos más generalistas
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Generalista necesita equipo sofisticado
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Necesitamos menos subespecialistas
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Equilibrio difícil entre humanismo y tecnología
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Medicina de laboratorio - Parte de la práctica médica diaria
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Subespecialización refleja la estructura social y económica actual
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Manejo no farmacológico es tendón de Aquiles de la medicina occidental
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Generalista como pilar de la medicina
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Subespecialista cree que tiene que trabajar solo en los grandes centros urbanos
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Relación médico-paciente - Consulta muy corta
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Subespecialistas suelen perder visión holística
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Generalista sufre menosprecio
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Idiosincrasia de Pacientes - Siempre quieren algo a cambio
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Subespecialista es el médico hospitalario
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Educación del paciente como obligación médica
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Médico debería educar a maestros no a pacientes
  - ◀ es una propiedad de ◦ Vinculación: Alfabetización es parte
  - ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Medicatura rural
  - es parte de ▶ ● \* **TEMA - LA PROFESIÓN**



### 3.3.8.4. Medicina humanista integral



Ilustración 35: Red semántica categorica "Medicina humanista integral"

## Informe de códigos

12 Códigos:

- ○ Medicina integral: Capacidad de expresarse coloquialmente con el paciente
- es una propiedad de ► ● # CAT - MEDICINA HUMANISTA INTEGRAL
- ◀ está asociado con ► ● # CAT - OSLERIANISMO
- es una propiedad de ► ● # CAT - PROFESIONALISMO ESPECIAL
- ○ Medicina integral: Entrevista con el paciente vital

- 
- es una propiedad de ► ● # CAT - MEDICINA HUMANISTA INTEGRAL
  - ◀ está asociado con ► ● # CAT - OSLERIANISMO
  - ○ Medicina integral: Manejo no farmacológico - Abordaje social
  - es una propiedad de ► ● # CAT - MEDICINA HUMANISTA INTEGRAL
  - ◀ está asociado con ► ● # CAT - OSLERIANISMO
  - ○ Medicina integral: Manejo no farmacológico - Adicción, sexualidad arriesgada, violencia, etc.
  - es una propiedad de ► ● # CAT - MEDICINA HUMANISTA INTEGRAL
  - ◀ está asociado con ► ● # CAT - OSLERIANISMO
  - ○ Medicina integral: Manejo no farmacológico - Cambio de estilo de vida
  - es una propiedad de ► ● # CAT - MEDICINA HUMANISTA INTEGRAL
  - ◀ está asociado con ► ● # CAT - OSLERIANISMO
  - ○ Medicina integral: Manejo no farmacológico - Creencias y falta de ciencia
  - es una propiedad de ► ● # CAT - MEDICINA HUMANISTA INTEGRAL
  - ◀ está asociado con ► ● # CAT - OSLERIANISMO
  - ○ Medicina integral: Medicina como arte
  - es una propiedad de ► ● # CAT - MEDICINA HUMANISTA INTEGRAL
  - ◀ está asociado con ► ● # CAT - OSLERIANISMO
  - es una propiedad de ► ● # CAT - PROFESIONALISMO ESPECIAL
  - ○ Medicina integral: Médico como actor social y político
  - es una propiedad de ► ● # CAT - MEDICINA HUMANISTA INTEGRAL
  - ◀ está asociado con ► ● # CAT - OSLERIANISMO
  - es una propiedad de ► ● # CAT - PROFESIONALISMO ESPECIAL
  - ○ Medicina integral: Médicos de atención primaria con visión holística
  - ◀ contradice ► ○ Ejercicio: Subespecialistas poco preparados en manejo no farmacológico
  - ◀ contradice ► ○ Defectos: Estudiantes poco preparados en manejo no farmacológico
  - ◀ contradice ► ○ Defectos: Profesores poco preparados en manejo no farmacológico
  - ◀ contradice ► ○ Ejercicio: Subespecialistas sobrevalorados
  - ◀ contradice ► ○ Ejercicio: Subespecialista con conocimiento fraccionado

- 
- es una propiedad de ► ● # CAT - MEDICINA HUMANISTA INTEGRAL
  - ◀ está asociado con ► ● # CAT - OSLERIANISMO
  - ○ Medicina integral: Relación médico-paciente - Comunicación
  - es una propiedad de ► ● # CAT - MEDICINA HUMANISTA INTEGRAL
  - ◀ está asociado con ► ● # CAT - OSLERIANISMO
  - es una propiedad de ► ● # CAT - PROFESIONALISMO ESPECIAL
  - ○ Medicina integral: Relación médico-paciente - Empatía e interés
  - es una propiedad de ► ● # CAT - MEDICINA HUMANISTA INTEGRAL
  - ◀ está asociado con ► ● # CAT - OSLERIANISMO
  - es una propiedad de ► ● # CAT - PROFESIONALISMO ESPECIAL
  - ○ Medicina integral: Visión holística esencial
  - es una propiedad de ► ● # CAT - MEDICINA HUMANISTA INTEGRAL
  - ◀ está asociado con ► ● # CAT - OSLERIANISMO
  - es parte de ► ● \* **TEMA - LA PROFESIÓN**

### 3.3.8.5. Medicina pública



**Ilustración 36: Red semántica categórica "Medicina pública"**

### Informe de códigos

17 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ○ Medicina pública: Entorpece trabajo de ONG
- ◀ es una propiedad de ○ Medicina pública: Modelo Flexner como problema
- ◀ es una propiedad de ○ Medicina pública: MAIS no aplicado estrictamente
- ◀ es una propiedad de ○ Medicina pública: Mala planificación

- 
- ◀ es una propiedad de ○ Medicina pública: Ofrece tecnología de punta
  - ◀ es una propiedad de ○ Medicina pública: Ha mejorado su imagen
  - ◀ es una propiedad de ○ Medicina pública: Alfabetización en salud deficiente
  - ◀ es una propiedad de ○ Medicina pública: Maltrato al paciente en UUOO
  - ◀ es una propiedad de ○ Medicina pública: Sofisticación de la infraestructura no es igual a calidad
  - ◀ es una propiedad de ○ Medicina pública: Pésima calidad de medicación
  - ◀ es una propiedad de ○ Medicina pública: No reconoce sus fallas
  - ◀ es una propiedad de ○ Medicina pública: Derroche de recursos
  - ◀ es una propiedad de ○ Medicina pública: Mal manejo de primer nivel de atención
  - ◀ es una propiedad de ○ Medicina pública: Irrespeto de la jerarquía de los niveles
  - ◀ es una propiedad de ○ Medicina pública: Discordancia entre palabras y acciones
  - ◀ es una propiedad de ○ Medicina pública: Recibido con desconfianza y desdén
  - es parte de ▶ ● \* **TEMA - LA PROFESIÓN**

### 3.3.9. TEMA - Retos y conflictos

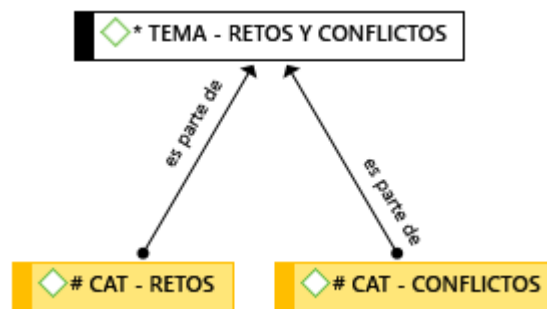


Ilustración 37: Red semántica temática "Retos y conflictos"

#### 3.3.9.1. Conflictos

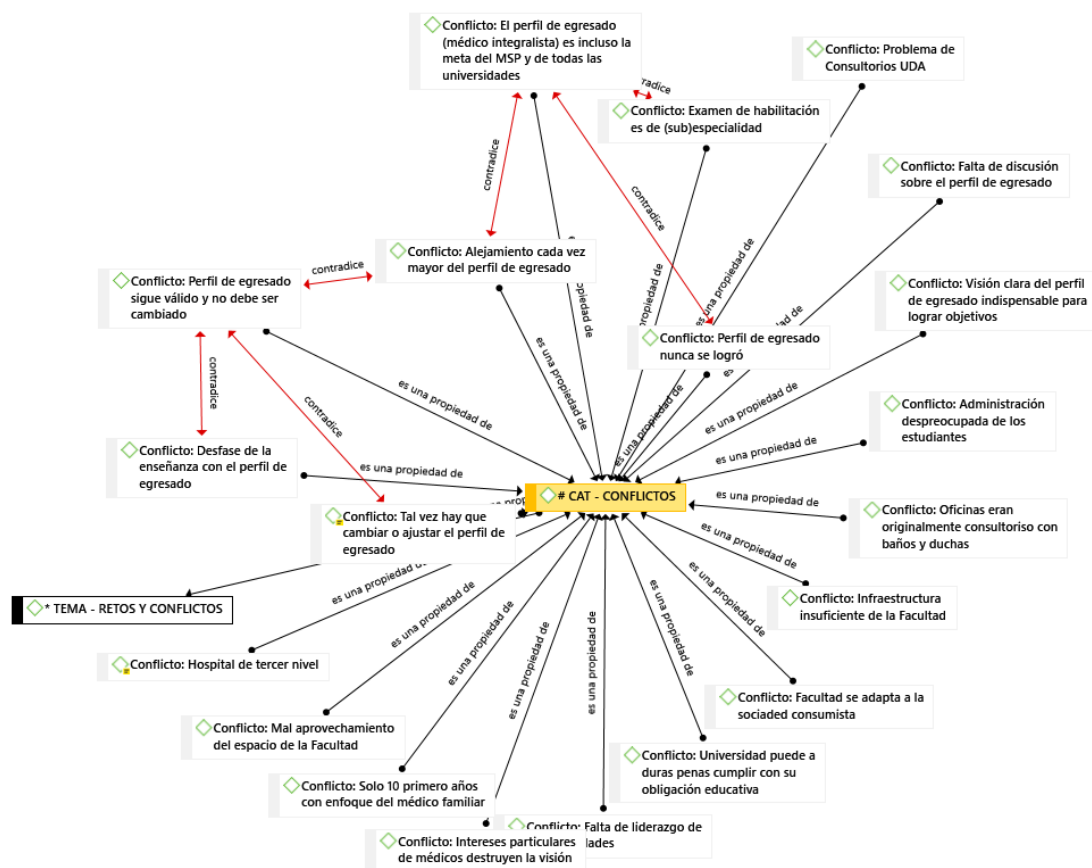


Ilustración 38: Red semántica categórica "Conflictos"

---



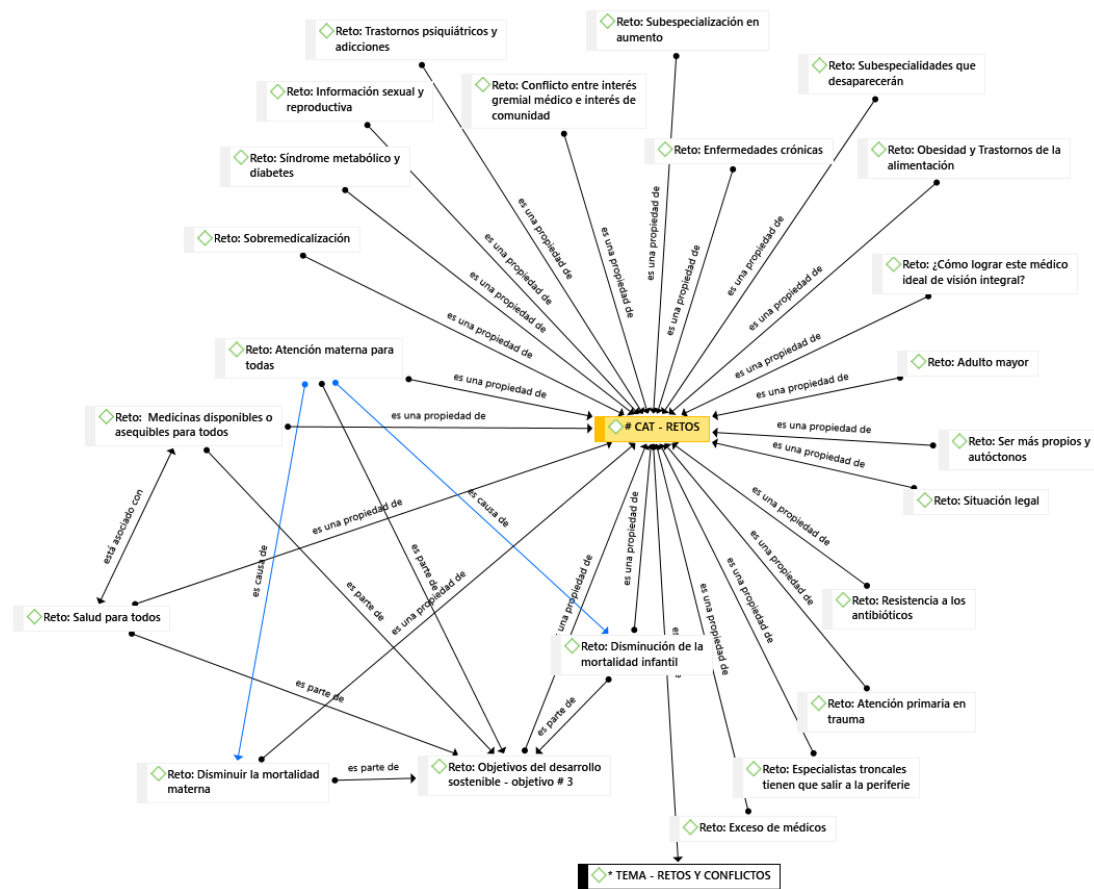
---

## Informe de códigos

### 21 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Problema de Consultorios UDA
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Falta de discusión sobre el perfil de egresado
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Desfase de la enseñanza con el perfil de egresado
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Visión clara del perfil de egresado indispensable para lograr objetivos
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Administración despreocupada de los estudiantes
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Oficinas eran originalmente consultorios con baños y duchas
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Perfil de egresado sigue válido y no debe ser cambiado
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Infraestructura insuficiente de la Facultad
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Facultad se adapta a la sociedad consumista
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Examen de habilitación es de (sub)especialidad
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Universidad puede a duras penas cumplir con su obligación educativa
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Falta de liderazgo de las Autoridades
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Perfil de egresado nunca se logró
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Intereses particulares de médicos destruyen la visión
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Alejamiento cada vez mayor del perfil de egresado
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Solo 10 primero años con enfoque del médico familiar
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Tal vez hay que cambiar o ajustar el perfil de egresado
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: El perfil de egresado (médico integralista) es incluso la meta del MSP y de todas las universidades
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Mal aprovechamiento del espacio de la Facultad
- ◀ es una propiedad de ◯ Conflicto: Hospital de tercer nivel
- es parte de ▶ ● \* **TEMA - RETOS Y CONFLICTOS**

### 3.3.9.2. Retos



**Ilustración 39: Red semántica categórica "Retos"**

### Informe de códigos

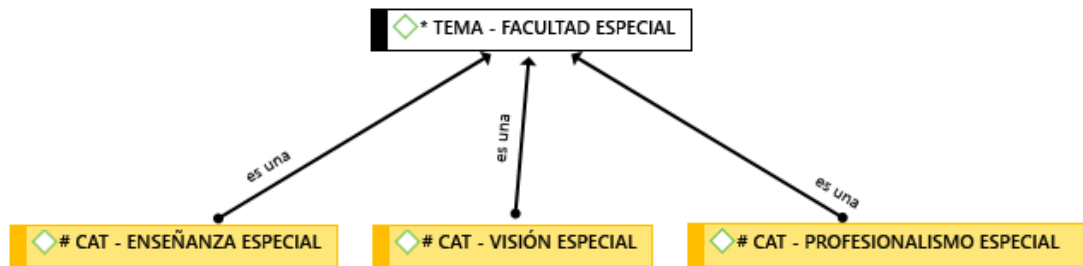
24 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ○ Reto: Sobremedicalización
- ◀ es una propiedad de ○ Reto: Síndrome metabólico y diabetes
- ◀ es una propiedad de ○ Reto: Información sexual y reproductiva
- ◀ es una propiedad de ○ Reto: Trastornos psiquiátricos y adicciones
- ◀ es una propiedad de ○ Reto: Disminución de la mortalidad infantil
- ◀ es una propiedad de ○ Reto: Salud para todos
- ◀ es una propiedad de ○ Reto: Conflicto entre interés gremial médico e interés de comunidad
- ◀ es una propiedad de ○ Reto: Subespecialización en aumento



- 
- ◀ es una propiedad de ◦ Reto: Objetivos del desarrollo sostenible - objetivo # 3
  - ◀ es una propiedad de ◦ Reto: Enfermedades crónicas
  - ◀ es una propiedad de ◦ Reto: Subespecialidades que desaparecerán
  - ◀ es una propiedad de ◦ Reto: Obesidad y Trastornos de la alimentación
  - ◀ es una propiedad de ◦ Reto: Atención materna para todas
  - ◀ es una propiedad de ◦ Reto: ¿Cómo lograr este médico ideal de visión integral?
  - ◀ es una propiedad de ◦ Reto: Adulto mayor
  - ◀ es una propiedad de ◦ Reto: Ser más propios y autóctonos
  - ◀ es una propiedad de ◦ Reto: Situación legal
  - ◀ es una propiedad de ◦ Reto: Resistencia a los antibióticos
  - ◀ es una propiedad de ◦ Reto: Disminuir la mortalidad materna
  - ◀ es una propiedad de ◦ Reto: Atención primaria en trauma
  - ◀ es una propiedad de ◦ Reto: Especialistas troncales tienen que salir a la periferia
  - ◀ es una propiedad de ◦ Reto: Exceso de médicos
  - ◀ es una propiedad de ◦ Reto: Medicinas disponibles o asequibles para todos
  - es parte de ▶ ● \* **TEMA - RETOS Y CONFLICTOS**

### 3.3.10. La Facultad de Medicina de la UDA es especial



**Ilustración 40: Red semántica temática "Por qué la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay es especial"**

#### 3.3.10.1. Enseñanza especial



**Ilustración 41: Red semántica categórica "Enseñanza especial"**

---



---

## Informe de códigos

### 23 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ◯ Mentoría: Necesaria en la vida
- ◀ es una propiedad de ◯ Humanidades: Buscar visión amplia y empatía en estudiantes y médicos
- ◀ es una propiedad de ◯ ABP: Necesario
- ◀ es una propiedad de ◯ Humanidades: Una necesidad
- ◀ es una propiedad de ◯ Metodología: Acompañamiento pedagógico
- ◀ es una propiedad de ◯ Manejo no farmacológico: Obligación del profesor conocerlo
- ◀ es una propiedad de ◯ Enseñanza: Comunicación como pilar o "core"
- ◀ es una propiedad de ◯ Metodología: En los sitios de trabajo
- ◀ es una propiedad de ◯ Metodología: Facultad limita el número de estudiantes en visitas al paciente
- ◀ es una propiedad de ◯ Metodología: Aprendizaje por observación
- ◀ es una propiedad de ◯ ABP: Docentes deberían ser médicos de atención primaria en su mayoría
- ◀ es una propiedad de ◯ Enseñanza: Importante dejar la exclusividad de la medicina flexneriana
- ◀ es una propiedad de ◯ Humanidades: Mostrar la cara humana del médico al paciente
- ◀ es una propiedad de ◯ Enseñanza: Abrir los ojos de los estudiantes a la realidad social
- ◀ es una propiedad de ◯ Enseñanza: Docente logra impregnar sabiduría entre los estudiantes
- ◀ es una propiedad de ◯ Enseñanza: Enseñar poco pero bien
- ◀ es una propiedad de ◯ Ciencias básicas: Orientación a la práctica
- ◀ es una propiedad de ◯ Enseñanza: Enseñar lo básico
- ◀ es una propiedad de ◯ Metodología: Corredor formativo
- ◀ es una propiedad de ◯ Humanidades: Hay que mostrar humanidad para poder enseñarla
- ◀ es una propiedad de ◯ Docente: "Educador médico"
- ◀ es una propiedad de ◯ Alumnos: Orgullo por la Facultad
- es una ▶ ● \* **TEMA - FACULTAD ESPECIAL**

### 3.3.10.2. Visión especial

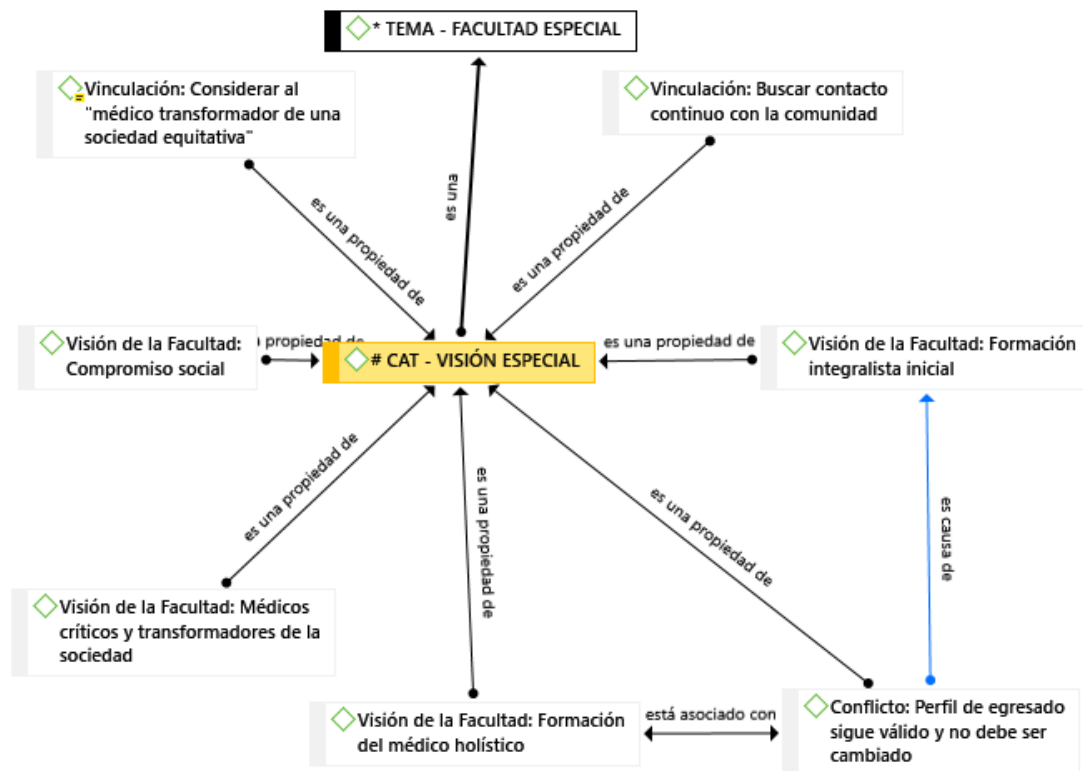


Ilustración 42: Red semántica categórica "Visión especial"

### Informe de códigos

8 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ◦ Visión de la Facultad: Formación del médico holístico
- ◀ es una propiedad de ◦ Visión de la Facultad: Formación integralista inicial
- ◀ es una propiedad de ◦ Visión de la Facultad: Compromiso social
- ◀ es una propiedad de ◦ Visión de la Facultad: Médicos críticos y transformadores de la sociedad
- ◀ es una propiedad de ◦ Conflicto: Perfil de egresado sigue válido y no debe ser cambiado
- ◀ es una propiedad de ◦ Vinculación: Buscar contacto continuo con la comunidad
- ◀ es una propiedad de ◦ Vinculación: Considerar al "médico transformador de una sociedad equitativa"
- es una ▶ ● \* TEMA - FACULTAD ESPECIAL

### 3.3.10.3. Profesionalismo especial



Ilustración 43: Red semántica categórica "Profesionalismo especial"

### Informe de códigos

7 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ◦ Medicina integral: Medicina como arte
- ◀ es una propiedad de ◦ Medicina integral: Capacidad de expresarse coloquialmente con el paciente
- ◀ es una propiedad de ◦ Medicina integral: Relación médico-paciente - Comunicación
- ◀ es una propiedad de ◦ Ejercicio: Necesitamos más generalistas
- ◀ es una propiedad de ◦ Medicina integral: Médico como actor social y político
- ◀ es una propiedad de ◦ Medicina integral: Relación médico-paciente - Empatía e interés
- es una ▶ ● \* **TEMA - FACULTAD ESPECIAL**

## 4. DISCUSIÓN

### 4.1. LA ÉTICA FORMAL

Harry Gensler, profesor de filosofía moral de la Universidad de Scranton en Pensilvania, explica que el objetivo de la filosofía moral es ayudarnos a pensar mejor en la moralidad. En la búsqueda de esta meta, los filósofos a veces apelan a principios formales como «¡Sigue tu conciencia!», «Evalúa casos similares de manera similar» y «¡Trata a los demás como quieres ser tratado!» (66).

La ética formal es el estudio de los principios éticos formales. Trata de formular tales principios con claridad (y sin implicaciones absurdas), organizarlos en un sistema defendible, y mostrar cómo pueden ayudarnos a pensar más racionalmente sobre la moralidad (66).

La primera tarea es aclarar la distinción entre los principios éticos que son *formales* (como «¡Sigue tu conciencia!») y los que son *materiales* (como «¡No robarás!») (66).

La ética formal estudia los principios éticos formales – expresables usando solamente variables y constantes – donde las constantes pueden incluir términos lógicos, términos para actitudes psicológicas generales (como creer, desear y actuar) y otras nociones bastante abstractas (como «debería» y «medios-objetivos») (66).

Las organizaciones se vuelven racionales en el seguimiento de sus misiones a través de cadenas de «medios-objetivos». Los líderes establecen la misión de la organización, encuentran un conjunto de medios para lograr la misión, toman cada uno de esos medios como un subobjetivo, y luego encuentran medios para los subobjetivos y así sucesivamente, hasta que existan metas para cada miembro de la organización. Así, los líderes crean una jerarquía de objetivos, en la que los objetivos de cada nivel organizativo son un fin en relación con los niveles inferiores y un medio en relación con los niveles superiores. El trabajo de cada individuo se convierte así en una pequeña parte del cumplimiento de la misión de la organización (144).

La lógica simbólica, y todas sus variaciones y desarrollos, utiliza constantes, variables y operadores para expresar conceptos que posteriormente se pueden aplicar a muchas situaciones, reemplazando las variables simplemente por términos concretos. El mismo principio aplica la ética formal: Establece definiciones abstractas de sus principios y los aplica a situaciones concretas mediante la introducción de términos concretos en vez de las variables (66). En otras palabras, la lógica formal es la aplicación práctica de una de las variantes de la lógica simbólica.

Así, los ejemplos anteriores, y unos pocos más, pueden expresarse usando sólo variables y constantes:

**Tabla 3: Principios y definiciones de la ética formal**

Principio	Definición
1.- ¡Sigue tu conciencia!	Si crees que debes hacer A, entonces haz A.
2.- ¡Haz evaluaciones similares sobre casos similares!	Si crees que X debe hacer A en la situación S, entonces cree también que cualquier otro debe hacer A en la situación S.
3.- ¡Trata a los demás como quieres	Si quieres que X te haga A a ti, entonces

Principio	Definición
que te traten a ti!	haz A a X.
4.- ¡Sé lógico y consistente en tus creencias!	Si A y B son inconsistentes y aceptas A, entonces no aceptes B.
5.- ¡Si quieres lograr un objetivo, entonces lleva a cabo los medios necesarios!	Si quieres hacer E y crees que hacer M es necesario para hacer E, entonces haz M.
6.- ¡Actúa sólo en base a una máxima de la que estás dispuesto de que sea una ley universal!	Si no estás dispuesto a que todos hagan A, entonces tú mismo tampoco hagas A.

Desde luego, sería consecuente aplicar una notación matemática, por ejemplo:

Principio	Fórmula
1.- ¡Sigue tu conciencia!	$u: OAu \supset Au$
2.- ¡Haz evaluaciones similares sobre casos similares!	$\forall y u: OAus \supset OAYS$
3.- ¡Trata a los demás como quieres que te traten a ti!	$\forall x \forall y Ax,y \supset Ay,x.$
4.- ¡Sé lógico y consistente en tus creencias!	$\forall x ((Ia \wedge Ib) \wedge Axa) \supset \neg Ax\bar{b}$
5.- ¡Si quieres lograr un objetivo, entonces lleva a cabo los medios necesarios!	$\forall x (Ex \wedge \square Mx) \supset Mx$
6.- ¡Actúa sólo en base a una máxima de la que estás dispuesto de que sea una ley universal!	$\forall x \forall y \neg Ax\bar{y} \supset \neg yAx$

#### 4.1.1. La Regla Dorada

Si existe un principio supremo en la ética formal, seguramente es la Regla Dorada. Gensler analiza la Regla Dorada desde la perspectiva de los posibles resultados absurdos que su aplicación literal pueda acarrear (66,145).

La formulación en la notación matemática de la expresión básica («Si quieres que X te haga A a ti, entonces haz A a X») sería:  $u: Axu \supset Aux$  (145).



---

Esto, por supuesto, puede llevar a situaciones absurdas: «Supongamos que tu padre tiene problemas de audición: ¡Si quieres que tu padre no te hable más fuerte (porque tú oyes bien), entonces no le hables más fuerte!» (145).

Identificó elementos clave para el uso sabio de la Regla Dorada, un sistema que denomina KITA, un acrónimo derivado de los siguientes imperativos: *Know* (conoce), *imagine* (imagina), *test for consistency* (comprueba la consistencia) y *act* (actúa) (145).

- **Know:** Conoce cómo mi acción afectaría a los demás.
- **Imagine:** Imagina cómo sería si te hacen eso en la misma situación.
- **Test for consistency:** Comprueba si ahora estás dispuesto que te hagan lo mismo si estuvieras en la misma situación.
- **Act:** Actúa sobre los demás solo como tú estás dispuesto que los demás actúen sobre ti en la misma situación.

#### **4.1.1.1. La visión confuciana**

Roetz presenta una descripción hermosa de la visión confuciana de la Regla Dorada en su libro *Confucian Ethics of the Axial Age* (146):

La Regla Dorada, o el principio de "justicia" (*shu*), entonces, está diseñada para proveer una medida para la conducta moral. Representa un procedimiento formal más que una virtud (146).

Junto a las versiones estándar negativa y (cuasi) positiva, la Regla Dorada china aparece en otras formas que modifican la única y misma intuición básica. El Shizi, un texto heterogéneo influenciado por el confucianismo y probablemente no libre de revisiones del período Han, ciertamente contiene pasajes antiguos: Las formulaciones citadas, que sugieren familiaridad con la complicada figura del argumento encarnado en la Regla Dorada, son ciertamente antiguas. El Shizi menciona tres de ellas juntas. La primera

---

versión está tomada del Lunyu. El término justicia (*shu*) significa hacer de uno mismo la medida:

- Lo que no deseas para ti mismo, no lo hagas a los demás.
- Lo que no te gusta de los demás, recházalo en ti mismo.
- Lo que deseas en los demás, búscalo en ti mismo.
- Esto es justicia (146).

Los otros dos se encuentran en el Mozi y el Daxue:

- No reproches en los demás lo que tú mismo muestras.
- No exijas a los demás lo que tú mismo no muestras.
- Un caballero sólo exigirá de los demás lo que él mismo muestra.
- Y sólo reprochará a los demás lo que no se muestra en él mismo (146).

Las siguientes formas de la operación *shu*, entonces, pueden ser distinguidas en la literatura china de la era axial:

- No hagas a los demás lo que no deseas que te hagan a ti.
- Deja también que otros logren lo que tú quieres lograr para ti mismo.
- No hagas lo que repruebas en los demás.
- No reprendas en los demás lo que tú mismo haces.
- Haz tú mismo lo que exiges de los demás.
- No exijas a los demás lo que tú no hagas (146).

#### **4.1.2. Traducción matemática de los principios confucianos de la Regla Dorada**

Podemos reducir la lista anterior sin perder substancia y realizar la traducción, obteniendo de esta forma un conjunto de axiomas que nos servirán de base para nuestro análisis.

Principio	Fórmula
1.- ¡No hagas a los demás lo que no deseas que te hagan a ti!	$\forall x \in D \quad \forall y \in D \quad (x: \neg H y x) \supset (O \neg H x y)$
2.- ¡Deja también que otros logren lo que tú quieres lograr para ti mismo!	$\forall x \in D \quad \forall y \in D \quad (L x a) \supset (O P y a)$
3.- ¡No hagas lo que repruebas en los demás!	$\forall x \in D \quad \forall y \in D \quad R x y a \supset \neg O H x a$
4.- ¡Haz tú mismo lo que exiges de los demás!	$\forall x \in D \quad \forall y \in D \quad E x y a \supset O H x a$

## 4.2. ANÁLISIS HISTÓRICO DEL INFORME FLEXNER

En 1907 Henry S. Pritchett, presidente de la Fundación Carnegie para el Avance de la Enseñanza, fue invitado por Arthur D. Bevan y Nathan P. Colwell del Consejo de Educación Médica de la AMA para examinar lo que el Consejo había recopilado sobre las escuelas de medicina durante los últimos años. En 1908, dado que la Fundación intentaba realizar un examen de la enseñanza médica, jurídica, de ingeniería y teológica, Pritchett preguntó a Abraham Flexner si estaría dispuesto a estudiar la enseñanza de la medicina, y éste dio su consentimiento (147).

Flexner se familiarizó con la educación médica mientras intentaba formular normas para evaluar las instituciones estadounidenses. Además de leer los informes del Consejo de Educación Médica, se entrevistó con líderes en el campo de la educación médica como Bevan, Colwell y George H. Simmons de la AMA (147). Fue Colwell quien había recopilado los datos de la inspección de 1906. Y sería Colwell quien acompañaría a Flexner en su estudio.

Con esto queda comprobado que Abraham Flexner no fue aquella persona sin noción previa del estado de la educación médica en Norteamérica. Él tenía acceso a los datos de la AMA, recopilados en 1906. Incidentalmente, la AMA inició su segunda gira de inspecciones de las escuelas médicas justamente cuando Flexner también viajaba, acompañado de Colwell, por el país para visitar las escuelas médicas. Parece más que probable que la AMA y Flexner intercambiaban materiales y resultados, y entonces la velocidad increíble, esa «logística sobrehumana», del trabajo de Flexner ya

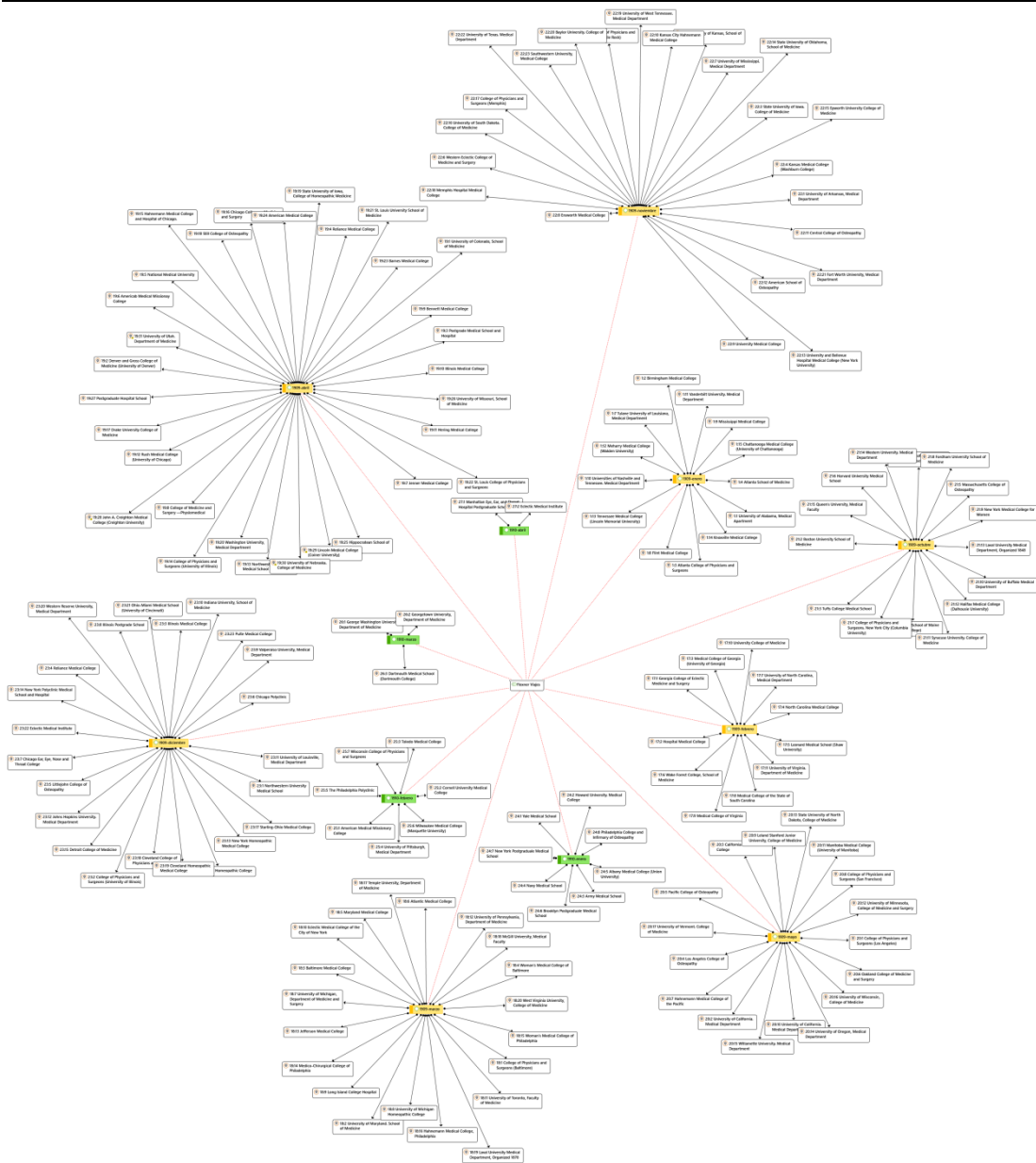
---

aparece bajo una luz diferente. Flexner usó los datos de la AMA, por lo menos en parte, y se valió de la ayuda de funcionarios de la AMA, por lo menos en parte, para elaborar su propio informe. La AMA le ofreció toda su ayuda, porque el nombre de la Fundación Carnegie otorgaba más peso al informe y servía para los propósitos de la Asociación Médica.

Otro aspecto es un grave sesgo en el informe: Los administradores de las facultades de medicina creían que el estudio serviría como base para que les asignasen fondos de la fundación. Así muy gustosos demostraron las insuficiencias de sus instituciones (147). Normalmente las instituciones, al ser inspeccionadas, presentan su mejor cara, pero en el caso del Informe Flexner esto no fue el caso.

Cuando en la Universidad del Azuay se realizan inspecciones por las autoridades de vigilancia, siempre es una comisión de varias personas que emprende esta tarea. Se demoran una semana para verificar aspectos parciales de la Universidad. En vista de esto, ¿qué se puede decir del Informe Flexner?

Hoy en día, un siglo y una década después, incluso resulta difícil reconstruir el itinerario de Flexner. Esto se debe a visitas repetidas a varias instituciones, la distribución de varias facultades médicas en diferentes lugares, hasta diferentes ciudades, lo que Flexner criticaba severamente. Y tampoco las contradicciones del mismo Flexner ayudan en el análisis. Así, por ejemplo, indica en su autobiografía, detallando incluso los hoteles donde se había hospedado (148) (véase Tabla 4: Segmento del itinerario de Abraham Flexner según su autobiografía "I remember" de 1940.).



**Ilustración 44: Esquema del «maratón» de inspecciones de Flexner**

T. J. Murray, en su amarga crítica de Flexner en 1985, repite esta secuencia hablando de visitas «al vuelo» (149).

Pero esto no coincide con lo indicado en el propio Informe Flexner. Por ejemplo, allí indica su visita a Iowa City y Omaha para abril. Hasta donde el autor de esta tesis pudo averiguar, esta discrepancia entre los datos no ha sido reportada en la literatura hasta la fecha.

**Tabla 4: Segmento del itinerario de Abraham Flexner según su autobiografía "I remember" de 1940.**

November	4	Des Moines, Iowa	Hotel Chamberlane
	5	Sioux City, Iowa	Hotel Mondamon
	6	Omaha, Nebraska	Hotel Rome
	7	Kansas City	Hotel Baltimore
	8	Lawrence, Kansas	New Eldredge Hotel
	9	St. Louis, Missouri	Jefferson Hotel
	11	Oklahoma City, Oklahoma	Oklahoma Hotel
	12	Norman, Oklahoma	Agnes Hotel
	14	Dallas, Texas	Oriental Hotel
	15	Little Rock, Arkansas	Hotel Marion
	16	Memphis, Tennessee	Gayoso Hotel
	17	Vicksburg, Mississippi	

Nótese también que su estancia en Dallas, según la lista indicada, dura un solo día, pero tuvo que visitar dos escuelas médicas en Dallas y una en la vecina Fort Worth. Y al siguiente día ya estuvo en Little Rock, Arkansas, a 320 millas de distancia donde, en un solo día, otra vez inspeccionó dos instituciones. Sin embargo, según su informe visitó el mismo mes la escuela médica de Galveston en la costa tejana (el puerto de Houston), y esta visita falta aquí. Pero de acuerdo con el Informe Flexner, él nunca regresó a Texas.

Considerando que la autobiografía de Flexner fue escrito 30 años después de los acontecimientos y el artículo de Murray tomó su información de ella y sirve solo como fuente secundaria, me regí según el Informe Flexner para el listado de inspecciones del Anexo 3. La mayor parte de la redacción del

---

Informe Flexner se realizó durante cuatro meses en el verano de 1909 (junio a septiembre) en una casa del Valle de Tyringham en las montañas de Berkshire donde se había quedado el verano antes de ir a Harvard (150). Henry S. Pritchett firmó la Introducción el día 16 de abril de 1910 (1) (Flexner todavía realizaba 2 visitas a escuelas médicas en abril: a la *Manhattan Eye, Ear, and Throat Hospital Postgraduate School* en Nueva York y al *Eclectic Medical Institute* en Cincinnati, Ohio. Flexner leyó las capillas de imprenta durante abril y mayo. A principios de junio, se enviaron copias del informe a universidades, escuelas de medicina y periódicos de todo el país. Pritchett, en consecuencia, le subió el sueldo a cinco mil dólares al año, lo que corresponde hoy en día a un valor adquisitivo aproximado de US\$ 135.000 (151). Parece seguro que, por las severas críticas de Flexner, si las escuelas criticadas hubiesen encontrado el menor error en lo escrito por Flexner, las protestas habrían sido en voz muy alta. De hecho hubo muchas protestas, como en el caso de Albert Le Sage, el editor de la *Union Médicale du Canada* (74), pero no en cuanto al itinerario publicado.

#### **4.2.1. Aspectos bioéticos de las visiones de Abraham Flexner y Sir William Osler**

Para la discusión de los aspectos bioéticos en la visión de los dos grandes pensadores, haremos uso otra vez de la recopilación contenida en la Tabla 1. Vale la pena enfatizar de nuevo que esta lista, hasta cierto grado, es una caricatura, pues en algunos aspectos las diferencias entre las opiniones de Flexner y Osler no eran de principio sino de grado. También hubo malas interpretaciones de los pensamientos de Flexner. Por ejemplo, es verdad que Flexner había escrito que el centro gravitacional educativo tiene que situarse en la una o en la otra – en las humanidades o en la ciencia; no puede estar en ambas (152). Sin embargo, posteriormente, en una comparación de la educación en Europa y en los Estados Unidos, Flexner



---

deploró la falta de filosofía y cultura en la educación americana. La enseñanza de la historia de la medicina en Europa cultivaría la visión filosófica, y eso en adición a la educación secundaria muy superior en Europa (153).

Es cierto, hasta hoy en día muchos profesores universitarios de la medicina ven las humanidades como fuera de lugar en la medicina. Pero este cuadro está cambiando inexorablemente (154). Queda cada vez más obvio que, al mismo tiempo que las especialidades médicas prosperan y avanzan, la educación médica ha perdido el gran ímpetu flexneriano. Incluso ya se está proponiendo una nueva especialidad: la del educador médico (155).

**Visión de Flexner:**

Los puntos específicos de la visión de Abraham Flexner pueden revisarse en la Tabla 1.

Ya que no existe «la bioética» sino un sinnúmero de variaciones de bioéticas con bases filosóficas diferentes, tal vez sea buena idea aplicar las ideas de Harry Gensler en el sentido de encontrar principios básicos sobre los que todo el mundo puede llegar a un acuerdo. Después, cada rama de la bioética puede elaborar en detalle sobre estos principios.

La intención aparente de Flexner fue mejorar el sistema de formación médico en América del Norte. Esto, en sí, es un objetivo que beneficiaría a todos, y no existe rama de la bioética que clasificaría eso como negativo. Para elevar los estándares en la educación médica contribuyen aspectos como los requisitos rigurosos de admisión, al menos 2 años de entrenamiento premédico, la aplicación del método científico y profesores a tiempo completo (por lo menos en las materias preclínicas).

El punto débil de la visión flexneriana es el positivismo, un materialismo reduccionista que degrada al paciente, es decir, al ser humano, a una «máquina» bioquímica que «funciona» mediante procesos químicos: Todo

---

en la vida se puede reducir a procesos químicos. Esto refleja de cierta manera el *zeitgeist* prevalente en la época. Se dieron grandes avances en las ciencias y mediante inventos (Albert Einstein, Thomas Alva Edison, Nicola Tesla) y la literatura muestra muchos ejemplos de la creencia de las personas en que la tecnología resolvería todos los problemas y explicaría todo a la final (Jules Verne, Hans Dominik). Tal vez Freud y el psicoanálisis con sus cuatro escuelas (Freud, Adler, Jung y Frankl) era en realidad un movimiento para contrarrestar el materialismo en expansión.

Fue la filosofía de Auguste Comte que introdujo el positivismo en la medicina (156). Y, desde luego, cuando solo se toma en cuenta lo medible y lo cuantificable, lo no medible queda de lado. Y es justamente lo que llamamos los aspectos humanos que difícilmente son medibles. Esto explica la dirección que posteriormente tomaría la medicina flexneriana hacia una medicina deshumanizada, técnica y fría. El paciente se convertiría en un objeto de estudio científico, borrando la línea entre la práctica médica y la investigación. El diagnóstico no es una hipótesis científica sino la identificación de una condición humana normal o patológica, y esa, a la vez, implica situaciones como el sufrimiento, difícilmente medible, o emociones y percepciones que no necesariamente necesitan ser «reales» (y no vamos a hundirnos en las disputas filosóficas sobre los que significa «real»), sino que lo son para la persona que sufre.

De cierta forma, el flexnerianismo condujo a la medicina basada en la evidencia (MBE). Y es innegable que por la MBE han surgido muchos beneficios, como la unificación y optimización de procedimientos, una mejor razón de costo / beneficio, etc. Pero la fundamentación de la medicina en lo netamente biológico deja de lado los demás aspectos que influyen en la salud: lo económico, lo cultural, lo ético, lo espiritual, etc. (157).

---

Se han producido sesgos, especialmente el sesgo de publicación, en la MBE, y conflictos de interés (157). Y lo más grave, los conflictos de interés amenazan la MBE. La ponen en peligro de convertirse en una medicina basada en el financiamiento... ¿y ya pasamos este punto? (158)

¿Será eso la culpa de Flexner? Definitivamente no. Definitivamente eso no fue su intención. Pero una cosa es cierta: Él sentó un peligroso precedente en una suerte de «investigación basada en el financiamiento» cuando realizó su estudio bajo encargo y auspicio de la Fundación Carnegie y posteriormente trabajaba en el servicio de la Fundación Rockefeller.

Fue a partir de su informe que los currículos médicos sufrieron cambios: La eliminación de las humanidades, la eliminación de todo manejo no farmacológico. ¿Está allí la «mano negra» de Rockefeller o de Carnegie? No hay pruebas, solo afirmaciones. Pero ciertamente es sospechoso que un informe producido (de la manera como fue producido) para aquel sector de la economía que estaba en proceso de convertirse en *big pharma* haya logrado acabar con la competencia naturista, homeopática, no farmacológica. Que este informe, cuya elaboración fue apoyada, y me atrevo decir, dirigida, por un grupo muy interesado, que fue la AMA, haya logrado reducir drásticamente el número de escuelas médicas y el número de graduados, ambas metas declaradas de la AMA, tampoco instila confianza. El conflicto de interés es obvio. Flexner sentó un precedente no ético.

### **Visión de Osler**

Se puede resumir la visión de Osler (véase Tabla 1) como un acercamiento humano al paciente que incluye la espiritualidad en la medicina, que considera la medicina como arte y una disciplina social. El ser humano es un sistema biológico-espiritual, y por lo tanto, es importante integrar la totalidad del ser humano, incluyendo los aspectos sociales, religiosos y de

---

creencias, laborales, etc. en el proceso de llegar a un diagnóstico. Este diagnóstico del médico depende de la experiencia y el conocimiento. Se necesita un abordaje con cerebro y corazón para un tratamiento exitoso. La formación científica debe equilibrarse con las preocupaciones humanas, y de hecho hay que enfatizar éstas. Osler propone el aprendizaje mediante la mentoría y la instrucción didáctica solo como complemento a la experiencia en la cabecera de cama. El aprendizaje se logra por la actividad y la observación en la clínica (y el laboratorio, en menor grado). Por lo tanto, la esencia de la medicina es la clínica. El médico tiene que ser un clínico. Osler no rechaza la investigación, por supuesto, pero él como clínico no le da mucha importancia en su trabajo. Para él, el investigador es una persona aparte que comunica sus resultados. Es decir, hay una separación entre la atención al paciente y la investigación. Exige profesores a tiempo parcial con gran experiencia clínica. Desde luego, para las áreas preclínicas sirven los nombramientos a tiempo completo. Critica la idea de Flexner del profesor obligatoriamente a tiempo completo. ¿De dónde adquiriría este profesor su experiencia? ¿Y qué le calificaría a enseñar? El nombramiento de profesores se realiza por su interés en los pacientes y los estudiantes. Los investigadores, por otro lado, deben trabajar en instituciones de investigación porque estropean el dinamismo médico-paciente. Osler rechaza los principios científicos interpuestos entre el médico y el paciente. Considerar un diagnóstico equivalente a una hipótesis científica le parece una barbaridad. Reconoce la relación dinámica importante entre el médico y el paciente. Reconoce el peligro de que el paciente sea reducido a una patofisiología caracterizada por exámenes de laboratorio.

En pocas palabras, Osler es el proponente y representante de una medicina integral y humanista o, para usar una palabra ya muy manoseada, una medicina holística.

---

En cierto sentido, Osler está cercano a las ideas de Paul Feyerabend de que el conocimiento puede provenir de una serie de fuentes: entre otras, el arte, la religión, etc. (159). Desde luego existe fuerte crítica de esta opinión. Feyerabend (y otros filósofos prominentes, como Popper y Kuhn) fueron enérgicamente atacados en defensa de la ciencia «dura» (160). Pero aquí se cometió el mismo error que ya Flexner cometió: La investigación biológica es muy diferente de la física, la variación entre las mediciones es mucho mayor, y especialmente en el ser humano existen otros factores, como la psicología, la situación social, laboral, etc. que influyen y que forman parte del total que tiene que interesar al médico en busca de un diagnóstico y de un tratamiento (o de un método de prevención).

El acercamiento de Osler es perfectamente ético: Toma en cuenta al ser humano en su totalidad, busca el beneficio del paciente, busca la excelencia del médico que basa su actuar sobre la ciencia (sin practicar él mismo la investigación).

#### **4.2.2. Las secuelas del Informe Flexner**

En la sección «La línea de tiempo de los eventos en el desarrollo del Sistema de Salud Estadounidense, 1763 – 2015» del libro *Jonas' Introduction to the U.S. Health Care System* leemos:

“1910: El Informe Flexner facilita nuevos estándares para escuelas de medicina, ratificando en esencia las normas y prácticas de la AMA como las normas para la medicina.” (161)

Existen discrepancias sobre la importancia del Informe Flexner. Mientras la mayoría de los autores que analizan el informe está de acuerdo con que su impacto hacía época, otros (por ejemplo, Ludmerer) piensan que mucho de lo que Flexner exigía ya estaba en camino.

«Si se ha exagerado el papel de la AMA en la reforma de la educación médica estadounidense, también lo han hecho con la importancia de Abraham Flexner, autor del famoso Informe publicado por la Fundación Carnegie para el Avance de la Enseñanza en 1910, *Medical Education in the United States and Canada*. Los relatos de la educación médica a lo largo del siglo XX, que no se basan en investigaciones de archivo, han dado al llamado "Informe Flexner" una importancia muy desproporcionada en relación con el papel que realmente desempeñó. Sólo al examinar los registros inéditos de las escuelas de medicina y los hospitales de enseñanza del país, queda claro que el sistema por el que abogó Flexner se había estado desarrollando desde mediados del siglo XIX y ya estaba en funcionamiento incluso antes de que Flexner comenzara su estudio de la educación médica» (97).

Otro estudio que trata de cuantificar el impacto del informe Flexner llega a la siguiente tabulación (162):

**Tabla 5: El impacto del Informe Flexner sobre las escuelas médicas de los EEUU y Canadá**

Destino	n	%
No cerraron o no se fusionaron debido al Informe	97	58%
Cerraron o se fusionaron debido al Informe	12	7%
• Cerraron	9	5%
• Se fusionaron	3	2%
Cerraron o se fusionaron debido a razones no claras	59	35%
• Cerraron o se fusionaron en las dos décadas posteriores al Informe	26	15%
• Cerraron o se fusionaron más de dos décadas después del Informe	3	2%
• Disposición desconocida	30	18%
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100%</b>

Los autores admiten que se trata solamente de una estimación y, probablemente, de una subestimación. Pero tal como presentan sus datos, el impacto comprobado solo afectaría al 14% de las escuelas.

---

#### **4.2.2.1. Las leyes de la economía**

Mientras que los ingresos y el prestigio de los médicos aumentaron dramáticamente – Flexner ya había escrito: «no hay necesidad de formar doctores pobres, y menos aún formar demasiados de ellos» (1) –, también lo hizo la carga de trabajo de los cuidadores. Los médicos estaban firmemente en la clase media baja en el momento de la fundación de la AMA y ganaban unos 600 dólares al año. Esto se elevó a cerca de \$1,000 alrededor de 1900. Después de Flexner, los ingresos comenzaron a dispararse de tal manera que un estudio de la AMA de 1928 encontró que los ingresos anuales promedio alcanzaban la friolera (para la época) de \$6,354.19 Incluso durante la Gran Depresión, los médicos ganaban cuatro veces más que los trabajadores promedio (163). Una encuesta del 2009 colocó a los médicos de familia (en el extremo inferior del rango de ingresos de los médicos) en una mediana de \$197,655 y a los cirujanos de la columna vertebral (en el extremo superior) en una mediana de \$641,728. Estas cifras son alucinantes para los estadounidenses comunes, incluso en los buenos tiempos económicos. Además, el desempleo cíclico que expulsa a los trabajadores de casi todas las demás industrias con la llegada de las recesiones o depresiones se hizo inexistente entre los médicos después de Flexner (81).

Sin embargo, ni siquiera Flexner pudo derogar las leyes de la economía: la carga de trabajo de los médicos en ciertas áreas se convirtió en una carga pesada y hasta imposible, de tal manera que algunos médicos ya no aceptan nuevos pacientes. En la actualidad, algunos médicos tienen sus agendas llenas para los próximos dos meses o más y, a menos que uno tenga algún tipo de conexión para entrar antes o pagar por la atención de conserjería, la alternativa para la atención de urgencia es la misma que la de todos los demás durante el fin de semana: la sala de emergencias, donde uno esperará durante horas, o una sala sin cita previa donde uno verá uno o

---

dos nombres de médicos publicados en el edificio, pero uno esperará durante horas a una enfermera especializada (81).

#### **4.2.2.2. Impacto en los afroamericanos**

No obstante las consideraciones ya presentadas, la publicación del Informe Flexner en 1910 tuvo un impacto inmediato y duradero en la formación de los médicos afroamericanos en los Estados Unidos. La tesis del Informe Flexner de «que el país necesita menos y mejores médicos» (1), tenía la intención de normalizar la educación médica para la mayoría de los médicos, pero su implementación sólo 48 años después de la Proclamación de Emancipación obstruyó las oportunidades de los afroamericanos que buscaban educación médica y restringió la formación de médicos capaces de satisfacer las necesidades de salud de una nación que se volvería cada vez más diversa a lo largo del siglo (164).

En la ola de reformas que siguió al Informe Flexner, las 148 facultades de medicina del país se redujeron a sesenta y seis (165). El Informe Flexner fue implacable en sus críticas. Flexner dijo que varias de las escuelas «no estaban en posición de hacer ninguna contribución de valor» y las calificó de «irreparables» (1).

Las probabilidades estaban en contra de las escuelas de medicina negras. Sus estudiantes llegaron sin preparación para sus estudios porque no tenían acceso a una educación secundaria decente. La matrícula era sustancialmente más baja que la media de las facultades de medicina, ya que la mayoría de los estudiantes no podían permitirse pagar cuotas más altas. Al carecer de fondos, las escuelas no podían mantener o actualizar sus equipos o instalaciones (165).

De las siete escuelas para afroamericanos, sólo dos permanecieron en pie. Muchos de los críticos de Flexner lo culpan por recomendar la retención de



---

sólo dos escuelas de medicina para negros cuando debería haber sido obvio que la mayor parte de la atención de los casi 10 millones de afroamericanos recaería en proveedores negros de atención médica (165).

En la práctica, el informe Flexner casi eliminó la educación médica para los afroamericanos, principalmente porque la Asociación Médica Americana utilizó el informe para promover una agenda que protegiera los intereses profesionales y financieros de sus miembros (blancos, hombres) (165).

La actitud de Flexner en cuanto a la población negra de los Estados Unidos queda clara:

«La atención médica de la raza negra nunca se la dejará totalmente en manos de los médicos negros. Sin embargo, si se puede hacer sentir al negro una aguda responsabilidad por la integridad física de su pueblo, la perspectiva de su mejoramiento mental y moral se verá claramente iluminada. La práctica del médico negro se limitará a su propia raza, que a su vez será mejor atendida por buenos médicos negros que por pobres blancos. Pero el bienestar físico del negro no es sólo de momento para el negro mismo. Diez millones de ellos viven en estrecho contacto con sesenta millones de blancos. El negro no sólo sufre de anquilostomiasis y tuberculosis, sino que las transmite a sus vecinos blancos, precisamente como el ignorante y desafortunado blanco le contamina a él» (1).

Continúa:

«El negro tiene que ser educado, no sólo por su bien, sino por el nuestro. Él es, hasta donde el ojo humano puede ver, un factor permanente en la nación. Tiene sus derechos y su debido valor como individuo; pero tiene, además, la tremenda importancia que le corresponde como fuente potencial de infección y contagio. El trabajo pionero en la educación de la raza para conocer y practicar

---

los principios higiénicos fundamentales debe ser realizado en gran parte por el médico y la enfermera negros. Es importante que ambos sean entrenados de manera sensata y efectiva al nivel en el que sus servicios son ahora importantes... Un médico negro bien entrenado será inmensamente útil; un negro esencialmente no entrenado que lleve un título de M.D. es peligroso» (1).

Irónicamente, Flexner reconoció que no habría suficientes médicos negros para atender a todas las personas de su raza, a pesar de que creía que los médicos negros proporcionarían una mejor atención a la comunidad afroamericana. Tales exclusiones son importantes de entender cuando se evalúa la experiencia de salud moderna de los afroamericanos y el trauma afrocultural (166).

#### ***4.2.2.3. Impacto en las mujeres***

Aunque varias escuelas de medicina ya habían implementado los principios del informe Flexner en 1910, el papel de Flexner en la transformación de la educación médica se amplió rápidamente cuando algunas fundaciones decidieron distribuir fondos sólo a aquellas escuelas de medicina que seguían el modelo de Hopkins, por ejemplo, la Fundación Rockefeller. Muchas facultades de medicina cerraron después de la publicación del informe Flexner, en particular las escuelas que educaban a mujeres, negros y estudiantes de la clase trabajadora. En 1900 había 7 colegios médicos para mujeres en Estados Unidos; para 1930 sólo quedaba el Colegio Médico para Mujeres de Pensilvania. La proporción de mujeres que se graduaron de la facultad de medicina disminuyó a un mínimo histórico poco después de la publicación del informe Flexner (2,9% en 1915), y la proporción se mantuvo por debajo del 5% hasta los años 70, cuando fuerzas sociales radicales desafiaron las barreras que impedían a las mujeres estudiar medicina. La discriminación manifiesta en las instituciones coeducativas,

---

como las cuotas basadas en el género, han logrado limitar la aceptación de las mujeres en las facultades de medicina, pero la pérdida de modelos femeninos también contribuye a la institucionalización de un ambiente poco acogedor para las estudiantes (23).

Además, el informe Flexner recomienda períodos de estudio más largos, lo que puede haber limitado la capacidad de las mujeres para financiar sus estudios de medicina. Aunque la disminución de mujeres estudiantes de medicina puede haber sido multifactorial, el sueño transformador compartido por las pioneras médicas a principios del siglo xx se desvaneció en la década siguiente al informe Flexner (23).

#### **4.2.2.4. Los pobres**

Lo que escribimos sobre los afroamericanos y las mujeres solo es ejemplar para un grupo más grande de afectados: Los pobres de cualquier color y de cualquier sexo. El cierre de las escuelas médicas «baratas» y, por ende, de pocos recursos atrancó las puertas al progreso de la clase baja. Y si hubieran podido financiarse, sea como fuere, el estudio de la medicina en una de las escuelas más exclusivas según el modo antiguo, ahora ya no fue posible: Cuatro años de educación premédica en un *college* preparatorio seguidos de cuatro años de escuela médica – esto incluso superaba el alcance de la clase media (167).

#### **4.2.2.5. La fragmentación de la medicina – la especialización y subespecialización**

El año que salió el Informe de Flexner, la comunidad médica de los Estados Unidos estaba compuesta casi en su totalidad por médicos generalistas. Aunque la atención que estos médicos proporcionaban a menudo carecía

---

de una base científica, las relaciones continuas entre los pacientes y los médicos formaban la columna vertebral de la práctica clínica (35).

Las raíces del dilema de la atención primaria se remontan a un siglo y medio atrás, a la explosión de conocimientos de la fisiología, que a su vez condujo al «modelo biomédico» de la enfermedad: el paradigma que explica la enfermedad como alteraciones físico-químicas del cuerpo (168), en otras palabras, una expresión del materialismo reduccionista. Este nuevo paradigma científico facilitó el desarrollo de la especialización en medicina. El modelo biomédico condujo naturalmente a conceptualizar la «enfermedad» como equivalente a la «disfunción del sistema de órganos», una visión que excluye en gran medida las consideraciones sociales y de comportamiento que ahora forman parte de nuestra comprensión contemporánea de la enfermedad (169).

En la actualidad, muchos observadores de la atención médica en Estados Unidos creen que la relación médico-paciente ha empeorado sensiblemente. Creen que se considera muy a menudo que la atención de la salud es un producto que exige un retorno a la inversión, y se olvida de las necesidades de los pacientes (169). Los médicos se han convertido en maestros de la atención de enfermedades, pero han perdido gran parte del arte de atender a los pacientes (170).

Hogaño los médicos constituyen la "fuerza laboral"; son empleados que ocupan nichos terapéuticos y que se esfuerzan por lograr estilos de vida "controlables" para ellos mismos. En los ambientes educativos y de práctica contemporáneos, las disciplinas generalistas parecen estar en grave riesgo. También lo puede estar la salud de la gente de los Estados Unidos; una variedad de medidas indican que la calidad del cuidado de la salud en los Estados Unidos – como se refleja en indicadores como la mortalidad infantil, medidas de manejo efectivo de enfermedades crónicas, y la

---

expectativa de vida en general – está atrasada con respecto a la de otras naciones (35).

Parafraseando el famoso discurso de Dwight Eisenhower que describe el complejo militar-industrial, el internista y editor en jefe del NEJM desde 1977 hasta 1991, Arnold Seymour ("Bud") Relman, describió en 1980 el emergente sector con fines de lucro en el cuidado de la salud en los Estados Unidos con las siguientes palabras:

«Este nuevo "complejo médico-industrial" puede ser más eficiente que su competencia sin fines de lucro, pero crea los problemas del uso excesivo y la fragmentación de los servicios, el énfasis excesivo en la tecnología y el "llevarse la flor y nata", y también puede ejercer una influencia indebida en la política nacional de salud» (171).

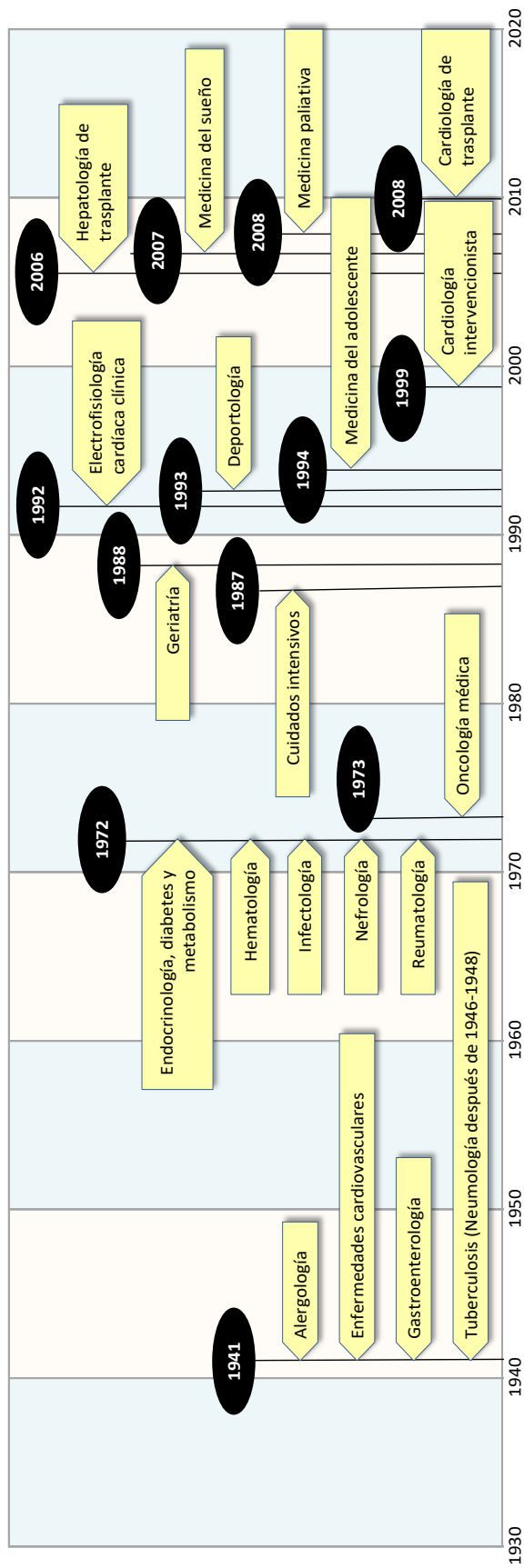
Durante la década de los 1990 y principios del siglo XXI, la financiación de la investigación biomédica del Instituto Nacional de Salud se duplicó. El resultado de esta expansión fue un enfoque más intenso en la medicina molecular y los avances en las modalidades diagnósticas y terapéuticas. A medida que se desarrollaron más conocimientos y tecnología, los médicos comenzaron a reducir sus áreas de interés, lo que dio lugar a la subespecialización y la subsubespecialización. Antes de 1970, había diecinueve especialidades y diez subespecialidades aprobadas por la Junta Americana de Especialidades Médicas (ABMS). Actualmente, la ABMS reconoce 24 especialidades y 121 subespecialidades. Con una especialización cada vez mayor, han surgido nuevos papeles clínicos y relaciones no imaginadas por Flexner. Los médicos cuidan a los pacientes en asociación con una variedad de otros profesionales de la salud, como enfermeras, asistentes médicos y farmacéuticos clínicos. A medida que prolifera la especialización, han surgido fenómenos de acompañamiento: equipos interdisciplinarios de atención al paciente e investigación. Aunque se identifican con frecuencia con la atención primaria ambulatoria, los

---

médicos generalistas que pueden identificar las prioridades clínicas clave e integrar los aportes de los especialistas, también desempeñan un papel más importante en los hospitales de los Estados Unidos. Son conocidos como «*hospitalists*». Estos médicos trabajan exclusivamente en el hospital, atendiendo a los pacientes y coordinando la atención entre una variedad de especialistas del hospital (172). En el Ecuador son contados los casos de hospitales, hasta la fecha, que implementan este sistema.

La especialización no es un proceso iniciado por el informe de Flexner. Ya existía antes, pero en una medida muy inferior. El llamamiento de Flexner a favor de la reforma educativa se basaba en el consenso científico de la medicina alopática y la comprensión de las enfermedades humanas como expresiones de trastornos de la fisiología y la bioquímica, lo que conduce a una especialización cada vez mayor en la búsqueda de un mayor conocimiento y experiencia. Muy pronto, sin embargo, aparecieron artículos que alertaron de los peligros que esta especialización acarrea (173,174).

«En cuanto a que el médico de cabecera no tenga el respeto de los especialistas, sería gracioso si no fuera ridículo. Muchos especialistas se han enriquecido gracias a los casos que les ha remitido el médico de cabecera. El médico se ocupa de muchas ramas de la medicina y para tener éxito debe adquirir un gran conocimiento general. Por otro lado, se supone que el especialista debe ser competente en una rama. Al concentrarse en una rama, necesariamente descuidará los otros temas, así que ¿por qué la falta de respeto al médico generalista? El médico tiene el derecho legal de especializarse en cualquier momento y ninguna sociedad médica especial puede decirle dónde o cuánto tiempo debe estudiar. La mayoría de ellos prefieren la práctica general» (173).



**Ilustración 45: Desarrollo temporal de las especialidades médicas en los EEUU**

El desprecio de los especialistas sigue, no así la preferencia de una mayoría de médicos por la práctica general... por razones comprensibles.

«El especialista del futuro asume una grave responsabilidad. No debe ser de mente estrecha, no sea que intente descubrir demasiados detalles en demasiado poco. Debe evitar la tentación de cobrar honorarios excesivos por sus servicios o de emplear medidas impropias con el fin de obtener el favor popular. Debe ser un explorador y líder, elevando desinteresadamente los estándares educativos y profesionales, descubriendo nuevas técnicas que, una vez establecidas, puedan ser utilizadas de manera segura y experta por médicos sin una formación altamente especial y, mediante la organización apropiada de las instalaciones, ayudando a desarrollar, a un costo razonable, un mejor servicio de diagnóstico y terapéutico para la comunidad que cualquier individuo puede ofrecer que trabaje solo» (174).

¡Palabras proféticas! Justo esto, lo que no debería ocurrir, estamos viendo en muchos especialistas, pero, gracias a Dios, no en todos.

A medida que los científicos médicos se especializaban y dedicaban sus energías intelectuales a comprender cada vez más sobre cada vez menos (o sea, áreas temáticas más limitadas), los médicos generales se diferenciaban de los médicos con áreas de especialización específicas. La primera especialidad médica que creó su propia junta de evaluación fue la oftalmología en 1917. Impulsados por el crecimiento de la optometría como una disciplina separada, la Asociación Médica Americana y la Sociedad Americana de Oftalmología crearon una junta independiente de especialistas para crear estándares que reconocieran a los médicos cuyos



---

conocimientos y habilidades demostraran experiencia en la identificación y tratamiento de los trastornos del ojo.

Cuatro especialidades crearon la ya mencionada Junta Americana de Especialidades Médicas (ABMS) en 1933, la cual abarcaba 10 especialidades hasta 1935. En la década de 1970, había 20 especialidades, incluidas las juntas de cirugía primaria en ortopedia, urología, neurocirugía, cirugía plástica y cirugía colorrectal. La medicina interna mantuvo el requisito unificador de la formación en medicina interna general, pero se sometió a la misma subespecialización durante ese tiempo. La Junta Americana de Medicina Interna (ABIM) aprobó solicitudes para 4 subespecialidades en la década de los 1940, otras 6 en la década de los 1970 y 10 más desde entonces. Algunas de estas subespecialidades se construyen sobre la base de una mayor especialización de grandes subespecialidades como la cardiología y la medicina pulmonar, mientras que otras, incluyendo la medicina del sueño, la medicina deportiva y la medicina geriátrica, abarcan múltiples disciplinas y permiten diferentes caminos para la certificación de otras juntas.

A lo largo de estas décadas, algunos líderes expresaron su preocupación de que la creciente fragmentación de la atención médica resultara en la pérdida o subvaloración del médico personal o generalista, que se percibía como esencial para la buena atención del paciente. Con una especialización cada vez mayor, les preocupaba que la práctica de los generalistas se volviera demasiado limitada en su alcance y una opción poco atractiva para los residentes. Esta preocupación dio lugar a la creación de un nuevo tipo de especialidad en 1969 - una disciplina generalista en medicina familiar (llamada en ese momento práctica familiar). También dio lugar a llamamientos para reforzar y repoblar la medicina interna general (175).

Uno de los principales impulsores de la «fragmentación» de la formación fue el auge de la especialización en la década de 1950, que ha continuado,

---

si no acelerado, hasta el día de hoy (176). Y esta fragmentación de la medicina también se evidencia en la educación médica del pregrado (contradiendo el perfil de egresado publicado). Más grave aún, determina la fragmentación en el trabajo social. La medicina tiene, hasta cierto grado, un factor unificador: el modelo de la enfermedad. En el trabajo social, multidisciplinario por naturaleza, falta este factor unificador y cada disciplina aplica sus propios criterios por ausencia de una visión compartida (177).

Las estructuras universitarias creadas por Flexner resultaron ser una espada de doble filo. Los decanos de sus facultades de medicina de élite pedían cada vez más dinero de Rockefeller y de otros filántropos sin las intervenciones empresariales de Flexner. Flexner no supo apreciar las bases de sus demandas. No vio cómo los decanos tenían que mediar entre las funciones cada vez más complejas y variantes de sus escuelas y exigían libertad para cumplir este papel. Flexner tampoco entendía el nuevo estilo de los burócratas dentro de la Fundación Rockefeller en sí, hombres como Raymond Fosdick y Warren Weaver que estaban dispuestos a acomodar a los decanos. Ellos no compartían su énfasis de la Era Progresiva en la construcción de instituciones médicas y estaban preocupados por estabilizar, manejar e integrar las funciones cada vez más fragmentadas dentro de las instituciones médicas que Flexner había construido (178).

Solo nos queda decir:

«Parafraseando a José Sola Villena, “para los médicos hospitalarios el mundo es tan grande como el hospital en el que laboran, ahí viven, ahí se encuentran con los pacientes. Mas para el enfermo es un accidente o una eventualidad estar ahí, alejado de su entorno. Es un extraño en un medio aséptico, incluso de sentimientos”.» (179)

#### 4.2.2.6. Alto costo de la atención médica

Una de las primeras intervenciones gubernamentales perjudiciales en la industria de la salud de los Estados Unidos se produjo en masa a nivel estatal poco después de 1910. Bajo el disfraz de estandarizar la educación médica, los estados comenzaron a implementar estándares de licenciatura que diezmaron la oferta de las escuelas competidoras, haciendo que la educación médica se volviera extremadamente cara y que los costos de la atención médica aumentaran en las décadas siguientes. Todo esto ocurrió como consecuencia directa del Informe Flexner.

#### A. El costo progresivo del estudio de la medicina

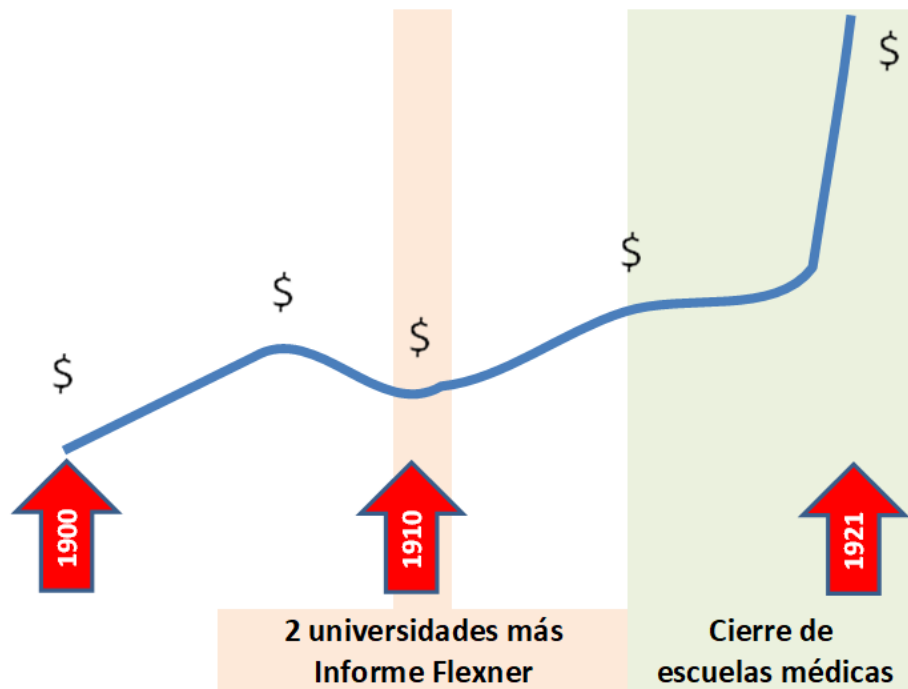
En la ilustración 4 se evidencia como el costo del estudio de medicina, en promedio, aumentó de 1900 hasta 1905 de \$171 a \$181. Pero bajó en 1910 a \$176. Esto se debe a la inauguración de dos nuevas escuelas médicas: La Universidad de Chicago y la Leland Stanford Junior University. Eso ilustra claramente que más universidades bajan el «precio» de la educación.

TABLE 16.—*Privately endowed institutions—Trends in fixed charges, 1900–1921—Arts and sciences, law, engineering, medicine, graduate school*

ARTS AND SCIENCES						
	1900	1905	1910	1915	1920	1921
MEDICINE						
Harvard University.....	\$200	\$200	\$200	\$225	\$225	\$225
Columbia University.....	200	250	250	250	202	268
Chicago University.....			180	180	180	225
Leland Stanford Junior University.....			150	150	150	255
Johns Hopkins University.....	200	200	200	240	250	300
Vanderbilt University.....	100	100	100	150	150	171
Cornell University.....	150	150	150	125	200	200
Average.....	171	181	176	189	194	235

*Ilustración 46: Costo fijo del estudio de la medicina en diversas universidades estadounidenses, 1900-1921*

Por otro lado, la publicación del Informe Flexner y la subsiguiente clausura de varias escuelas médicas dieron inicio a una subida constante y de forma geométrica, representada por la curva de la siguiente ilustración.



*Ilustración 47: Desarrollo del costo del estudio de la medicina 1900-1921*

## B. La discriminación

La economía estadounidense se transformó durante la Era Progresista. En las tres o cuatro décadas posteriores a 1890, la economía estadounidense se convirtió en una ciencia política experta y los economistas académicos desempeñaban un papel principal en la consecución de un papel estatal mucho más expansivo en la economía estadounidense. En la Primera Guerra Mundial, el gobierno de los Estados Unidos enmendó la Constitución para instituir un impuesto sobre la renta personal, creó la Reserva Federal, aplicó leyes antimonopolio, restringió la inmigración y comenzó a regular la seguridad de los alimentos y los medicamentos. Los gobiernos estatales, donde el impulso de la reforma fue aún más fuerte, regularon las

---

condiciones de trabajo, prohibieron el trabajo infantil, instituyeron «pensiones para las madres», limitaron las horas de trabajo y establecieron salarios mínimos (180).

Menos conocido es que una cruda clasificación eugenésica de los grupos en clases merecedoras y no merecedoras fue crucial para la reforma laboral y de inmigración, que es el sello distintivo de la Era Progresista. Los economistas reformistas de la Era Progresista defendieron la legislación laboral y migratoria excluyente con el argumento de que la fuerza laboral debería deshacerse de los trabajadores no aptos, a los que calificaron de «parásitos», «no aptos para ningún empleo», «las razas de bajos salarios» y el «residuo industrial» (180).

«Quitar a los no aptos», fue el argumento, elevaría a los trabajadores superiores, que se lo merecían. La «eugenesia» describe un movimiento para mejorar la herencia humana mediante el control social de la reproducción humana, basado en la suposición de que las diferencias en la inteligencia, el carácter y el temperamento humanos se deben en gran medida a las diferencias en la herencia (181).

Francis Galton, innovador estadístico y medio primo de Charles Darwin, es considerado el fundador de la eugenesia moderna. «El primer objetivo», dijo Galton (1908, p. 323), «es controlar la tasa de natalidad de los no aptos en lugar de permitir que se reproduzcan... el segundo objetivo es la mejora de la raza fomentando la productividad de los aptos mediante matrimonios tempranos y la crianza saludable de los niños. La selección natural se basa en la producción excesiva y la destrucción al por mayor; la eugenesia, en no traer al mundo más individuos de lo que podamos cuidar adecuadamente, y sólo aquellos de la mejor estirpe» (180).

## RACE IMPROVEMENT

323

Individuals appear to me as partial detachments from the infinite ocean of Being, and this world as a stage on which Evolution takes place, principally hitherto by means of Natural Selection, which achieves the good of the whole with scant regard to that of the individual.

Man is gifted with pity and other kindly feelings; he has also the power of preventing many kinds of suffering. I conceive it to fall well within his province to replace Natural Selection by other processes that are more merciful and not less effective.

This is precisely the aim of Eugenics. Its first object is to check the birth-rate of the Unfit, instead of allowing them to come into being, though doomed in large numbers to perish prematurely. The second object is the improvement of the race by furthering the productivity of the Fit by early marriages and healthful rearing of their children. Natural Selection rests upon excessive production and wholesale destruction; Eugenics on bringing no more individuals into the world than can be properly cared for, and those only of the best stock.



*Ilustración 48: El racismo de Galton*

El Informe Flexner refleja esta actitud de racismo y paternalismo, tan predominante en aquella época. Escribió:

«El negro necesita buenas escuelas más que muchas escuelas, escuelas a las que los más prometedores de la raza puedan ser enviados para recibir una educación sustancial en la que se acentúe

---

fuertemente la higiene, más que la cirugía, por ejemplo. Si al mismo tiempo estos hombres pueden ser imbuidos del espíritu misionero para que consideren el diploma como una comisión para servir a su pueblo con humildad y devoción, podrán desempeñar un papel importante en el saneamiento y la civilización de toda la nación. Su deber los llama a alejarse de las grandes ciudades para ir a la aldea y a la plantación, donde la luz aún no ha comenzado a brillar» (1).

Este racismo se une al sexismo. Una sola vez se menciona a mujeres negras en el informe:

«El trabajo pionero en la educación de la raza para conocer y practicar los principios higiénicos fundamentales debe ser realizado en gran parte por el médico y la enfermera negros» (1).

El Informe Flexner tuvo un impacto similar en la educación médica de las mujeres. Muchas de las mujeres médicas de la primera ola no sólo eran activistas por la naturaleza de su profesión, sino que estaban interesadas en la abolición, el sufragio y el bienestar de los niños. Habían logrado el ingreso en las escuelas médicas después de una dura lucha social. No lograron una organización nacional hasta la fundación de la Asociación Nacional de Mujeres Médicas en 1915, posteriormente rebautizada como Asociación de Mujeres Médicas Americanas (AMWA) en 1937 (182).

En 1910 ya no era un oxímoron ser una mujer médica. Flexner incluso se refirió a ello como una «victoria». Sin embargo, fue su informe que había llevado a la clausura de muchas escuelas médicas para mujeres. En comparación con sus contemporáneas europeas, particularmente en Gran Bretaña y Alemania, las estudiantes y médicas de los EE.UU. eran más numerosas, pero su formación clínica de posgrado era mucho más difícil de conseguir.

---

Mientras que los médicos afroamericanos operaban en un sistema de hospitales que reservaban plazas de prácticas sólo para graduados afroamericanos, las mujeres blancas competían por la formación de posgrado con el campo mucho más amplio de los hombres blancos graduados. La primera mujer en obtener un título de una facultad de medicina estadounidense fue Elizabeth Blackwell, quien se graduó con su doctorado en 1849 en el Colegio Médico de Ginebra de Nueva York. Durante la carnicería de la Guerra Civil, Blackwell intentó organizar la ayuda médica al Ejército de los EE.UU. mediante la fundación de la Asociación Central de Ayuda a las Mujeres, pero a pesar de su título y experiencia de primera mano en la dirección de la Enfermería, el Ejército le dio el trabajo de supervisar la formación de las enfermeras y la distribución a Dorothy Lynde Dix, una maestra de escuela sin formación médica formal (183).

Johns Hopkins permitió no una sino tres estudiantes femeninas en su primera clase en 1893, pero no necesariamente por elección. Cuatro hijas solteras y educadas de los fundadores de la universidad, Martha Carey Thomas, Mary Elizabeth Garrett, Elizabeth King y Mary Gwinn, ofrecieron a Hopkins medio millón de dólares para su nueva escuela si las mujeres eran admitidas en igualdad de condiciones que los hombres. Una situación similar ocurrió en Harvard en los años 1880, excepto que los administradores de la escuela se vieron obligados a desembolsar una dotación de 50.000 dólares debido a las masivas amenazas del profesorado de renunciar. La Escuela de Medicina de Harvard mantuvo la coeducación hasta 1945. En muchas universidades la facultad de medicina era una de las únicas escuelas o departamentos que permitía a estudiantes femeninas: la coeducación entre los estudiantes de pregrado se demoró otros 30 años en los casos de Harvard en 1977 y Hopkins en 1970. Por lo tanto, si los requisitos de educación pre-médica también se elevaban, ¿cómo se suponía que las mujeres obtendrían la "base universitaria de dos años"



---

recomendada por Flexner cuando los cursos de pregrado de las mismas escuelas no eran integrados o coeducativos? Por lo tanto, existen desigualdades estructurales en lo que respecta a las calificaciones de las mujeres para el ingreso en la formación profesional (182).

Como ya se ha indicado, de los siete colegios médicos para mujeres en 1900 en los Estados Unidos, solo sobrevivió uno en 1930. La proporción de mujeres que se graduaron de la facultad de medicina alcanzó un mínimo histórico poco después de la publicación del Informe Flexner y no se recuperaría hasta después de los años 1970 (23,172).

#### ***4.2.2.7. Amenazas a los logros positivos del informe Flexner***

##### **Amenaza de la inversión Flexneriana o la «desflexnerización»**

Impulsado por la escasez mundial de mano de obra y la creciente demanda del mercado de servicios de salud, un gran aumento de escuelas de medicina no planificadas y no reguladas – una situación que trajo a Flexner al escenario en primer lugar – podría generar el mismo tipo de escuelas propias de baja calidad que Flexner visitó, criticó y cerró con éxito. Se está llevando a cabo un proceso de «desflexnerización» en el que las escuelas profesionales de baja calidad podrían proliferar una vez más en el centenario del informe Flexner (184).

##### **Amenaza de la comercialización total de la medicina**

La creciente turbulencia del entorno de la atención sanitaria en los últimos 20 años ha generado un segundo conjunto de condiciones que son contrarias a la educación médica tal y como Flexner la imaginó. Los profesores clínicos sufrieron cada vez mayor presión para aumentar su productividad clínica, es decir, para generar ingresos mediante la prestación de atención a los pacientes que pagan. Como resultado, tienen menos

---

tiempo disponible para la enseñanza, lo que a menudo les provoca inmensa frustración (185).

Además, el duro ambiente comercial del mercado ha impregnado muchos centros médicos académicos. Los estudiantes escuchan a los líderes institucionales hablar más sobre «rendimiento», «incremento de la cuota del mercado», «unidades de servicio» y el «balance financiero final» que sobre la prevención y el alivio del sufrimiento. Los estudiantes aprenden de esta cultura que el cuidado de la salud es un negocio que amenaza la práctica de la medicina como una vocación (186).

#### **4.2.3. Aspectos bioéticos de la elaboración y aplicación del Informe Flexner**

Ya hemos mencionado los aspectos sospechosos alrededor de la elaboración del Informe Flexner y las diversas influencias que tenían su mano en el juego y que constituían un precedente preocupante de conflicto de interés. Pero faltan unos puntos más:

##### ***4.2.3.1. Haz lo que predicas***

Aplicando los principios de la ética formal, podemos constatar que Abraham Flexner exigía a las escuelas médicas los más altos estándares científicos alcanzables. Su informe, que decidía sobre la «vida o muerte» de tantas escuelas médicas, también tenía que adherir a los estándares científicos.

#### **Traducción a los términos de la lógica modal**

P = “Predicar algo”

A = “Aplicar algo”

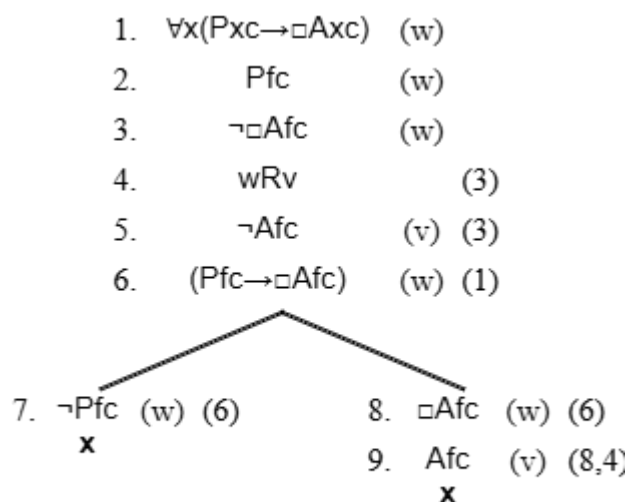
f = “Flexner”

x = “alguien”

$c = \text{“los más altos estándares científicos”}$

1.  $\forall x(Pxc \supset \Box Axc)$
2.  $Pfc$
3.  $\therefore \Box Afc$

*Árbol semántico de prueba (tablero semántico):*



#### **4.2.3.2. No hagas lo que reprobas en los demás.**

Flexner reprobaba el trabajo no científico, superficial, la escasa preparación de los estudiantes. Por otro lado, él mismo realizó, por lo se ha podido observar, una «investigación» y un «análisis» más que superficiales donde no se tomó el tiempo para realmente averiguar hechos y se dejó guiar, aparentemente, por prejuicios. Así aplicó sus principios estrictos con toda dureza en las escuelas médicas para los negros y las mujeres, grupos de personas que él no consideraba como candidatos de ejercer la profesión médica en su plenitud

---

**Traducción a los términos de la lógica modal**

R = "Reprobar algo"

H = "Hacer algo"

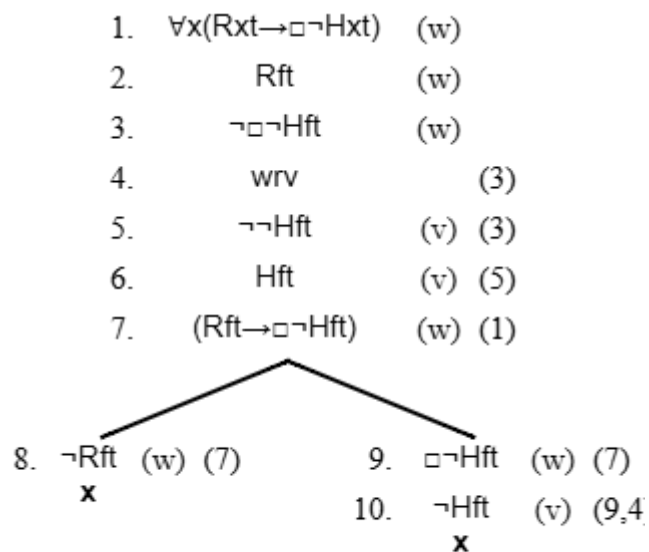
x = "alguien"

f = "Flexner"

t = "Trabajo no científico"

1.  $\forall x(Rxt \supset \Box \neg Hxt)$
2. Rft
3.  $\therefore \Box \neg Hft$

*Árbol semántico de prueba (tablero semántico):*



#### **4.2.3.3. Haz evaluaciones similares sobre casos similares.**

Para dar un ejemplo, el Informe Flexner reporta sobre la Universidad Vanderbilt, en Tennessee:

---

«Recursos disponibles para el mantenimiento: Los honorarios, que ascienden a 26.250 dólares. Esta suma, adecuada para proporcionar una instrucción de laboratorio justa, no se dedica sólo a la educación. El departamento médico, aunque forma una parte orgánica de la universidad, tiene un contrato para eliminar con sus honorarios el costo del edificio que ocupa, y mientras tanto paga a la universidad intereses del 6% sobre el saldo no pagado.

Instalaciones de laboratorio: La escuela posee laboratorios satisfactorios de patología, bacteriología e histología, y un instructor enérgico se encarga de ellos. Se ha dado un comienzo digno de crédito en la fisiología experimental. La química está bien provista por la universidad. La anatomía es mala, el trabajo se realiza en líneas anticuadas en una sucia sala de disección. Hay un museo útil y una biblioteca de feria.

Instalaciones clínicas: La escuela ha convertido el sótano de su propio edificio en una sala de 35 camas; y tiene acceso al Hospital de la Ciudad (65 camas) además. La cantidad de material disponible es demasiado limitada. Hay un dispensario con asistencia a la feria.» (1)

Flexner informa sobre el New York Medical College and Hospital for Women, una escuela independiente y homeopática:

«Recursos disponibles para el mantenimiento: Los honorarios, que ascienden a 2545 dólares.

Instalaciones de laboratorio: Se dispone de atractivos y bien mantenidos laboratorios de patología, bacteriología e histología juntos, química y fisiología y anatomía. El equipo es sencillo, pero reciente. Hay una pequeña biblioteca, varias cartas anatómicas y algunos preparados normales y patológicos. El material de la autopsia se reporta como escaso.

---

Instalaciones clínicas: Consisten en el hospital, que ocupa el mismo edificio y contiene 35 camas disponibles, la mayoría de las cuales son quirúrgicas, y en los habituales servicios rotativos repartidos entre otros hospitales, públicos y privados. No incluyen las enfermedades infecciosas. La mayor parte del primer piso del edificio de la escuela se destina a un dispensario.» (1)

En el primer caso, la escuela médica Vanderbilt recibiría ayuda millonaria por la Fundación Rockefeller a través de la intervención de Flexner. En el segundo caso, ninguna ayuda fue otorgada y la escuela tuvo que cerrar con el tiempo. Entonces, ¿cuáles fueron los criterios para dispensar ayuda financiera? Inicialmente Flexner, o la Junta de Educación General, disponía de la suma de ocho millones de dólares – un valor actual de aproximadamente 216 millones de dólares (187).

«Su primer gran proyecto fue identificar las pocas escuelas que estaban listas para emprender un cambio importante con el dinero disponible en ese momento para la Junta de Educación General. Entre 1913 y 1919-20, cuando hubo grandes donaciones, concluyó acuerdos con las universidades de Washington, Johns Hopkins, Yale, Chicago, Columbia y Vanderbilt. Se gastaron unos ocho millones de dólares en este puñado de escuelas. Todas estas primeras donaciones implicaron un esfuerzo por reemplazar a los profesores locales de medicina clínica con una red de científicos clínicos bien capacitados que eran profesores e investigadores. Su objetivo era crear una ciencia de la medicina clínica y hacer de la medicina una profesión donde sólo la excelencia fuera aceptable. Más que ninguno de sus contemporáneos, con su "ágil dominio de los símbolos e ideales resonantes", Flexner se estaba convirtiendo en un maestro de nuevas formas de organizar el conocimiento en medicina.» (150)

---

Entonces, fue Flexner quien identificó «las pocas escuelas que estaban listas para emprender un cambio importante». ¿Cuáles fueron los criterios?

«Sólo la escuela de medicina de la Universidad de Vanderbilt en Nashville prometía alcanzar "el ideal moderno" en esa parte del país.»  
(150)

Se habla del sur de los Estados Unidos. No se especifica ningún criterio real.

«Pritchett contrató a Flexner para que visitara y evaluara todas las facultades de medicina de EE.UU. y Canadá. Este estudio, publicado en 1910, "La educación médica en los Estados Unidos y el Canadá" le valió a Flexner una fama eterna y una posición poderosa en la Junta de Educación General. Esta Junta, financiada por la familia Rockefeller, dispensaba vastas sumas para el mejoramiento de las facultades de medicina en los Estados Unidos y en el extranjero. La Facultad de Medicina de Vanderbilt recibió 14 millones de dólares de la Junta de Educación General. Este gran regalo fue alentado por Abraham Flexner, basado en su estrecha amistad y gran admiración por el Canciller de Vanderbilt, James H. Kirkland. En un informe a la Junta de Educación General, Flexner escribió: "el Canciller de la Universidad de Vanderbilt, el Dr. Kirkland, tiene la visión, la energía y el liderazgo necesarios para el lanzamiento y el desarrollo de una empresa que implica el establecimiento de una escuela de medicina moderna".» (188)

Así reza la página dedicada a Abraham Flexner de la Biblioteca Eskind de la Universidad Vanderbilt en Nashville, Tennessee.

¿Cuánto equivale una suma de 14 millones de dólares en 1910 en la actualidad?

---

«En otras palabras, 14'000.000 de dólares en 1910 equivalen en poder adquisitivo a unos 377'843.789,47 dólares en 2020, una diferencia de 363'843.789,47 dólares en 110 años.» (189)

Casi 378 millones de dólares... ¡Nada mal para ser un regalo! Pero un regalo no para cualquiera.

### **Traducción a los términos de la lógica modal**

Harry Gensler propone el siguiente algoritmo:

$$\forall y u: OA_{us} \supset OA_{ys}$$

Esto, desde luego, es una aplicación de la lógica de creencias (belief logic) que se empareja con la lógica de imperativos, y por lo tanto algo controversial en la discusión acerca de la lógica, pues los imperativos no pueden tener un valor inherente de verdadero o falso. Para evitar esta controversia, traducimos el teorema a la lógica modal:

- Cuando la evaluación de una universidad arroja resultados buenos, hay que asignar fondos a esta universidad
- La evaluación de una universidad a arroja resultados buenos, entonces hay que asignar fondos a la universidad a.
- La evaluación de una universidad b arroja resultados buenos, entonces hay que asignar fondos a la universidad b.

E = "la evaluación resulta favorable"

u = "una universidad cualquiera"

A = "hay que asignar fondos"

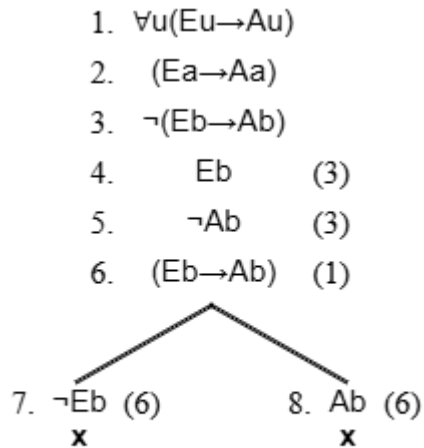
a = "universidad a"

b = "universidad b"



- 
1.  $\forall u (Eu \supset Au)$
  2.  $Ea \supset Aa$
  3.  $\therefore (Eb \supset Ab)$

*Árbol semántico de prueba (tablero semántico):*



En el caso específico nuestro:

v = "Universidad Vanderbilt"

n = "New York Medical College and Hospital for Women"

Las universidades v y n reciben buenas evaluaciones, pero solo v recibe fondos (abundantes):

1.  $\forall u (Eu \supset Au)$
2.  $Ev \supset Av$
3.  $\therefore (En \supset \neg An)$

Resultado: el árbol semántico no se cierra, es decir,  $\forall u (Eu \supset Au)$ ,  $(Ea \supset Aa)$  no implica  $(Eb \supset \neg Ab)$ . Condición refutada.

---

$\forall u(Eu \rightarrow Au), (Ea \rightarrow Aa)$  does not entail  $(Eb \rightarrow \neg Ab)$ .

Countermodel:

Domain: { 0 }
b: 0
a: 0
E: { 0 }
A: { 0 }

#### 4.2.3.4. El cierre no justificado de las escuelas médicas

M = "Flexner aplicó el método científico en su estudio"

V = "La evaluación es válida"

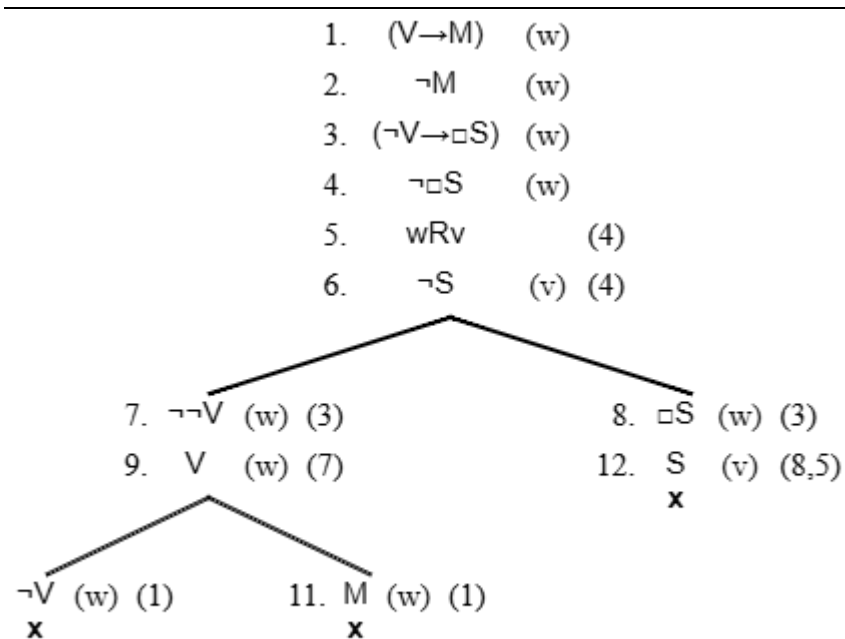
S = "Se mantiene el *status quo* de la Facultad"

Se aplica la formulación de la lógica proposicional.

1.  $V \supset M$
2.  $\neg M$
3.  $\neg V \supset \Box S$
4.  $\therefore \Box S$

Es decir, dado que Flexner no aplicó el método científico, era necesario que se mantuviera el *status quo* de las escuelas médicas, o en otras palabras, no se debía cerrar estas escuelas.

*Árbol semántico de prueba (tablero semántico):*

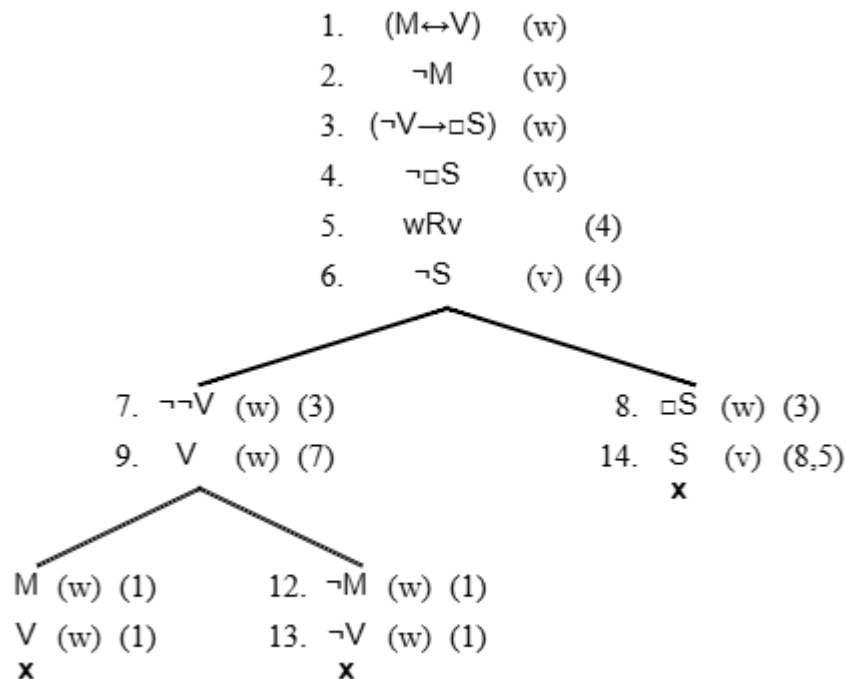


También es posible una variante:

1.  $M \equiv V$
2.  $\neg M$
3.  $\neg V \supset \Box S$
4.  $\therefore \Box S$

Con resultado idéntico. Es decir, dado que Flexner no aplicó el método científico, la investigación no era válida. La falta de validez implicaba que se mantuviera el *status quo* de las escuelas médicas, o en otras palabras, no se debía cerrar estas escuelas.

Árbol semántico de prueba (tablero semántico):



#### 4.2.4. Importancia u obsolescencia del informe Flexner en el mundo cambiado del siglo XXI.

La Federación Mundial para la Educación Médica en la Cumbre Mundial de Educación Médica que tuvo lugar en Edimburgo, del 8 al 12 de agosto de 1993, elaboró una declaración donde se plantea, a nivel mundial, los principios de la formación médica actual. En otras palabras, las filosofías puras de Flexner y de Osler tienen un dejo a antaño. Desde luego ejercen todavía su influencia, pero de forma indirecta, entre otro, mediante el Consenso de Edimburgo. Contiene la mayoría de lo que Flexner había propuesto, no todo, y presenta los nuevos principios de la educación médica. Pero también incluye parte por lo que abogaba Osler.

Entre estos principios nuevos figuran (139) (citas textuales entre comillas):

---

**Unificación del ámbito de la educación médica y la práctica médica**

“Un médico contemporáneo no puede ser adiestrado solamente en hospitales universitarios. Sin dicha asociación, el programa educacional tendrá una limitada importancia respecto a las realidades de la práctica y no brindará un adecuado adiestramiento que satisfaga las necesidades de la población que recibirá atención de salud.”

**Equilibrio entre especialistas y generalistas:**

“Un sistema de salud eficiente y con efectividad de costos debe incluir a médicos generales capaces de pesquisar y tratar la mayor parte de los problemas de salud y remitir solamente una pequeña proporción para una atención especializada. Muchos países desarrollados tienen demasiados especialistas y muy pocos médicos generales. Incluso en tales casos, algunas especialidades están subrepresentadas (como es el caso de la psiquiatría).”

**Adecuación del sector de la salud para el futuro**

“Los perfiles de salud de los países desarrollados y en desarrollo están convergiendo en muchos aspectos. La esperanza de vida, aun en los países en desarrollo, es alta; también el número de víctimas de enfermedades crónicas entre los adultos, incluyendo a la tercera edad. Las nuevas enfermedades sociales (violencia, drogadicción, desintegración de la familia) afectan a grupos vulnerables en todo el mundo.”

**Procesos de admisión de estudiantes de medicina**

«Los procedimientos para el ingreso en las escuelas de medicina deben ser basados en la misión y capacidad de la institución y en los objetivos para la fuerza de trabajo nacional en el sector de la salud. El sistema de matrícula abierta es obsoleto. Los procedimientos de

---

selección son esenciales y son apoyados en todas partes, sin embargo en demasiadas escuelas de medicina estos procedimientos son arbitrarios y en el peor de los casos caóticos» (139).

Rompería el marco de esta tesis reproducir la declaración en su integridad. Pero basta con indicar algunos (no todos) de los acápites para transmitir el espíritu del documento:

- Mejor preparación de los docentes
- Planificación y evaluación participativa de la educación médica
- Las ciencias y su relación con la medicina
- Bioético médica
- Metodologías de enseñanza y aprendizaje
- Prevención de la sobrecarga informativa
- Estudios de posgrado con enfoque holístico
- Educación continua durante toda la carrera profesional
- Trabajo multidisciplinario en equipo
- Integración de las comunidades en la educación médica
- El arte de la comunicación
- Programas de vinculación integrando al público y compromiso firme
- Estudio de la medicina en lugares y situaciones reales

Fueron estas ideas que surtieron la ideología base para la fundación de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. Es importante, por lo tanto, reconocer y tener presente que las ideas del Dr. Edgar Rodas no fueron fantasías personales sino fruto de un proceso apoyado por la declaración de la Cumbre Mundial de Educación Médica del año 1993.

Existen otros documentos sobre la educación médica en diferentes partes del mundo. Pero el más importante y completo es el de Edimburgo.

Cualquiera que desee crear o modificar un pensum de estudio de medicina, por lo menos debería haber leído la declaración de Edimburgo. Cualquier

---

revisión de pένsum que se haga, al margen de la intenci3n que se pueda tener, debe sustentarse en una buena teorίa. Una reforma de pένsum no es para peor, sino para mejor.

### 4.3. ENTREVISTAS

Hemos organizado, para todas las categorías, la lista de los códigos respectivos por su frecuencia, la que corresponde a la intensidad con la que se abordó el tema en las entrevistas. Los códigos de una sola aparición, si bien muchos estudios los omiten, figuran en las tablas, porque en ocasiones arrojan importes valiosos que simplemente fueron contribuidos por una sola persona. Sin embargo, hemos indicado su importancia (por lo general) menor mediante un fondo sombreado de gris claro y una letra de gris oscura.

En Tabla 6: Grupos de entrevistados se definen los grupos de entrevistados y su composición.

**Tabla 6: Grupos de entrevistados**

Grupo	Integrantes
Autoridades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. Galo Duque Proaño (Decano)</li> <li>• Dra. Cumandá Merchán Manzano (Subdecana)</li> <li>• Dr. Marco Vinicio Palacios Quezada (Coordinador de Carrera)</li> </ul>
Exautoridades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. Hernán Sacoto Aguilar (Exdecano, Exsubdecano)</li> <li>• Dr. Fernando Manuel Arias Maldonado (Exsubdecano, ex director de escuela)</li> <li>• Dr. Fray Cleyton Martínez Reyes (ex director de Escuela)</li> </ul>
Docentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. Pedro José González Serrano</li> <li>• Dra. Miriann Alexandra Mora Verdugo</li> <li>• Dr. James Pilco Luzuriaga</li> <li>• Dra. Carla Marina Salgado Castillo</li> </ul>



Grupo	Integrantes
	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="619 264 1066 293">• Dra. Anita Lucía Vicuña Pommier</li></ul>
Estudiantes	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="619 331 1362 412">• 12 estudiantes masculinos y femeninos del cuarto año de estudios</li></ul>

La distribución de los integrantes de los grupos no es uniforme, por lo tanto el número de citas o menciones de citas de los grupos no puede ser comparado en el sentido estricto, pero sirve como orientación.

Las categorías que componen a los temas, en ocasiones se solapan. Es de esperarse que algunos códigos pertenezcan a dos o más categorías. Para evitar duplicados, se discuten estos duplicados una sola vez en su categoría principal, aun cuando figuren prominentemente también en otra categoría.

### 4.3.1. TEMA - Antiguas influencias

La influencia actual de Flexner y Osler en la malla curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay es compleja.

**Tabla 7: Códigos de “flexnerianismos” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Ciencias básicas: Orientación a la práctica	6	3	4	4	17
Ejercicio: Subespecialista con conocimiento fraccionado	2	2	7	4	15
Comercio: Materialismo médico	4	4	4	1	13
Laboratorio: Prácticas tienen que ser aplicables	3	2	6	2	13
Simulación: Preparación para el trabajo con el paciente	1	3	4	2	10
Ejercicio: Subespecialistas suelen perder visión holística	2	1	4	2	9
Simulación: Útil	4	2	3	0	9
Ciencias básicas: Integración vertical	4	3	0	1	8
Laboratorio: Prácticas necesarias	3	1	4	0	8
Laboratorio: Hace falta la disección	2	1	2	0	5
Admisión: Curso propedéutico necesario	0	0	1	2	3
Ciencias Básicas: Incrementar tiempo de enseñanza	2	0	1	0	3
Ciencias básicas: Necesarias para la comprensión de la medicina	0	2	1	0	3
Medicina de laboratorio: Necesaria	1	0	2	0	3
Admisión: Preferible un proceso prolongado de meses	1	0	1	0	2
Laboratorio: Hay que mejorar algunas prácticas	1	0	1	0	2
Laboratorio: Prácticas como elemento motivador	0	2	0	0	2
Simulación: Con actores	0	2	0	0	2
Admisión: Ponderación por criterios mixtos	0	1	0	0	1
Comercio: Costo exagerado de cirugías	0	0	1	0	1
Comercio: Medicación e industria farmacéutica	1	0	0	0	1
Ejercicio: Medicina de laboratorio - Parte de la práctica médica diaria	1	0	0	0	1
Entrevista con el paciente: Simulación	0	0	1	0	1
Laboratorio: Más prácticas necesarias	0	0	1	0	1
Laboratorio: Prácticas solo útiles cuando se disponga de espacios y equipos adecuados	0	1	0	0	1
Medicina pública: Modelo Flexner como problema	0	1	0	0	1
Medicina pública: Sofisticación de la infraestructura no es igual a calidad	0	1	0	0	1
Metodología: Uso de expertos en temas	1	0	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>39</b>	<b>32</b>	<b>48</b>	<b>18</b>	<b>137</b>

---

En los primeros seis citas de la tabla (Ciencias básicas: Orientación a la práctica, Ejercicio: Subespecialista con conocimiento fraccionado, Comercio: Materialismo médico, Laboratorio: Prácticas tienen que ser aplicables, Simulación: Preparación para el trabajo con el paciente, Ejercicio: Subespecialistas suelen perder visión holística) encontramos opiniones de miembros de todos los grupos.

Llama la atención el acuerdo sobre la fragmentación del conocimiento de los subespecialistas y su pérdida (en términos generales, desde luego) de su visión holística.

*«A mí me gusta la cardiología. Entonces preparémoslo desde el primer año para cardiología. A mí me gusta la, qué sé yo, la gastroenterología. Entonces preparémoslo desde el primer año para que se haga gastroenterólogo. ¿Y el ser humano? ¿Y la integridad? ¿Y la integridad? ¿En dónde están?» Exautoridad*

*«Resulta que ahora hay especialistas para el dedo gordo del pie derecho, una exageración. "¡No, no! ¡Yo solo hago el pie derecho! Y de esto el dedo gordo. El izquierdo ya no lo veo." ¿Y quién me ve el resto? "¡Ah no, pues, me duele acá!" Parece que es la vejiga. Urólogo. "¡Me duele acá!" Creo que es el traumatólogo. "¡Me está titilando el ojo"! Creo que es esto.» Docente.*

*«Además, cuando hablamos desde la perspectiva en la que yo me ubico la que es esta de tener en cuenta al paciente como ser humano desde todas estas dimensiones que él tiene, imposible que lo abarque un especialista o un subespecialista.» Docente.*

*«[...] por ejemplo, cuando estamos en ginecología, nos centramos solo en la parte ginecológica, y como nos mandan los ABP con el tema que vamos a ver, prácticamente buscamos solo en el tema. Leemos solo sobre el sistema, solo sobre el dolor pélvico, las causas del dolor pélvico,*

---

*pero no nos ponemos a pensar sobre el hecho de que puede que sea algo abdominal, algo abdominal y no ginecológico.» Estudiante.*

El segundo punto más importante es el reconocimiento de la importancia de prácticas realistas, aplicables a la profesión médica y también como elemento motivador.

*«Pero [la simulación] me parece un prerrequisito para uno poder contactar y tocar un paciente. Es siempre que el paciente va a ser muy distinto al maniquí o a la figura digital. Pero me parece que me va a dar un preconocimiento muy importante, que me va a poner muy por encima de aquellos que no tienen esta...» Docente.*

*«La simulación médica permite salvaguardar la integridad de una persona, de un paciente, frente a un estudiante que está en proceso de adquirir habilidades.» Autoridad.*

Llama la atención, además, el énfasis en el problema del materialismo médico (con escasa participación de los estudiantes).

*«[...] hay que enseñarla a nuestros estudiantes: No tener el dinero como una prioridad en el ejercicio de nuestra profesión. Es un trabajo que debe tener una paga, una remuneración. Sin embargo, esa no es la meta. Cuentan – a mí no me consta aquello – que, en alguna de las entrevistas, alguno de los jóvenes dijo: Yo me vengo a formar porque sé que con la medicina y con tal especialidad se puede hacer mucho dinero. Yo tengo mi tío y mi padre que tienen esta especialidad y han hecho dinero con esto. Pues la meta de su formación va a ser el dinero. Y jamás debe ser esa la meta de la función de un médico.» Autoridad.*

*«Yo creo que eso es uno de los motivantes fundamentales para que los chicos quieran seguir medicina. Quieren poder, quieren dinero, quieren estatus.» Exautoridad.*

---

*«[...] a veces hay médicos que se aprovechan de su condición de especialista y por el hecho de que muchas de las personas requieren de sus servicios. Él tiene la capacidad de poder subir su salario por el hecho de que las personas le van a tener que pagar porque necesitan de él. [...] creo la mayoría, cuando a uno le preguntan "¿por qué quieres ser médico?", es para ayudar a las personas, sin embargo, a la larga, cuando ya se va y ejerce no lo hace con este principio.» Estudiante*

Es interesante que los estudiantes no se pronuncian sobre los demás temas con excepción de la necesidad de un curso propedéutico.

*«Estoy de acuerdo con mi compañero que el propedéutico sí fue de gran ayuda.» Estudiante*

Una idea interesante en este contexto es un proceso de admisión, un curso propedéutico, de larga duración.

*«[...] estoy completamente de acuerdo que durante el último año de colegio se pueda abrir un precurso de medicina en donde la gente vaya a las tardes y, por ejemplo, primero se ve el interés de las personas y palpén cómo es el estudio de la medicina. Y tengas una evaluación mucho más larga, mucho más objetiva, con más aportes, donde puedas realmente evaluar a un estudiante durante un año y no durante una quincena.» Docente.*

*«Yo pensaría que un proceso de admisión debería ser más prolongado, tal vez alrededor de seis meses, en el cual se puede hacer que el estudiante ruede en la carrera y así medirlo, exponerlo a lo que da la atención pública, algo que es la atención primaria, sobre todo probarlo en el campo clínico, verlo trabajar en equipo, porque paradójicamente uno tiene estudiantes memoristas excelentes que arriba se convierten en un problema cuando van a trabajar en equipo. Porque es gente que no puede*

---

*trabajar en equipo. Es gente que no tiene esta característica humanística hacia la gente, pero son excelentes memoristas.» Autoridad.*

Los entrevistados no tocan el tema de tiempo completo, si bien eso forma un punto central – y muy controversial – del ideal de Flexner.

Surgió la pregunta por qué las facultades de jurisprudencia con facilidad podían contratar especialistas de renombre a tiempo completo, pero en el caso de la medicina eso parecía imposible. El Presidente Charles William Eliot de Harvard, quien había transformado un colegio provinciano mediocre en el baluarte de la investigación médica de los Estados Unidos, opinaba que los médicos no tenían el mismo interés científico que los juristas, y que no estaban hechos con el mismo molde que los químicos y patólogos académicos. En una línea similar, Flexner escribió desde Ann Arbor que los clínicos eran un «grupo de mercenarios», mientras que los hombres de laboratorio eran los verdaderos héroes de la medicina moderna (150).

Esto desde luego le atrajo mucha crítica, a veces grosera. Un profesor titular enfadado de Harvard le dijo a Henry Pritchett:

«Hay gente circuncidada en Nueva York, circuncidada por igual en el pene y en el intelecto, que no ven nada bueno en la Escuela de Medicina de Harvard... De vez en cuando su sabor a mofeta se me cruza el camino» (150).

Tuve que suavizar el vocabulario de la cita para adecuarla a una tesis.

Regresando a la situación histórica de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay, cabe recordar que la influencia del flexnerismo es secundario, pues si bien el Dr. Rodas regresó de los Estados Unidos con la experiencia personal con el flexnerismo y sus ventajas científicas, la influencia verdadera fue la declaración de Edimburgo descrita con anterioridad, la que a su vez, por supuesto, engloba numerosos elementos flexnerianos, pero que va mucho más allá.

---

Richard Horton, editor en jefe de la revista Lancet escribe:

«Habiendo tenido el privilegio de asistir a clínicas en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido casi todas las semanas desde marzo de este año, puedo decir honestamente que en ningún momento ningún médico, cirujano o anestesista ha completado algo que se aproxime a un examen físico.

[...]

Evitar el (con)tacto es una mala medicina.

Estoy tan cautivado como cualquier otro por las nuevas tecnologías médicas. Honro (de hecho, ahora dependo) el descubrimiento de nuevos medicamentos para controlar afecciones que antes no se podían tratar. Admiro los logros de los médicos en un entorno clínico cada vez más presionado. Pero un examen clínico no se trata solo de obtener evidencia para armar un diagnóstico diferencial. El examen clínico, y el lugar central del contacto en ese examen, tratan de fomentar una conexión física y mental entre el médico y el paciente.

[...]

La impersonalización del encuentro clínico ha sido un grave revés para la medicina. La subestimación de la importancia del tacto niega la necesidad universal de conexión física en las relaciones humanas, de cualquier tipo. El tacto, expresado a través del examen físico, comunica comodidad y preocupación. El tacto fomenta la cooperación. Es hora de devolver el tacto a la medicina» (190)

**Tabla 8: Códigos de “oslerianismos” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Humanidades: Una necesidad	8	5	14	0	27
Medicina integral: Visión holística esencial	4	4	9	1	18
Medicina integral: Médicos de atención primaria con visión holística	3	2	10	1	16
Medicina integral: Entrevista con el paciente vital	2	1	8	0	11
Metodología: Enseñanza de manejo no farmacológico en la práctica	2	3	1	4	10
Metodología: En los sitios de trabajo	4	3	0	1	8
Mentoría: Necesaria en la vida	2	0	5	0	7
Visión de la Facultad: Formación del médico holístico	1	3	3	0	7
Mentoría: Cercanía que favorece el aprendizaje	1	3	2	0	6
Humanidades: Espiritualidad	0	0	4	0	4
Medicina integral: Relación médico-paciente - Comunicación	2	1	1	0	4
Medicina integral: Relación médico-paciente - Empatía e interés	1	1	2	0	4
Medicina integral: Medicina como arte	0	0	3	0	3
Medicina integral: Médico como actor social y político	1	1	1	0	3
Metodología: Estudiante con el paciente desde el primer año	0	1	2	0	3
Medicina de laboratorio: Solo confirma lo sospechado	0	2	0	0	2
Medicina integral: Manejo no farmacológico - Cambio de estilo de vida	0	1	1	0	2
Humanidades: Enseñadas por médicos	0	1	0	0	1
Humanidades: Hay que mostrar humanidad para poder enseñarla	0	1	0	0	1
Medicina integral: Capacidad de expresarse coloquialmente con el paciente	0	0	1	0	1
Medicina integral: Manejo no farmacológico - Abordaje social	0	1	0	0	1
Medicina integral: Manejo no farmacológico - Adicción, sexualidad arriesgada, violencia, etc.	0	1	0	0	1
Medicina integral: Manejo no farmacológico - Creencias y falta de ciencia	1	0	0	0	1
Mentoría: El saber ser para enseñar el core profesionalismo	0	1	0	0	1
Metodología: Aprendizaje por observación	0	0	1	0	1
Metodología: Entrevista con el paciente como eje vertical	1	0	0	0	1
Visión de la Facultad: Formación integralista inicial	0	1	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>33</b>	<b>37</b>	<b>68</b>	<b>7</b>	<b>145</b>

La enseñanza de las humanidades es una necesidad – todos los grupos de entrevistados están de acuerdo y asignan la mayor ponderación al tema, con excepción de los estudiantes que ni siquiera se pronuncian al respecto.

*«El médico es un ser humano que tiene que estar vinculado con el entorno. No puede ser solamente médico. También tiene que tener otro*



---

*tipo de riquezas. Pero habrá que ver qué materias optativas se les debe dar. Entonces materias, por ejemplo, la sociología, antropología, me parecen interesantes dentro del aprendizaje.» Exautoridad.*

*«Por otra parte el médico que trata de apreciar el arte en sus diferentes dimensiones, definitivamente tiene otro trato con el paciente. Es otra persona porque la sensibilidad es particular de los imaginarios. Se enfoca en los sentidos, en los imaginarios, en las percepciones, trata de interpretar lo que el paciente dice, no solamente se basa en objetivos, sino en los elementos que de alguna manera nos hacen sentir humanos. Y de hecho nos hacen ver más humanos. Para mí, deberíamos tener espacios, asignaturas para poder desarrollar eso.» Exautoridad.*

*«Primordial. Básico. Imperativo. Sumamente valioso. Porque al médico le permite tener un contacto holístico y puede hacer un diagnóstico todavía más certero. [...] La literatura te permite tener un conocimiento más extenso de lo que han producido muchas mentes. [...] tienes que adoptarte finalmente con un filósofo, ¿no? No es decir: "¡Me gusta la filosofía!" ¡No! El cine – el cine es básico. Oliver Sacks, escritor, Vicente Warner, Favalaro, el Dr. Billroth... Tú sabes la cantidad de humanismo... Osler, la Dra. Rita Charon... ellos promueven las humanidades médicas.»  
Docente.*

Aparte, los profesionales destacan la gran importancia de la visión holística o integral del paciente como ser humano, la importancia de la mentoría como proceso de enseñanza y aprendizaje.

*«Profesores, materias que te enseñen cuál es la importancia de este médico de cabecera, de estos médicos que son el primer nivel de atención, por qué son necesarios dentro del sistema, y si es que los profesores no son abiertos a tener este enfoque, si las materias no están diseñadas para tener este enfoque y la gente tiene una impresión*

---

*negativa de esa área, no vamos a tener gente que quiera irse a esas áreas.» Docente.*

*«Entonces tenemos inquietudes en cuanto a la psicología y tenemos inquietudes en cuanto a la espiritualidad. Y tenemos inquietudes al papel del ser humano dentro del contexto ya en el que le toca vivir, es decir, dentro de una sociedad. Entonces todos estos otros aspectos del ser humano son los que deberíamos de alguna forma mostrarle al estudiante para que tenga esta visión global y no quiera solo irse hacia curar enfermedades.» Docente.*

*«Viene el subespecialista y trabaja su pedacito, y el otro trabaja su pedacito y el otro trabaja su pedacito. Esto, le pone a la paciente en un riesgo altísimo de complicaciones por intervenciones innecesarias. Luego es elevar el costo a todo el procedimiento. No se soluciona nada al final del día. Y entonces el problema está en otro lado. Entonces, esa proyección hacia la subespecialización, haciendo que el médico asuma a la integridad del ser humano en solamente su área de especialización de su trabajito, eso es un peligro. Eso es un peligro serio, muy serio. Y yo creo que este espíritu de la visión global de la medicina en el ser humano que tiene el internista, que tiene el médico familiar, que tiene el médico general, eso es una joya que no se puede perder.» Autoridad.*

Los estudiantes solo asignan gran interés a la enseñanza de los métodos no farmacológicos del manejo de un caso. En lo demás muestran escasas opiniones o ningunas.

*«[...] queremos prevenir algo con un plan de medidas no farmacológicas. Entonces, de eso nos hace mucha falta. Por ejemplo, recibimos algún taller de actividad física, de ejercicio físico, y haría falta mucho más para poder tener conocimiento de esto. Entonces, ahí sí se puede prescribir de mejor manera el tratamiento no farmacológico.» Estudiante.*

---

*«Entonces yo creo que hay que hacer un poco más de hincapié en primero ver la parte del estilo de vida y todas terapias no farmacológicas, para luego darle a un paciente una terapia farmacológica.» Estudiante.*

Existe también la notable diferencia entre las autoridades y exautoridades por un lado y los docentes por otro, que los últimos subrayan la medicina como arte y la faceta espiritual de la medicina.

*«Así que es un arte. Y es lo que decíamos en esta parte de la inteligencia social.» Docente.*

*«La medicina es un arte.» Docente.*

También en el caso de los oslerianismos cabe recalcar que su influencia sobre la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay es indirecta. Proviene de la experiencia personal del Dr. Rodas como estudiante, habiéndose formado en un ambiente netamente osleriano. Pero él regresó de los Estados Unidos con una visión diferente. A la final, fue la visión de la declaración de Edimburgo que formó a la Facultad inicialmente, y esta visión, por supuesto, también incorpora parte de las ideas de Osler.

A pesar de los muchos intentos de incluir enfoques humanistas en los planes de estudios de la medicina, durante la entrevista médica de hoy en día no es raro oír como acribillan a los pacientes a preguntas de fuego rápido. El contacto visual se pierde porque los ojos del médico están pegados a la pantalla de la computadora y los dedos se dedican a introducir datos en los archivos electrónicos. En la enseñanza de la medicina se sigue propugnando el establecimiento de una relación con los pacientes mediante ejercicios en grupos pequeños y enfoques de medicina narrativa, pero la mayoría de los estudiantes sale del entrenamiento armados con apenas unas pocas frases «empáticas» de rutina: «¡Vaya, esto debe haber sido difícil para usted!». Se repiten tan a menudo que más se parecen a cuchilladas que palabras de alivio. Esto no es empático ni científicamente

---

válido. Osler dijo: «El mayor enemigo de la práctica científica de la medicina es la práctica de la rutina» (191).

### 4.3.2. TEMA - Admisión de estudiantes

**Tabla 9: Códigos de “perfil de estudiante” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Perfil de estudiante: Selección de memoristas	1	1	6	0	8
Perfil de estudiante: Selección de estudiantes no solo por notas	0	4	2	0	6
Perfil del estudiante	1	1	2	0	4
Perfil de estudiante: Salud mental buena como criterio	1	0	2	0	3
Perfil de estudiante: Hay discapacidades que impiden ser médico	0	1	0	0	1
o Perfil de estudiante: Vocación término desgastado	0	1	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>23</b>

Los estudiantes no se pronunciaron en cuanto a cuál debería ser su propio perfil.

Casi solo en el grupo de los docentes y las exautoridades se articulan fuertes opiniones:

Por un lado, existe la preocupación de que el presente sistema de admisión favorece la selección de memoristas. ¿Es eso una característica a la que se aspira en un estudiante?

*«[...] los muchachos dan un examen con un algoritmo que no está valorando capacidades humanas. Está valorando una inteligencia en base a inteligencia artificial, precisamente.» Docente.*

*«[...] pero luego cuando pasan acá al propedéutico se evalúa bastante el tema de la memoria, un tema memorístico.» Autoridad.*

*«[...] tal vez alguna otra cosa más al respecto de que nos haga ver un poquito más allá otras cualidades, más allá de la memoria o la supuesta inteligencia.» Docente.*

---

Por otro lado, se propone un sistema que no seleccione por las notas, lo que se relaciona con el tema del memorismo.

*«Tenemos ahora, creo, una selección solamente por notas. Yo creo que sí se debería mejorar, creo que hay otros aspectos que hay que verlos.»*

*Docente.*

*«La mejor nota no es la mejor, definitivamente no es la mejor.»*

*Exautoridad.*

*«No necesariamente la persona que tenga las mejores notas en la secundaria, o peor, la que tiene un puntaje alto en el examen para la admisión, es la más apta.» Exautoridad.*

Llama la atención el escaso pronunciamiento sobre el perfil del estudiante, siendo este la base para la selección en el proceso de admisión. ¿Qué o a quién seleccionamos si no aplicamos un criterio que define a la Facultad?

Si nos preocupa seleccionar a los más aptos, aparte de las notas y aparte de la capacidad de memoria, entonces definamos que significa «más apto» o, en otras palabras, cómo se distingue el estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay.

¿O será de seleccionar a los más curiosos de entre los candidatos? Se afirma que fue Albert Einstein quien dijo: «No tengo ningún talento en particular. Sólo soy curioso». Emular la sabiduría encapsulada en este pronunciamiento puede ser justo lo que el doctor prescribió (192).

**Tabla 10: Códigos de “proceso de admisión” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Admisión: Entrevista valiosa	2	4	6	2	14
Admisión: Evaluar el potencial humano y profesional del futuro estudiante	1	1	4	0	6
Admisión: Entrevista subjetiva	3	2	0	0	5
Admisión: Curso propedéutico necesario	0	0	1	2	3
Admisión: Entrevista no decisiva	0	3	0	0	3
Admisión: Examen de admisión (medicina) mal enfocado	0	0	2	1	3
Admisión: ¿Qué están dispuestos a sacrificar para ser médicos?	0	2	0	0	2
Admisión: ¿Qué vale más? ¿Buena nota o número de intentos?	0	0	2	0	2
Admisión: Humanidades	0	0	2	0	2
Admisión: Preferible un proceso prolongado de meses	1	0	1	0	2
Admisión: Entrevista quitada por administración universitaria	0	1	0	0	1
Admisión: Entrevista reconocida por la comunidad	0	1	0	0	1
Admisión: Examen general muy útil	0	0	1	0	1
Admisión: Humanidades en el curso propedéutico	0	0	1	0	1
Admisión: Incluir bioética	1	0	0	0	1
Admisión: No hay nivelación	1	0	0	0	1
Admisión: Ponderación por criterios mixtos	0	1	0	0	1
Admisión: Semestral mejor	0	0	0	1	1
<b>Totales</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>50</b>

En un caso, todos están de acuerdo: La entrevista, como parte del proceso de admisión, es valiosa.

*«Incluso la parte de la entrevista por los doctores, creo que es muy buena. Claro, todo el mundo se va poner nervioso, porque son tres doctores que están en frente suyo, y le preguntan un montón de cosas. Pero me parece que es una buena forma para que los doctores también sepan mi perfil y la forma cómo que es la parte psicológica de la persona que está entrando. Me parece que es muy buena.» Estudiante*

*« [...] se debería retomar la parte de las entrevistas, para mi punto de vista» Docente.*

*«[...] creo que nosotros también debemos descubrir otras cosas en el estudiante más allá de su capacidad de memoria o de su capacidad de responder preguntas sobre cualquiera de las materias médicas o*

---

*preclínicas. Pero no es fácil. Creo que nos es fácil tener un método de selección. Siempre se van a escapar cosas. Pero sí, pienso yo, la entrevista daría para ver estas otras cualidades.» Docente.*

Autoridades y exautoridades señalan que la entrevista es subjetiva, pero esto no molesta a los docentes, ni a los estudiantes.

*«No hay entrevista. Hace algunos años la hubo. Sin embargo, ¿quiénes entrevistan? Entonces se puede prestar a subjetividad. Yo puedo tener mi sesgo como entrevistador [...]» Autoridad.*

*«En la actualidad las directrices de la universidad son que no haya entrevista. Y no la hemos realizado en tres oportunidades. Los críticos de la misma aducen que es llena de subjetividad.» Autoridad.*

*«[...] yo sé que antes hubo una entrevista. Una entrevista tiene sus subjetividades, porque hacer una entrevista no es sencillo para un profesor de admisión. Entonces había que saber qué se va a preguntar, qué se va a medir, qué se va a buscar.» Autoridad.*

Un pensamiento interesante surge del lado de los docentes: ¿Qué vale más? ¿Una nota mediocre en el primer intento de ingresar en la Facultad o una nota buena en el tercer intento?

*«Yo pienso que el examen siempre tiene una cuestión de suerte muy importante. Además, yo tengo una crítica muy fuerte al examen, que es: ¿Quién tiene más valía? ¿Un chico que pasa con casi la última nota en el primer intento, o aquel chico que va intentando por 3 años y pasa con la segunda mejor nota? Porque si es que nosotros estamos basándonos en el examen y dejando que, aquellos que van por su segundo o tercer intento tengan igual de valía al momento de ingresar que aquellos que ingresan por primera vez, estamos perdiendo muchísimos buenos candidatos.» Docente.*



---

Docentes y autoridades también reflexionan sobre la idea de un proceso de admisión más largo, de meses, como ya lo mencionamos. Y los a los docentes les gustaría ver un énfasis en las humanidades en el proceso de admisión.

*«Yo sí pondría énfasis en el aprendizaje humano, sus metas humanas, en un buen porcentaje, en un 30 por ciento.» Docente.*

Cabe señalar que el objetivo principal del apoyo público a la educación médica general es producir médicos capacitados para satisfacer las necesidades de atención de la salud del país y no satisfacer las preferencias personales de los graduados por las especialidades de su elección (193).

Vale recordar el Punto 8 de la declaración de Edimburgo:

*«Los procedimientos para el ingreso en las escuelas de medicina deben ser basados en la misión y capacidad de la institución y en los objetivos para la fuerza de trabajo nacional en el sector de la salud. El sistema de matrícula abierta es obsoleto. Los procedimientos de selección son esenciales y son apoyados en todas partes, sin embargo en demasiadas escuelas de medicina estos procedimientos son arbitrarios y en el peor de los casos caóticos.*

*Acción: Los principios para la selección deben ser claros, equitativos y válidos. Las escuelas de medicina deben elaborar criterios de admisión que tengan características tanto docentes como no intelectuales, como son el compromiso social y el estatus de minoría. Se deben estudiar en todas las escuelas de medicina las técnicas de valoración de la actitud para lograr una validez en la identificación de las necesarias cualidades no cognoscitivas de los posibles matriculados.» (139)*

---

El proceso de admisión de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay ni es arbitrario ni caótico. A pesar de esto, padece de definiciones esenciales, como el perfil de estudiante.

### 4.3.3. TEMA - Contenidos de enseñanza

**Tabla 11: Códigos de “ciencias básicas” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Ciencias básicas: Orientación a la práctica	6	3	4	4	17
Ciencias básicas: Pilar de la formación médica	2	3	6	1	12
Ciencias básicas: Integración vertical	4	3	0	1	8
Ciencias básicas: Reducir el tiempo repetir en la clínica	1	0	2	1	4
Ciencias básicas: Exceso de contenidos	2	1	0	0	3
Ciencias Básicas: Incrementar tiempo de enseñanza	2	0	1	0	3
Ciencias básicas: Necesarias para la comprensión de la medicina	0	2	1	0	3
Ciencias básicas: Integración horizontal	0	0	0	2	2
Ciencias básicas: Profesores de la clínica tienen que seguir enseñándolas	0	2	0	0	2
Ciencias básicas: Debilidad de la Facultad	1	0	0	0	1
Ciencias básicas: Demasiada materia en poco tiempo	0	0	0	1	1
Ciencias básicas: Filtro para eliminar estudiantes	1	0	0	0	1
Ciencias básicas: Oposición de profesores a la integración vertical	0	1	0	0	1
Ciencias básicas: Perfil de egresado es la única orientación	0	1	0	0	1
Ciencias básicas: Semiología como puente de integración con clínica	1	0	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>60</b>

El punto más importante para todos los grupos entrevistados es la orientación práctica de las ciencias básicas. También la noción de que constituyen un pilar importante para la formación médica, en el sentido mismo de Flexner.

*«Pero hay que encontrarle una utilidad también a este conocimiento. Porque un estudiante puede saber las fórmulas más complejas de la química. Pero si no sabe en qué parte del organismo cada una de estas sustancias bioquímicas se encuentra, o para qué sirven aquellas, no va a poder aplicar las ciencias básicas hacia las ciencias clínicas.» Autoridad.*

---

*«[...] justamente por el tiempo que era tan pequeño, nos llenaron mucho de teoría y para el alumno también era muy cansado. Pienso que debería ser un poco más con casos, con prácticas, para poder complementar, y eso sí se podría traer alargando un poquito más el tiempo de las ciencias básicas.» Estudiante.*

*«Estoy convencido de que las ciencias básicas son pilar para la formación del médico, para que el médico entienda bien las ciencias derivadas después» Docente.*

*«Bueno, yo creo que las ciencias básicas son eso: ¡Son básicas! Es necesario aprenderlas. Es necesario aprenderlas. Tengo la certeza de que si se aprenden bien las básicas, la medicina es una ciencia bastante lógica. Si tenemos la base, el diagnóstico es mucho más fácil. Es como una ecuación casi. Entonces considero que las ciencias básicas son muy, muy importantes.» Docente.*

En la mente de las autoridades y exautoridades la integración vertical de estas ciencias es importante.

*«Entonces, la tendencia que se tiene actualmente en los nuevos modelos en los cuales se dan conocimientos necesarios básicos, elementales, asociados fuertemente a la proyección clínica, para que se conviertan en núcleo de base en las Ciencias Básicas, y luego posteriormente se los vuelve a rescatar en las partes clínicas haciendo una aplicación ya fisiopatológica, fisiológica, anátomo-patológica, etcétera, dando los contenidos que son prácticos para la carrera.» Autoridad.*

*«Nuestra intención, justamente, iba en el sentido de que para poder integrar había que enseñar las ciencias básicas en base a casos clínicos, en base a elementos clínicos. Es decir, tratar de introducir al estudiante ya desde las ciencias básicas elementos y conceptos de la medicina interna, de la obstetricia, de la ginecología en función de casos, en*

---

*función de problemas que lleven consigo un interés del estudiante por el aprendizaje de las ciencias básicas. Si es que existen este insumo, el estudiante tiene intención, deseos de estudiar algo no es eminentemente teórico, sino que tiene una práctica, en el fin. Eso ha sido el elemento clave en la educación de los anglosajones, el estudio de las ciencias básicas, pero siempre integradas y relacionadas con la clínica.»*  
*Exautoridad.*

En este contexto es interesante mencionar que la integración horizontal lograda entre la morfología y la fisiología no le llamó la atención a nadie, excepto a los estudiantes.

*«[...] como están ahora estructurando las cosas con la morfología y la fisiología permite tener una mejor cohesión de los conocimientos porque ya no es tan disipado el conocimiento, y entonces se tiene a la anatomía y se tiene a la fisiología y entonces es mucho más fácil entender y tener mayor comprensión del tema.»* Estudiante.

No existe acuerdo sobre la duración de la enseñanza de las ciencias básicas. Algunos se inclinan a recortar el tiempo, otros están contentos con el estatus quo, otros desean ampliar el tiempo de enseñanza. Identifican las ciencias básicas como una de las grandes debilidades de nuestros estudiantes.

*«[...] me parece que es adecuada esa tendencia a reducir el volumen de las ciencias básicas.»* Autoridad.

*«Y quizá no sólo que los dos años tal vez no sean suficientes, sino que hay contenidos que están siendo abordados en las ciencias básicas en esta Facultad un poco superficialmente. Porque hasta donde he podido yo tener un feedback de los estudiantes que van a tratar de hacer sus posgrados en otros países, las ciencias básicas son una de nuestras*

---

*debilidades, y en donde más cuesta trabajo a los estudiantes a aprobar esas asignaturas.» Autoridad.*

*«[...] estoy completamente de acuerdo en que sean dos años. De hecho, yo pienso que debería ser inclusive, en esos mismos dos años, una mayor carga horaria.» Docente.*

Otro aspecto importante, demostrado por las exautoridades, es la necesidad de una continuidad en la enseñanza de las ciencias básicas en el contexto de la clínica.

*«Yo considero de que la formación en las ciencias básicas no se termina, no puede terminarse en cuatro ciclos, como el caso de la Facultad, sino que en el transcurso de la formación, los diferentes profesores tienen que seguir enfatizando sobre ellos. A mí me parece que si es que no logramos que los todos los docentes incorporemos, articulemos el asunto de las ciencias básicas en el conocimiento clínico, en el conocimiento de otras asignaturas, como en la epidemiología, como asignaturas como la metodología de la investigación, la medicina basada en evidencias, el asunto de lo básico como que se va perdiendo y se va restando interés.» Exautoridad.*

**Tabla 12: Códigos de “docentes” por grupos de entrevistados***(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)*

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Docentes: Falta de visión	1	4	8	0	13
ABP: Docentes deberían ser médicos de atención primaria en su mayoría	0	2	5	4	11
Docentes con dedicación	1	4	4	0	9
Manejo no farmacológico: Obligación del profesor conocerlo	1	1	4	1	7
Docentes: Muchos no comprometidos	0	5	1	0	6
Docentes: Compromiso difícil si no están vinculados completamente a Facultad	0	4	0	0	4
Docentes: <i>Desacuerdo</i>	0	0	0	4	4
Docentes: Tiene que dar a consciencia	1	1	2	0	4
Defectos: Docentes carentes de pedagogía	0	0	0	3	3
ABP: Estudiantes exigen subespecialistas como docentes	1	1	0	0	2
ABP: Mala actitud de docentes	0	0	0	2	2
Docente: Tiene compromiso cuando se le trata bien	0	2	0	0	2
Docente: Tiene que amar la materia	0	1	1	0	2
Docentes: Casi todas son subespecialistas	0	0	2	0	2
Docentes: Deben conocer perfil de egresado	0	1	1	0	2
Defectos: Alumnos abandonados por docentes	0	0	0	1	1
Defectos: Docentes como ídolos de barro caerán	0	1	0	0	1
Docente: "Educador médico"	0	1	0	0	1
Docente: Tiene que formarse como profesor	1	0	0	0	1
Docentes: Egoístas que no enseñan todo lo que deben	0	1	0	0	1
Docentes: Sin fase de inducción sobre perfil de egresado	0	1	0	0	1
Docentes: También aprenden en la enseñanza	0	0	1	0	1
Enseñanza: Docente logra impregnar sabiduría entre los estudiantes	0	1	0	0	1
Perfil de egresado: Preparar al estudiante según la misión de la Facultad	0	1	0	0	1
Subespecialista: No debería ser docente de pregrado	0	1	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>6</b>	<b>33</b>	<b>29</b>	<b>15</b>	<b>83</b>

Es interesante que los docentes, incluyendo las autoridades y exautoridades, acusen a ciertos docentes de falta de visión. Aquí también pertenece la impresión de la falta de dedicación de muchos profesores.

*«He escuchado a profesores que incluso me caen bien, me han dicho así. ¿Por qué doy clases en la UDA? Porque está al lado del Hospital del Río. Sólo tengo que cruzar y ya.» Docente.*

*«Yo creo que para ser profesor de la Facultad, para ser un profesor universitario, o sea, no necesito horas vacías en mi actividad diaria,*

---

*cotidiana. No puede ser que por el hecho de que tengo horas vacías, entonces voy a buscar unas horitas de clases para colaborarles, para ser que se sientan importantes teniendo a mí en el interior de esta Facultad en la formación, no, no necesitamos.» Exautoridad.*

*«Pienso esto radica justamente en la falta de visión común. No tenemos eso, o hasta cuando yo estuve aquí, no había eso. Cada quien, como usted mismo decía, muchos de los profesores no conocen el perfil de salida.» Docente.*

Los docentes deberían ser, en su mayoría, médicos de atención primaria. Así opinan docentes y exautoridades, pero las autoridades optan por el silencio al respecto. Incluso refieren que los mismos estudiantes exigen subespecialistas para sus ABP. Eso contradice francamente los que expresan los estudiantes.

*«Yo creo que al respecto hay necesidad de que los profesores, en primer lugar, tengamos claros qué pretende esta Facultad. Si los principios de esta Facultad, si lo que fundamenta a esta Facultad es lo que corresponde a atención primaria de salud, o sea, cualquier docente que venga a este espacio tiene que estar claro en eso. Tiene que estar claro hasta dónde llega. Tiene que estar claro qué delimita. No una tendencia de un poco resaltar mi área, porque en eso es lo que más me desempeño.» Exautoridad.*

*«Les dijeron la importancia de que hagan lo que manejan los generalistas. Con un poco de recomendaciones del especialista. Solamente como usted dice, "icing on the cake". Un poco de perfección. Asignar el caso, y de ahí que se encargan los generalistas, pero entendiendo bien la situación. Pero eso no estaba sucediendo.» Docente.*



---

*«Estoy de acuerdo en que la mayoría de los profesores deberían ser médicos de atención primaria o médicos generalistas. Supuestamente para poderles dar esta visión mayor a los estudiantes.» Docente.*

*«Y también creo que, no sé, creo que los especialistas no son los más aptos, sino más bien un médico general que conozca y dé la misma importancia a todos los problemas.» Estudiante.*

*«Y es una pregunta muy, muy válida. Y es nuestra idiosincrasia. Porque desde el mismo estudiante, hicimos la prueba hace unos dos años, más o menos, pusimos a dos médicos familiares a trabajar en los ABP del octavo, que están básicamente orientados a lo que es la reumatología y la neurología. Y los primeros en protestar fueron ellos. ¿Que cómo es posible que venga un médico familiar para dar neurología? ¿Y cómo viene un médico familiar para dar reumatología? Exigían que sus profesores tengan que ser los de la especialidad correspondiente. Que los talleres de neuro tiene que dar el neurólogo. Que los talleres de endócrino tiene que dar el endocrinólogo.» Autoridad.*

¿A quién creer? A ambos. Entrevistamos a una muestra pequeña, y las opiniones entre los estudiantes pueden variar, incluso diría que seguramente varían. También es posible que, siendo yo docente del Externado Comunitario, respondan lo que ellos creen que yo deseo escuchar.

¿Pero acaso el cogobierno de los estudiantes ha llegado a tales alturas que ellos determinen qué profesor debe dar qué materia? No lo creo...

En todos los grupos entrevistados se menciona la importancia del manejo no farmacológico de las patologías.

*«No estoy diciendo que un profesor que no lo sepa [el manejo no farmacológico] no lo contraten. Más bien, si yo sé que él no está capacitado en esto, como autoridades deberíamos hacer talleres con los*

---

*profesores. Con los profesores, para que sepan lo que es la parte no farmacológica y le den una importancia, que podría ser muy útil en el mismo hecho de que ellos llegan a trabajar en este punto.» Docente.*

Y los estudiantes profieren una cantidad enorme de quejas sobre los docentes: Que existen desacuerdos entre ellos y no enseñan los mismos principios, que tienen mala actitud, que abandonan a los estudiantes en vez de acompañarlos en las clínicas, etc. No voy a analizarlas, no forman parte de los objetivos de la tesis. Sin embargo, vale la pena conocerlas y darles el debido crédito. Es algo, desconocido por muchos, que corroe el tejido mismo de la Facultad. De hecho, un estudio que aborda este problema ya está en camino.

**Tabla 13: Códigos de “humanidades / humanismo” por grupos de entrevistados***(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)*

Código	Au	EX	Do	ES	Totales
Humanidades: Una necesidad	8	5	14	0	27
Humanidades: Falta su enseñanza	3	6	10	0	19
Humanidades: Abren el horizonte	2	2	8	0	12
Humanidades: Buscar visión amplia y empatía en estudiantes y médicos	2	4	5	0	11
Ejercicio: Equilibrio difícil entre humanismo y tecnología	2	0	6	0	8
Admisión: Evaluar el potencial humano y profesional del futuro estudiante	1	1	4	0	6
Alumnos: Humanismo empeorando	0	4	1	0	5
Humanidades: Espiritualidad	0	0	4	0	4
Alumnos: Falta la base humana	0	2	1	0	3
Humanidades: Psiquis humana	0	0	3	0	3
Humanidades: Universalidad de la universidad	0	2	1	0	3
Admisión: Humanidades	0	0	2	0	2
Humanidades: Deben ser obligatorias	0	1	1	0	2
Humanidades: Menospreciadas por el estudiante	1	1	0	0	2
Humanidades: Mostrar la cara humana del médico al paciente	0	1	0	1	2
Admisión: Humanidades en el curso propedéutico	0	0	1	0	1
Comercio: Mujer más humana, empieza a dominar en medicina	0	1	0	0	1
Humanidades: Enseñadas por médicos	0	1	0	0	1
Humanidades: Enseñanza como discusión o foro	0	0	1	0	1
Humanidades: Enseñar en los primeros años	0	1	0	0	1
Humanidades: Estudiantes de países vecinos mejor preparados	0	1	0	0	1
Humanidades: Hay que mostrar humanidad para poder enseñarla	0	1	0	0	1
Humanidades: Nunca ha habido espacio para ellas en la Facultad	0	1	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>19</b>	<b>35</b>	<b>62</b>	<b>1</b>	<b>117</b>

Por razones de lograr una mayor compactación de los contenidos, la categoría “humanidades / humanismo” abarca materias como la antropología, la sociología, la historia de la medicina, la cultura general, etc., pero también se integran bajo este título las actitudes humanistas del médico.

Los estudiantes, salvo en un caso aislado, no se pronuncian sobre el tema. A continuación se analiza el punto de vista de autoridades, exautoridades y docentes.

---

Existe el reconocimiento unánime de algunos puntos importantes: La enseñanza – y la práctica – del humanismo médico es una necesidad, la enseñanza de las humanidades es deficiente en la Facultad y enriquecería enormemente la calidad de la enseñanza, que abren el horizonte de todos, del estudiante y del docente.

*«Pero el comunicarse con el paciente, el entender el entorno en el que vive el paciente, el entender más allá de la medicina, el arte, el deporte, la estética, son importantes. El humanismo.» Autoridad.*

*«Prácticamente desaparecieron, sí. Por la estructura de las cargas horarias de medicina sobre todo.» Autoridad.*

*«Yo les veo al menos que tuvimos el intento de darles humanidades con los de acá. No puedes conversar de nada. Estamos hablando de gente que, para entrar en el posgrado, ya han pasado tres, cuatro años de ejercicio profesional. No puedes conversar de otras cosas. No puedes conversar de cosas de cultura general.» Docente.*

*«Acá intentamos, justamente, como Facultad tratar de retirar ese gap en donde voy a estudiar lo biológico, a veces hasta dejando lo psicológico fuera y lo social más fuera todavía. Siempre enfocado en la teoría, en el texto, en el elemento práctico visible, tangible y palpable. La cultura general es una forma para que el estudiante no solo sepa de medicina, sino que también comportarse en las reuniones con la familia y hablar de otras cosas. Son importantes también.» Exautoridad.*

La espiritualidad, como expresión característica humana, recibe poca atención en las entrevistas. Solo el grupo de los docentes se pronuncia al respecto.

*«Entonces yo creo que ese tipo de temas y ese tipo de aspectos, que el otro es la espiritualidad del ser humano, por ejemplo, son cosas que no se han tratado como temas, Yo creo que eso nos haría ver al individuo y a*

---

*lo mejor nos hace ver también a la medicina desde otra perspectiva.»*

*Docente.*

*«Entonces tenemos inquietudes en cuanto a la psicología y tenemos inquietudes en cuanto a la espiritualidad. Y tenemos inquietudes al papel del ser humano dentro del contexto ya en el que le toca vivir, es decir, dentro de una sociedad. Entonces todos estos otros aspectos del ser humano son los que deberíamos de alguna forma mostrarle al estudiante para que tenga esta visión global y no quiera solo irse hacia curar enfermedades.» Docente.*

El fenomenólogo y neurólogo alemán Erwin Straus fue pionero en la medicina antropológica y la psiquiatría. Desarrolló un enfoque holístico de la medicina, crítico del reduccionismo y mecanicismo, para entender y tratar a los seres humanos. La siguiente cita vibra con lo que es la esencia de la actitud humanista. Expresa la importancia no solo del ver, sino también del saber escuchar:

*«El color, para la vivencia, es un atributo de las cosas, el sonido es su expresión. Los colores se adhieren, los sonidos se separan, pueden ser escuchados como tales. Vemos la orquesta, escuchamos la sinfonía. Los músicos y sus instrumentos están y permanecen uno al lado del otro, separados; los sonidos penetran en la interacción de los acordes. El ojo nos da la estructura del mundo, el esqueleto de las cosas, con el oído percibimos su latido, su pulso. El lenguaje por lo tanto ama designar colores adjetivamente, y los sonidos a través del verbo (194).*

#### 4.3.4. TEMA - Metodología de la enseñanza

**Tabla 14: Códigos de "ABP" por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
ABP: Mal enfocado	0	1	1	11	13
ABP: Docentes deberían ser médicos de atención primaria en su mayoría	0	2	5	4	11
ABP: Sin coordinación	0	0	0	5	5
ABP: Medicina integrada no existe	0	0	0	3	3
ABP: Necesario	2	0	1	0	3
ABP: Subespecialistas como asesores	0	1	1	1	3
ABP: Estudiantes exigen subespecialistas como docentes	1	1	0	0	2
ABP: Mala actitud de docentes	0	0	0	2	2
ABP: No reemplaza la cabecera de cama	0	0	0	1	1
ABP: También para ciencias básicas	0	1	0	0	1
ABP: Temas tienen que basarse en perfil de egresado	0	1	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>27</b>	<b>45</b>

Esta categoría es muy especial en cuanto a la participación mayoritaria de los estudiantes en las opiniones. No sorprende en vista de que son ellos que a diario gozan o sufren del ABP, el aprendizaje basado en problemas. Ya hemos mencionado con anterioridad las múltiples quejas que los estudiantes profieren contra los docentes, y en el caso del ABP encontramos el fiel reflejo de esta situación.

Las autoridades casi no se pronuncian al respecto, solo afirman la importancia del ABP. Los docentes y las exautoridades reconocen que existe el problema del mal enfoque del ABP, temas mal seleccionados, temas llevados hacia el territorio de la subespecialidad, etc. También reconocen, justo por lo que acabamos de escribir, que los profesores del ABP deberían ser médicos de la atención primaria. Sin embargo, esto no se da.

---

Pero es alarmante que 11 de los 12 estudiantes entrevistados identifiquen un mal enfoque dada a esta metodología valiosa, que muchos deploran la falta de coordinación en la docencia, la ausencia de integración y, para no olvidarnos, la mala actitud de los docentes.

Considerando que este tópico excede el ámbito de este estudio, no lo analizaremos. Pero dejamos constancia de este problema grave y de las quejas justificadas de los alumnos.

**Tabla 15: Códigos de “defectos” por grupos de entrevistados***(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)*

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Defectos: Profesores poco preparados en manejo no farmacológico	6	3	10	0	19
Defectos: Estudiantes poco preparados en manejo no farmacológico	3	3	8	2	16
ABP: Mal enfocado	0	1	1	11	13
Defectos: Enseñanza es hospitalaria en su mayoría	3	1	2	0	6
Defectos: Facultad prepara futuros subespecialistas para la medicina privada	2	0	4	0	6
ABP: Sin coordinación	0	0	0	5	5
Defectos: Entrevista con el paciente deficiente	1	1	3	0	5
Defectos: Escasa enseñanza de medicina ancestral	0	4	0	1	5
ABP: Medicina integrada no existe	0	0	0	3	3
Defectos: Docentes carentes de pedagogía	0	0	0	3	3
Defectos: Enseñanza de la salud, no solo de enfermedad	0	0	3	0	3
Defectos: Enseñanza tradicionalmente enfocada en la medicatura rural	0	3	0	0	3
Defectos: No se practica lo que se habla	0	0	0	3	3
ABP: Mala actitud de docentes	0	0	0	2	2
Defectos: En la enseñanza siempre habrá vacíos	0	0	2	0	2
Defectos: Farmacoterapia con dimensión casi abarcativa	0	2	0	0	2
Defectos: Alumnos abandonados por docentes	0	0	0	1	1
Defectos: Consulta fraccionada en subespecialidad	1	0	0	0	1
Defectos: Docentes como ídolos de barro caerán	0	1	0	0	1
Defectos: El interno es un estudiante que debe estudiar	0	1	0	0	1
Defectos: Enseñanza en el Ecuador no comparable con Europa o EEUU	0	0	1	0	1
Defectos: Enseñanza inadecuada, fuera de contexto	0	0	1	0	1
Defectos: Estudiar los últimos "journals" sin tener la base	0	1	0	0	1
Defectos: Generalista ha perdido su lugar en la enseñanza	0	1	0	0	1
Defectos: Interno como empleado barato	0	1	0	0	1
Defectos: Interno prefiere el sueldo sobre el estudio	0	1	0	0	1
Defectos: Muy pocas horas para nutrición	0	1	0	0	1
Defectos: Semiología no es patrimonio de ninguna especialidad	0	1	0	0	1
Defectos: Subespecialistas han conquistado la Facultad	0	1	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>16</b>	<b>27</b>	<b>35</b>	<b>31</b>	<b>109</b>

En el centro de los defectos reconocidos está la falta de conocimiento de los métodos no farmacológicos en el manejo de los pacientes por parte de los docentes (es interesante que los estudiantes opinen que los docentes son competentes en este aspecto) y de los estudiantes.



---

*«Cambio de estilo de vida... y no sabemos cómo cambiar. Completamente, sí, es muy deficiente. Muy deficiente nuestra preparación como profesores. Como no sabemos, tampoco sabemos enseñarlo.» Docente.*

*«Y además los profesores no saben. Es decir, si yo no enseño a un paciente que él tiene síndrome metabólico, no le enseño cómo es la dieta Dash, cómo se prepara una dieta Dash, cómo llevar a cabo el ejercicio, cómo prepararle al abordaje al paciente por el asunto de su tabaquismo, y solo nos limitamos a medicarle, ¿para qué sirve?» Exautoridad.*

*«Si No sabemos manejar estilo de vida, que es esencial, la terapia no farmacológica, no sabemos manejar, no vamos a poder mejorar esta situación. Y si seguimos con esta mentalidad, de que quienes son encargados de manejar, eso no creo que no vayamos a poder mejorar.» Docente.*

Los estudiantes no lo ven, pero los demás reconocen que la enseñanza es hospitalaria en su mayoría, lo que no concuerda con el perfil de egresado vigente.

*«No, pues, es altísima. Porque en quinto estamos en hospital; en sexto estamos en hospital; en séptimo estamos en hospital y la mitad en comunidad; en octavo, la mitad en comunidad, y la otra a hospital; en noveno y décimo, otra vez al hospital.» Autoridad.*

*«Es bajísima. En quinto, por ejemplo, tenemos el [Hospital] Militar, tenemos Donum y una consulta más. Lo demás es hospitalario. En el externado, todo es hospitalario.» Autoridad.*

*«Lo que se debe cambiar es cómo se maneja ese pénsun, la composición del pénsun, qué se tiene que hacer ahí. Porque si comenzamos a meter muchas cosas de especialistas, no se está cumpliendo con lo que se está ofreciendo a la población. Entonces ahí, como le dije, el 75% del tiempo*

---

*los estudiantes pasan a nivel hospitalario, y estamos diciendo que va a egresar un médico de atención primaria. Y no se está poniendo en práctica esa parte. Podría ser que sea 50:50, porque también necesitan saber la parte hospitalaria para poder actuar en la parte comunitaria.»*

*Docente.*

Autoridades y docentes reconocen que la Facultad está formando futuros subespecialistas, no médicos de atención primaria como la Facultad misma declara ser su objetivo.

*«Sin embargo, si uno les pregunta a nuestros estudiantes: su meta es voy a ir a hacer neurocirugía en los Estados Unidos» Autoridad.*

*«Entonces, ellos [los subespecialistas] tienen en su cabeza enseñar lo que ellos saben, ¿no? Y nada más. Porque ellos también en su cabeza tienen que este estudiante tiene que hacer un posgrado y no quedarse ahí.» Autoridad.*

*«Se supone que son médicos con esta perspectiva comunitaria, medicina familiar, que se supone que damos la prioridad a este tipo de cosas. Pero yo he leído también, no sé, una vez, no me acuerdo cómo era: Primero dice eso. Pero luego. ¡Ay!, dice el top... yo... mi experiencia fue esa. Cuando nosotros entramos, nos decían en ciertas materias, en ciertas conferencias, la utilidad del médico familiar, el por qué es importante, o sea, qué podemos lograr con esto en el sistema. Pero luego había la presión de que tenías que ser un especialista de lujo. Tenías que hacer el posgrado en los mejores hospitales de Estados Unidos. O sea, ese era el lugar al que nos estaban encaminando. Yo me acuerdo perfectamente como un estudiante alzó la mano, porque nos dijeron siempre en estas conferencias de cómo nos inscribimos al Kaplan, de qué se tratan los Steps, del USMLE, y un estudiante alzó la mano y dijo: ¿Pero qué pasa si yo no me quiero ir a Estados Unidos? O sea, ¿cuáles son las otras*

---

*opciones para mí? Y los profesores, que eran autoridades de esta Facultad, nos dijeron: ¿Para qué quieren irse a otro lado? No van a ganar en otro lado. No son buenos los programas. Entonces cómo puede ser que encima... o sea, se supone que decían que debemos darle bastante atención a lo que es el primer nivel de atención, y luego no solo nos encaminan hacia las especialidades, subespecialidades. Encima nos encaminan a qué país nos debemos ir.» Docente.*

Se reconoce déficit, como en la entrevista con el paciente, la enseñanza de la salud y no solo de la enfermedad, la escasa enseñanza de la medicina ancestral con la que todo médico se va a enfrentar, por lo menos cuando trabaja en la medicatura rural.

*«Y hablando también de Comunidad, Comunidad es otro mundo completamente diferente al que estamos acostumbrados. Hay personas que tratan de curarse con aguas, o siguen otros tratamientos, o escuchan mucho a sus tradiciones. Entonces la medicina tradicional como una materia se la puede impartir simplemente, en otras Universidades y Facultades está la medicina ancestral, que enseñan como abarcar al paciente de la zona rural, qué tipo de efectos causan las aguas que toman, que si de cierta forma sí ayudan. Entonces eso también debería irse complementando, sobre todo para la parte comunitaria.» Estudiante.*

*«Pero también deberíamos procurar que esta Facultad permita un acercamiento, posibilite, facilite un acercamiento con los agentes ancestrales de salud. Para que vean que hay algunas cosas, para que los estudiantes sientan cómo es ese proceso de transición. La versión externa era una cuestión que la realizaban nuestras parteras, nuestras comadronas en la comunidad.» Exautoridad.*

*«Más hacia el manejo de la ultraestructura y la medicación y la última técnica quirúrgica y el robot y cosas por el estilo, cuando es muy*

---

*probable que la medicina ancestral pudiera compaginar, puede ser una parte importante también en el manejo de los pacientes. Considerando la cultura incluso, los mismos pacientes. Es decir, es bien importante. Estamos pobres en eso.» Exautoridad.*

Los estudiantes asimismo deploran la falta de concordancia entre los docentes.

*«Y además, en cuanto a las rotaciones, eso es complicado, porque en algunas rotaciones ya tenemos listos ya la idea, pero es como “examine”, pero no estamos ya haciendo listas de problemas, diagnósticos o aplicando las cosas que estamos aprendiendo aquí en el ABP. Entonces también hay falencias en eso» Estudiante.*

*«Y otro problema que el que también he estado yo, en mi opinión al menos, es la concordancia entre lo que se dice. Porque, por ejemplo, si en un ABP vemos ciertos valores, por ejemplo, de la patología clínica, y vemos otros valores que no nos concuerdan en las rotaciones, y usamos otros valores, a la final no lo sabemos con qué quedarnos y más nos confunden.» Estudiante.*

*«Creo que tendría que mejorar la sinergia tanto en la parte teórica, porque pienso que aquí estamos bien, pero en la parte práctica los mismos profesionales no están haciendo lo que dicen.» Estudiante.*

Hay que preparar al estudiante para la medicatura rural, pero esto no significa ajustar la enseñanza para la medicatura rural.

*«En este sentido, siempre la medicina ecuatoriana, no sé si la medicina latinoamericana, ha ido formando al médico con la intención de prepararle para la rural. Pero es mucho impartir seis años de preparación para un año, y un año realmente que unos lo hagan y otros no lo hagan» Exautoridad.*

---

*«Y dentro de la misión de la Facultad, hay que tener en cuenta que cuando el estudiante termina la carrera, va a hacer la medicatura rural. Y ahí es donde las papas queman. Porque no aprendió a lo largo de... eso me pasó a mí. No me aprendí a lo largo de la carrera cómo abordar al paciente en el campo. Que es donde la mayoría de las veces está el paciente. Eso fue un defecto severo que tuve en función de no haberme formado. Es muy importante que no todo sea hospitalario. Y eso depende del perfil del estudiante. En la Universidad de San Francisco, posiblemente, es muy importante para ellos, solo es un ejemplo, no digo que sea así, de que el 80% o el 90% sea medicina hospitalaria. Porque allí salen formados así. En el Hospital Voz Andes los médicos familiares son en realidad... no son tan familiares como parece, más bien son médicos familiares que trabajan a nivel intrahospitalario» Exautoridad.*

**Tabla 16: Códigos de "laboratorio" por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Laboratorio: Prácticas tienen que ser aplicables	3	2	6	2	13
Laboratorio: Prácticas innecesarias	2	2	4	0	8
Laboratorio: Prácticas necesarias	3	1	4	0	8
Laboratorio: Hace falta la disección	2	1	2	0	5
Medicina de laboratorio: Necesaria	1	0	2	0	3
Laboratorio: Hay que mejorar algunas prácticas	1	0	1	0	2
Laboratorio: Prácticas como elemento motivador	0	2	0	0	2
Medicina de laboratorio: Solo confirma lo sospechado	0	2	0	0	2
Ejercicio: Medicina de laboratorio - Parte de la práctica médica diaria	1	0	0	0	1
Laboratorio: Más prácticas necesarias	0	0	1	0	1
Laboratorio: Prácticas solo útiles cuando se disponga de espacios y equipos adecuados	0	1	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>46</b>

Los estudiantes afirman que las prácticas de laboratorio tienen que ser aplicables a la práctica profesional. Los demás entrevistados están de acuerdo. Estos además identifican prácticas necesarias e innecesarias.

*«Esas prácticas deben existir. Estas prácticas me parecen pertinentes, me parecen adecuadas, siempre y cuando estén bien orientadas. Siempre cuando en una práctica de histología, por ejemplo, profundizamos mucho cada característica celular, si profundizamos mucho para qué sirve cada función del elemento celular, pero no explicamos en esa práctica, por ejemplo, que ese tejido se altera en cierta característica fisiopatológica, que no le vamos a encontrar un sentido a esa práctica. La práctica debe ir orientada a poner en práctica y entender el conocimiento teórico. Pero con la orientación hacia el área clínica.» Autoridad.*

*«Interpretar una placa de patología, con todo respeto a los patólogos, pero eso un estudiante que quiere ser médico, no va ver nunca más, excepto que se haga patólogo. Esa es la realidad. ¿De qué sirve aprender este tipo de cosas?, que en la vida real no va a ver jamás. Peor aún,*

---

*preparar tejidos y cosas que muchas veces les puedan exigir que hagan en el laboratorio.» Exautoridad.*

*«Bueno, no todas las prácticas tienen la misma importancia. Para mí, las prácticas en imagenología van a ser mucho más importantes que, por ejemplo, las prácticas en biología. Pienso que hay materias cuya importancia teórica es mucho más que otras. Aquí la imagenología es ver imágenes; la biología es entender conceptos celulares. Por ahí es, si se ven o no se ven, si yo veo un espermatozoide moviéndose en el microscopio, no me va a cambiar mi concepto. Pero si yo no veo 50 radiografías de tórax, no voy a entender imagenología probablemente.»  
Docente.*

*«Igualmente el tema de las prácticas en las Ciencias Básicas tiene un tono similar al tema de los contenidos. Ahí hay prácticas muy valiosas en las Ciencias Básicas que tienen aplicación clínica directamente posteriormente» Autoridad.*

Se deplora la falta de disección. Pero esta es algo impuesto por la situación legal en el país.

*«El cadáver es un ser humano inanimado. A ver, sin alma, no lo sé. Pero, acuérdate que tratábamos con cadáveres. Acuérdate que le teníamos que tener un respeto porque estaban sacrificando su vida por nosotros.»  
Docente.*

*«[...] nuestras prácticas de morfología las realizamos en cadáveres. De ese tipo de prácticas no nos olvidaremos jamás» Autoridad.*

*«[...] yo me forme con cuestiones orgánicas, con cadáveres, con esa situación, y me parece que eso definitivamente es irremplazable.»  
Exautoridad.*

La medicina de laboratorio es identificada como absolutamente necesaria, por supuesto. Por otro lado, se reconoce que solo confirma lo sospechado.

---

*«En la actualidad todo lo que son las pruebas estratégicas de diagnóstico se conoce como la medicina de laboratorio, es una parte importante de la medicina, e incluso algunos autores consideran como parte de la historia clínica las pruebas de laboratorio. Es lógico que la carga horaria de estas materias no sea en la misma proporción que las materias clínicas. Porque se consideran como de ayuda al diagnóstico clínico. Pero si son muy importantes. Usted dice: Yo conozco, yo sé, yo interpreto, un examen de laboratorio simple, cómo la biometría hemática.» Autoridad.*

*«[...] no desechar tampoco el laboratorio y la tecnología. Es importante. Más en esta época. Mucho más en esta época.» Docente.*

*«El laboratorio, lo único que hace, y yo me refiero en general lo que todos los métodos diagnósticos hacen, es confirmar lo que uno está sospechando.» Exautoridad.*

*«Y muchos médicos no tienen idea lo que pasa al paciente, y piden de todo a ver si por ahí lo atinan. Eso justamente es el problema cuando no se está en contacto con el paciente con todo, y no se aprende a hacer una buena historia clínica.» Exautoridad.*



**Tabla 17: Códigos de “mentoría” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Bioética: Mentoría mediante el ejemplo o bioética situacional	5	4	7	3	19
Mentoría: Necesaria en la vida	2	0	5	0	7
Mentoría: Cercanía que favorece el aprendizaje	1	3	2	0	6
Mentoría: Demasiado estudiantes	0	0	3	0	3
Mentoría: Ciencia puede perderse	1	0	1	0	2
Mentoría: Riesgo de currículum oculto	2	0	0	0	2
Mentoría: El saber ser para enseñar el core profesionalismo	0	1	0	0	1
Mentoría: No existe	0	1	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>41</b>

Los entrevistados comentaron exhaustivamente sobre la mentoría por el ejemplo y lo que yo llamo la bioética situacional. La bioética situacional se refiere a la enseñanza de la bioética en el contexto de una situación específica de un caso clínico. Muchos docentes, y también los estudiantes, consideran esta forma la mejor para enseñar la bioética, rompiendo las ataduras de la teoría y yendo *in medias res*. Pero este tema analizaremos en el siguiente acápite «Bioética».

Los estudiantes no se pronuncian sobre la mentoría. Entre los demás entrevistados existe acuerdo en que la mentoría constituye una valiosa metodología de la enseñanza, especialmente por efecto del ejemplo y la cercanía del estudiante con el mentor. De hecho, es una forma imprescindible de enseñanza en la vida diaria.

*«Bueno, la cercanía favorece el aprendizaje. La cercanía favorece la valoración de otras prácticas en salud. No sé si médicas, en realidad. Lo que hacen los agentes ancestrales, son agentes ancestrales en salud, porque así los hemos denominado los occidentales. Ellos tienen otras denominaciones: el chamán, el yáchag. Entonces, ¿la cercanía favorece el aprendizaje? Claro que sí. Y no solamente en la práctica clínica. La cercanía favorece el aprendizaje de la conducta, favorece el relacionamiento humano, favorece no solamente evaluar el dolor como*

---

*expresión biológica de un problema, sino también la dolencia, como la expresión imaginaria de lo que sienten las personas cuando están con algún problema que les limita en diferentes aspectos [...] Entonces, a mí me parece que eso muy conveniente, el acercamiento.» Exautoridad.*

*«Mi opinión es que un estudiante de medicina tenga un mentor. Solemos decir sobre un determinado profesor: le escuché, le vi hacer, su trato con los pacientes era cordial, el examen físico lo realizaba de esta manera. Es importante que se tenga una persona de la que aprendemos, es decir, un maestro. Este último debe irse formando para que adquiera experiencia y sabiduría.» Autoridad.*

*«Bueno, yo creo que no es tan anacrónico. Que de alguna manera seguimos pensando que hay maestros y podríamos aprender mucho de ellos. Creo que no es descabellado pensar que podríamos tener eso ahora, y creo que también es difícil.» Docente.*

*«Yo estoy completamente de acuerdo que uno necesita no solamente una guía como alguien a quien ver, sino como alguien a quien uno quiere parecerse, como una especie de mentor. Y estoy convencido que eso es necesario en la vida.» Docente.*

Sin embargo, las autoridades, exautoridades y docentes no pierden de la vista el lado oscuro de la mentoría:

- El gran número de estudiantes.
- Puede convertirse en un freno de la ciencia porque mediante la mentoría puede transmitirse la opinión del mentor, aun cuando sea falsa, al estudiante por la posición de autoridad del maestro.
- Asimismo es posible que se transmita un currículum oculto.

Así escribe Lawrence G. Smith:

«Etapa 3: Miembro del equipo

---

En la etapa 3, los estudiantes comienzan a darse cuenta de que la profesión de la medicina es un “club” al que les gustaría unirse. Quieren ser aceptados por el equipo y entienden que la medicina tiene su propia manera de entender el mundo y de acercarse a los pacientes. También entienden que hay una cultura social dentro del mundo de la medicina en la que desean participar.

Es en la etapa 3 que las influencias positivas y negativas del currículum oculto tienen tanto poder; los estudiantes harán casi cualquier cosa para encajar y ser aceptados por el equipo. La mayoría de los estudiantes de medicina clínica, internos y residentes están en la etapa 3 de desarrollo profesional. Esto debería ser obvio a partir del último término de elogio en tantos formularios de evaluación, “buen jugador de equipo”. En la etapa 3 de desarrollo, los médicos jóvenes pueden incorporarse gradualmente a la profesión de la medicina, cuidar de los pacientes de forma segura, enseñar a los miembros más jóvenes del equipo y establecer normas internas que permitan que el proceso de atención se lleve a cabo. Sin embargo, es durante este período que comportamientos que de otra forma habrían parecido aborrecibles, como la falta de respeto a los pacientes, el humor negro y muchas de las acciones de afrontamiento negativas adquiridas por los equipos clínicos jóvenes, se aceptan fácilmente como normales. Aquí en la etapa 3 la recompensa es ser aceptado por el equipo y ser parte de la profesión, pero aún no ser un profesional.» (195)

Unos ejemplos de la argumentación de los entrevistados:

*«Pero que tan factible es mantener esta idea de contratar a múltiples profesores para tener a los estudiantes. ¿Estamos en la capacidad de hacer eso? Me parece que no.» Docente.*

---

*«Entonces hay muchos hábitos que trasladamos a los estudiantes en formato de currículum oculto. Por ejemplo, el estudiante que persigue a su tutor y va viéndolo trabajar puede salir, se me ocurre, con el esquema de que tengo una persona con problema de tórax, y le pide una tomografía directamente, porque así trabajaba su mentor. Es muy frecuente que los nuevos residentes que entran en los servicios de emergencia del triaje de hospitales de gran volumen, inmediatamente aprendan los esquemas terapéuticos. Entonces ven a una persona que está con problema de amígdalas y saben que tienen que darle azitromicina, y es solo una tradición. Entonces eso quita todo el componente científico de la práctica. Y lo otro, lo laboratorial, me quita todo el juego de roles que uno tiene en la práctica. Porque la práctica ya no es un ensayo clínico. Pues no, ya es la vida real.» Autoridad.*

*«Sí, pero así como en el tema de la simulación, hay que buscar el equilibrio sano en esto. Porque metido en el laboratorio, yo me pierdo del mundo real. Es un ambiente artificial, es un ensayo clínico controlado con un paciente estrella, que no lo voy a encontrar luego en el mundo real. Y el riesgo en cambio de solamente trabajar en este modelo monástico del "fellow" que sigue a su maestro y le ve y todo el tiempo le mira y aprende de él, tiene el serio riesgo del currículum oculto. Y de este hábitus, de este hábitus implícito que se transfiere al estudiante. Entonces ninguno de nosotros como profesionales tenemos la verdad absoluta.» Autoridad.*

**Tabla 18: Códigos de “metodología” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Metodología: Enseñanza de manejo no farmacológico en la práctica	2	3	1	4	10
Metodología: En los sitios de trabajo	4	3	0	1	8
Metodología: Repetición es necesaria	0	1	3	2	6
Metodología: Estudiante con el paciente desde el primer año	0	1	2	0	3
Metodología: Acompañamiento pedagógico	2	0	0	0	2
Metodología: Corredor formativo	0	2	0	0	2
Metodología: Aprendizaje por observación	0	0	1	0	1
Metodología: Educación continua necesaria	1	0	0	0	1
Metodología: El médico se forma con el paciente	0	1	0	0	1
Metodología: Entrevista con el paciente como eje vertical	1	0	0	0	1
Metodología: Facultad limita el número de estudiantes en visitas al paciente	0	1	0	0	1
Metodología: Mediación pedagógica	0	1	0	0	1
Metodología: Recreación de los estudiantes mediante componentes culturales	0	1	0	0	1
Metodología: Todo médico tiene que vivir etapa de generalista	0	0	1	0	1
Metodología: Uso de expertos en temas	1	0	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>40</b>

Todos están de acuerdo con la importancia de enseñar el manejo no farmacológico en la práctica. De hecho, parece absurda la exclusión de materias como nutrición o actividad física y ejercicio del currículum teniendo en cuenta de que un reto mayor de este siglo sin duda serán las enfermedades crónicas, como la diabetes tipo 2, el síndrome metabólico, la obesidad, etc., que son consecuencias de un mal estilo de vida y que requieren de una intervención no farmacológica. Por fin se reconoce la importancia de romper el paradigma de la «farmacoterapia con dimensión casi abarcativa»:

*«Y creo que esto de la medicina alopática, la farmacoterapia ha tomado una dimensión casi abarcativa del total del problema. Y de alguna manera también los médicos hemos contribuido a que las personas se medicalicen, al punto que una persona va a consulta no tanto para que le escuche, o mejor dicho, para que le escuche el médico y a cambio de eso*

---

*quiere fármacos. Y cuando el paciente sale sin fármacos, daría la impresión, entiendo, que el paciente se siente como que, "¿Bueno, para qué vine? Pero me parece que ese es un elemento que se debería trabajar con mucha insistencia para lograr aprender a prescribir la terapéutica no farmacológica.» Exautoridad.*

*«Yo, por ejemplo, a mis estudiantes les decía: La diabetes se cura con un tratamiento no farmacológico. Yo inclusive les hablaba, y les hablaba a mis pacientes, de los cuatro pilares de la diabetes: Y les di el ejemplo de esas casas que están en los cañaverales en la Costa paradas en cuatro pilares. Y si se cae un pilar, la casa va al suelo. ¿Y cuáles eran esos cuatro pilares? Uno, el tratamiento farmacológico. Dos, el control médico. Tres, la dieta. Cuatro, la nutrición. Eso es fundamental. Es fundamental, y eso, lamentablemente, también se queda corto de plano.» Exautoridad.*

*«Entonces yo creo que hay que hacer un poco más de hincapié en primero ver la parte del estilo de vida y todas terapias no farmacológicas, para luego darle a un paciente una terapia farmacológica.» Estudiante.*

¡Es refrescante escuchar esto de la boca de un estudiante!

*«La formación en la terapéutica no farmacológica, hay que hacerla estrictamente en el campo. Eso tiene que ser en el campo, en los escenarios de los pacientes; y un lindo grupo de gente para trabajar esto es por ejemplo los grupos, los clubes de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Porque cuando uno trabaja en un club de pacientes con enfermedades no transmisibles, hace mucha puntualización en las medidas no farmacológicas. Allí es donde uno les desglosa, les habla de la importancia del ejercicio, cuál es la forma de ejercicio, cómo debería mantenerse, cómo monitorizarse, cuál es el tema de la alimentación. Se hacen talleres de cocina con ellos. Entonces esos espacios de clubes de pacientes con enfermedades crónicas no*

---

*transmisibles es el mejor espacio para aprender y entrenarse en esto. Ese es el mejor. No está en una guía.» Autoridad.*

La Declaración de Edimburgo, en su Punto 2, postula «los lugares del mundo real para la educación médica».

«La educación médica normalmente se circunscribe a los hospitales, con frecuencia se concentra en el nivel terciario y se caracteriza por enfocar enfermedades poco comunes y tratamientos costosos. Los hábitos de trabajo y los sistemas de apoyo no son aplicables al sistema de atención de salud como un todo.

Aunque tiene un innegable valor para el adiestramiento de la especialidad en la etapa de posgrado, la enseñanza en el hospital puede confundir a los estudiantes o frustrar el adiestramiento general.

Acción: Diversos medios, tanto médicos como no médicos (centros de trabajo, escuelas, poblados y hogares) posibilitarán el contacto de los estudiantes con un espectro más real de problemas de salud, condiciones humanas y modelos de rol profesional que les permitirá incrementar y enriquecer sus experiencias en el hospital.

Resultado: Cuando se basa en principios científicos, rigurosos, incluyendo la epidemiología clínica, la utilización de un más amplio espectro de lugares para la educación médica garantizará la formación de médicos mejor preparados y más satisfechos, preparados para brindar atención primaria y más conscientes de la necesidad del trabajo en equipo multiprofesional.» (139)

También las autoridades, las exautoridades y los estudiantes reconocen esta necesidad. Es interesante que los docentes no se manifiesten. Tal vez sea porque ellos ya están aplicando este principio. En el Externado

---

Comunitario, por ejemplo, se aplica la enseñanza en el sitio de la acción, en el seno de la Comunidad, lejos de la universidad y del hospital.

*«Porque si queremos formar médicos comunitarios para atender nuestros problemas de salud, deben formarnos también en la comunidad.» Autoridad.*

*«Por eso también ha sido importante el Externado Comunitario, porque allí es que de cierta forma podemos nosotros juntar todos nuestros conocimientos previos. Y las prácticas que hacemos allí son muy importantes para eso. Eso debemos aprovechar y tenemos una visión de diversas áreas.» Estudiante.*

*«Es decir, que la actividad docente no tiene que ser necesariamente intramural, aquí entre las cuatro paredes de nuestra infraestructura. La actividad docente la podemos hacer en otros espacios. La podemos hacer en la comunidad y también a partir de allí, por ejemplo, podemos entrelazarnos para dar utilidad a esos espacios, por ejemplo, los que, en el caso de nuestra Facultad, se llaman consultorios. Consultorios de la UDA. Ojalá que la Facultad algún día pueda avanzar a tener su propio hospital base o algo al respecto, para en realidad satisfacer las necesidades formativas también las de atención». Exautoridad.*

*«Pero sería el espacio ideal de formación en el cual ahí sí la Facultad dice muy bien: Este es mi espacio de formación. Aquí yo haré consulta. Aquí se hace lo que la Facultad quiere. La Facultad quiere médicos integrales, médicos de visión holística. Entonces aquí lo vamos a hacer, porque si yo quiero hacer eso en una consulta del Hospital del Río, del Seguro Social, del Vicente Corral, me mandan afuera, porque esto no es la línea de trabajo de ellos, un hospital del segundo o tercer nivel.» Autoridad.*



---

Este, de hecho, es uno de los puntos clave en el que la Facultad tiene que trabajar – cuando primero haya resuelto del problema del perfil de egresado.

Aparecen en las entrevista también dos términos interesantes: El acompañamiento pedagógico y el corredor formativo.

*«Creo que el acompañamiento pedagógico, creo que el acompañamiento de los estudiantes en grupos pequeños, la tutoría un poco más personalizada es necesaria, es útil. Puede servir en el tiempo actual. Creo que es una de las fortalezas que esta Facultad tiene.» Autoridad.*

*«Entonces de tal manera que el estudiante pueda transitarse, si quiere, con el docente entre los servicios de salud – y cuando digo servicios de salud no digo hospitales sino todos espacios donde se haga salud, incluidos los espacios extramurales de las unidades operativas, como cuando el médico va a hacer la visita al paciente en la casa – entonces transita en esa situación. A mí me parece que hay que generar una especie de corredor formativo que no termina con... un corredor formativo en donde transitan estudiantes y docentes. Donde nos conocemos y nos interrelacionamos en función de las acciones formativas. Y a partir de esas acciones formativas que ubican los servicios de salud con la población, con la familia, con el individuo, esos espacios naturales, entonces eso genera una forma de relacionamiento diferente. Pero para eso hay que estar dispuestos. Para eso no se necesitan las horitas que me sobran. Para eso se necesita un convencimiento pleno de que quiero hacer docencia porque creo que quiero transformar esta realidad» Exautoridad.*

En varias escuelas médicas en Europa el primer contacto del estudiante con el paciente ya se da en el segundo año. También en la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay se expresa esta visión como deseable.

---

*«[...] que desde el inicio el estudiante tenga acceso a la observación de casos clínicos hospitalarios, que desde el inicio de su carrera el estudiante pueda acceder al hospital. Siempre en calidad de observador. Siempre guiado. Pero siempre en contacto con el paciente.» Docente.*

*«Tiene que estar también el estudiante al lado del paciente. Y mientras más pronto, mejor. El estudiante debe estar al lado del paciente desde el primer año. Desde el primer año en las prácticas que deben hacer en el campo de recoger datos, para un pequeño estudio, medir la talla, la presión arterial, etc. U oír los ruidos del corazón, y allí debería estar el estudiante vinculándose con el paciente. Y en la medida de sus habilidades ir siempre acompañado del tutor a su lado. Para mí las dos cosas se complementan.» Exautoridad.*

La vieja sabiduría de que «la repetición es la madre de la enseñanza», también recibe su debida mención:

*«Y siempre hay que retroceder un poco. Yo creo que el profesor que viene tiene que ir de una manera – ¿cómo se dice? – rebobinando y volviendo hacia algunas cosas que creo que no están bien cimentadas y que deberían tal vez reverse.» Docente*

*«[...] incluso uno mismo como profesor tiene que volver a ver algunas cosas que ya no las recuerda. Es imposible recordar todo.» Docente.*

**Tabla 19: Códigos de “simulación” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Simulación: No sustituye el trabajo con el paciente	3	4	7	1	15
Simulación: Preparación para el trabajo con el paciente	1	3	4	2	10
Simulación: Útil	4	2	3	0	9
Simulación: Con actores	0	2	0	0	2
Entrevista con el paciente: Simulación	0	0	1	0	1
Simulación: Aspectos éticos y legales	0	1	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>38</b>

La simulación es parte integral del entrenamiento en muchas profesiones. Todos conocemos la historia del vuelo 1549 de US Airways que, por el impacto de una bandada de pájaros contra el avión, tuvo que acuatizar en el Río Hudson de Nueva York. La reacción perfecta del piloto y su tripulación se debió a un intenso entrenamiento mediante simulador donde se practicaba exactamente esta misma situación (196). Sabemos que las fuerzas especiales militares usan la simulación para el perfeccionamiento de sus misiones. Asimismo los bomberos se entrenan de esta forma. ¿Por qué no los médicos? De hecho, sí lo hacen. Y forma parte imprescindible incluso de la enseñanza estudiantil.

Sabemos y expresamos que la simulación no sustituye a la cosa real, a la situación con el paciente, con frecuencia de vida o muerte en el escenario de las emergencias. Pero contribuye a la formación del estudiante inexperto para que él después, ya con algo de práctica con el maniquí, se acerque con más seguridad al paciente. Y utilizamos la simulación para el entrenamiento de los profesionales en situaciones que requieren de la acción rápida, en la implementación impecable de los protocolos, igual como lo hacen los pilotos y los militares.

*«Por ejemplo, una gasometría, por ejemplo, la colocación de una sonda, que en nuestra época, hace 20 años, lo hacíamos en la persona, y actualmente se podría trabajar en un simulador. El tema de la*

---

*reanimación, del masaje, de la intubación, el tema de procedimientos invasivos, canalización, tiene su validez allí, en la cual el estudiante va teniendo sus primeros contactos con las invasiones. No es sustituto, indiscutiblemente no es sustituto. Nadie, creo, que hasta ahora ha podido imitar un estertor crepitante en un simulador cómo es de una persona. El comportamiento de una persona en toda su integridad, en todo en toda su magnitud no puede ser extrapolado en un simulador, porque yo al simulador... partiendo de cosas elementales como que al simulador simplemente le alzó la bata, le pongo el estetoscopio, y eso no voy a hacer con una persona. A una persona tengo que explicarle lo que voy a hacer, tengo que ponerla cómoda, tengo que rescatar esa parte humana de la examinación. En el simulador a veces eso se obvia. No necesito saber el nombre del simulador para examinarle. Al examinar a un paciente tengo que saber cómo se llama para poderme dirigir a él. Entonces tiene su importancia en la protección de las personas, en también proporcionar la seguridad al estudiante en los procesos invasivos, y luego tiene que haber una fase de transición supervisada, en la cual él lo lleva a cabo ya en la persona. La persona es insustituible en el proceso de aprendizaje.» Autoridad.*

*«Completo sustituto, no. Creo que no es la solución. Pero yo creo que permite a los estudiantes, bien hecho, bien organizado, adquirir ciertas herramientas en un espacio seguro, sí, donde tienen más oportunidad de equivocarse y aprender de ese tipo de errores básicos para que con estas herramientas uno pueda desenvolverse mejor ya junto a la cabecera del paciente. Yo creo que para eso tendría más utilidad.» Docente.*

*«Creo que los dos deberían ir de la mano. Un chico que recién está aprendiendo podría yo enseñarle [con el] Maniquí para que sepa como yo tengo que ir a tratar luego a una persona. O sea primero enseñarle cómo tengo que tocar, cómo auscultar. Porque yo sé que este maniquí no se va*

---

*a quejar o no se va a sentir utilizado. Y una vez que el chico está preparado, en la persona poner en práctica lo que yo vi en el maniquí. Yo creo que sí es útil la parte de utilizar los maniqués. Pero no van a sustituir nunca la parte de la persona misma». Docente.*

*«Como estudiante creo que es muy importante que iniciemos las prácticas en laboratorio de diferentes materias. Porque, creo que cuando una persona, bueno, un estudiante de medicina se enfrenta ya a los pacientes, su actitud, su forma de evaluar al paciente sí va a ser muy diferente ya que nosotros como personas vamos a ponernos nerviosos porque sea como sea, va a ser muy diferente, y también por el hecho si le vamos a poner incómodas o no a las personas a las que estamos diagnosticando, porque hay bastantes personas al escuchar que alguien es solo un estudiante se va a poner nervioso y va a decir que ¿qué me van a hacer? o cosas así. Creo que es importante que iniciemos las prácticas en los laboratorios y ya enfrentarnos a los pacientes ya con cierto grado de preparación ya en contacto al examinar al paciente.» Estudiante.*

*«Pero me parece un prerrequisito para uno poder contactar y tocar un paciente. Es siempre que el paciente va a ser muy distinto al maniquí o a la figura digital. Pero me parece que me va a dar un preconocimiento muy importante, que me va a poner muy por encima de aquellos que no [lo] tienen.» Docente.*

Una idea interesante de una suerte de «simulación con personas verdaderas» es el empleo de actores. Esto incluso contribuiría a la tan anhelada cooperación entre las facultades.

*«Yo inclusive pienso que se debería trabajar con actores. Por ejemplo, cuando debería hacer un examen final de diagnóstico, es algo que también propuse poco antes de dejar el subdecanato, que es un examen*

---

*práctico. No tenemos todo el tiempo el paciente. Pero si queremos aprender, podemos también utilizar un actor, un actor que simule algo, que indique algo, para ver como por ejemplo el estudiante aprende a interrogar a la persona. Y que sea un actor preparado para poder simular dolores y cosas por el estilo. Y la Universidad tenía a su disposición la escuela de teatro. Y ahí estaba también la vinculación entre carreras, que favorecía y crecía a los dos.» Exautoridad.*

#### 4.3.5. TEMA - Bioética

**Tabla 20: Códigos de “bioética” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Bioética: Mentoría mediante el ejemplo o bioética situacional	5	4	7	3	19
Bioética: Se habla, pero no se practica	2	3	0	0	5
Bioéticas: Materia necesaria	2	0	3	0	5
Bioética: Ética y no solo bioética	0	0	4	0	4
Bioética: No es una ciencia con directrices clara	0	0	2	2	4
Bioética: Forma abstracta y teórica	1	0	0	2	3
Bioética: Médicos usan el miedo para ganar dinero	0	2	1	0	3
Bioética: No debe ser materia independiente	0	1	2	0	3
Bioética: Para bioeticistas	0	0	3	0	3
Bioética: Terra incógnita para muchos médicos	0	0	3	0	3
Bioética: El dinero no es el foco de la actitud del médico	2	0	0	0	2
Bioética: Relativismo cultural	0	0	2	0	2
Bioética: Debe ser laica	0	0	1	0	1
Bioética: Falta de interés entre médicos	0	0	1	0	1
Bioética: Humanos violentos y egoístas por naturaleza	0	0	1	0	1
Bioética: Modelo de maltrato dentro de la jerarquía médica	0	1	0	0	1
Bioética: Paternalismo médico	0	0	1	0	1
Bioética: Principios universales	0	0	1	0	1
Bioética: Salud como mercancía	0	1	0	0	1
Bioética: Se vulnera con aspectos religiosos por genealogía católica de la Universidad	0	0	1	0	1
Bioética: Talleres para profesores	0	0	1	0	1
Bioética: Termino desgastado	0	1	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>34</b>	<b>7</b>	<b>66</b>

Un tercio de las reacciones de los entrevistados en cuanto a la bioética en la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay se refieren a lo que yo denomino la «bioética situacional», es decir, la enseñanza de la bioética en una situación dada en el contexto de un caso clínico, tanto teórico como práctico. Se puede aplicar esta enseñanza en el hospital en la cabecera de la cama, en la comunidad y, cómo no, en el ABP. Entre los estudiantes no hubo muchos comentarios sobre la bioética, y estos más bien críticos: que

---

la bioética es una materia teórica, que no da lineamientos claros, que no es una ciencia exacta. Queda claro, entonces, que los estudiantes entrevistados no han entendido lo que es la bioética. Desde luego no es una ciencia exacta – y nada que tiene que ver con la biología. La bioética no puede dar lineamientos o instrucciones exactas, porque no existe «la bioética», existen muchísimas expresiones de la bioética, y uno oye incluso de las palabras de los docentes que la bioética se circunscribe con los términos autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Pero esos son solamente aspectos de un cuadro mucho más amplio. En la bioética confluyen muchas corrientes culturales, filosóficas y religiosas. La bioética, hasta cierto grado, es individual. Pero aparte de esta confusión en los estudiantes (y en muchos docentes de igual forma, sospecho), sí reconocen el valor de la bioética situacional. Es la inigualable ilustración mediante un caso concreto, igual que una imagen nos dice más que mil palabras. Y también en una imagen cada uno ve diferentes aspectos y realiza diferentes interpretaciones.

Un triste ejemplo en la situación actual es el empleo de los principios del utilitarismo en el manejo supuestamente bioético de los pacientes de COVID-19. Es un simple cálculo de años vida útiles salvados que decide sobre la vida o la muerte de muchas personas. Este concepto va bien con algunos bioeticistas, pero causa indignación y protesta en muchos otros.

Aquí, en las expresiones de no encontrar lineamientos específicos y en la supuesta naturaleza teórica de la bioética encuentro un vacío que hay que llenar, con urgencia y con la ayuda de todos los docentes. Pues no se puede «enseñar» la bioética con unas escasas horas teóricas en un ciclo. La bioética es parte del trabajo de día a día, en todos los aspectos de la medicina, de la salud y la enfermedad, desde la anticoncepción hasta el paciente a quien decimos: «¡Usted no tiene nada!»



---

*«Bioética como una materia creo que se enseña solo el texto.»*

*Estudiante.*

*«Pero si ellos de su currículum oculto recibieron todos los valores contrarios, el curso se convierte en mero trámite, nada más.» Autoridad.*

*«En concordancia con mi compañera, yo creo que la parte de ética se debe mencionar desde los primeros ciclos. Incluso en las ciencias básicas yo creo que se debe reforzar y ver una parte de la ética, porque son puntos muy importantes beneficencia, la no maleficencia, y todos esos. Cuando estamos en prácticas hospitalarias y en Comunidad podemos ya poner en práctica y los doctores deberían enfatizar bastante en esto.» Estudiante.*

*«Entonces lo que yo sentí en estas clases es que nos dan en mayoría en dogma, decimos, no, yo no pienso esto, como no es cuestión de opiniones personales. En el futuro alguien puede tomar decisiones como Ministro de Salud, y son cosas que hay en la visión de la Universidad. Decía "formar gente con ética", pero realmente no estamos basándonos en hechos, ni qué es lo que más... o sea, se va a ganar el punto práctico. Entonces yo pienso que en esa parte siento mi conformidad con la gente, y hasta por los docentes como que sí, pienso lo mismo, por lo que cómo hemos sido educados, pero no es la mejor decisión.» Estudiante.*

Este estudiante, obviamente, está confundido entre «dogmas bioéticos» (que no existen) y la mera opinión personal (que tampoco constituye el fundamento de la bioética). Es cierto, para muchas personas la bioética se define por los términos justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía. Sin embargo, la bioética va mucho más allá y existen numerosas escuelas, como aquella de la ética formal, aplicada en esta tesis, que no aplica los términos antes mencionados sino que tiene un acercamiento propio. Aquí

---

se identifica un problema en la enseñanza de la bioética que, tal vez, se debe a las escasas horas asignadas a la materia.

*«[...] la bioética no es tampoco una ciencia que les va a decir que esto se debe hacer, esto no se debe hacer. ¿Después si esto está en manos de quiénes? ¿Por qué? Porque solo para ellos esto es correcto o no es correcto. Hemos dicho que en diferentes sociedades hay cosas que pueden ser... lo que es bueno en una sociedad puede ser malo en otra. Entonces, ¿quién me dice qué es lo correcto y el otro no es correcto?»  
Docente.*

*«[...] cuando hablamos de esto, yo pienso que lo que puedo hacer yo para que los estudiantes vean mejor, es ponerles y darles todos los panoramas posibles. No puedo decir: Esto es correcto, y esto es incorrecto. Sino ponerlo en las circunstancias en las que estas [ininteligible] si puede ser diferente. Lo que es correcto ahora, sí puede ser... Por ejemplo, yo diría, si yo soy católico, voy a decir: Es incorrecto el aborto y es amoral, o es inmoral, mejor dicho. Pero si yo veo... si yo desde el punto de vista médico y social veo a esta niña de 9 años, digo: ¡Aborte! Y hasta puedo aconsejarle que aborte. Entonces, les debo mostrar ese tipo de cosas. Circunstancias diferentes que pueden cambiar el valor.»  
Docente.*

*«La ética no se enseña, la ética se practica, la ética se muestra cuando se hace la mentoría.» Exautoridad.*

*«Vi a un profesor que se tapó el mandil, para que el paciente no supiera quién es. ¿Cómo puede hacer ese tipo de cosas? ¿Para que no lo vayan a buscar y después...? Me acuerdo que también una mujer, que ya tenía tres hijos e iba a dar a luz el cuarto. Claro, los primeros tres eran del primer matrimonio, el último era del segundo matrimonio. Ella dijo que no quería tener hijos, más hijos. Ya, uno de este segundo matrimonio, y ya.*

---

*Cuatro hijos, cuatro cesáreas. Y ella pidió ligadura. Y dijeron: ¡Ya! La metieron en el quirófano, el ginecólogo salió y le preguntó al hombre: ¿Quiere que se ligue? O sea, ya después de que la paciente dijo: esto es lo que yo quiero. ¿Quiere que se ligue? ¡No! ¡Listo! No se ligó. Porque él lo dijo. Nunca le dijo a su paciente: Oiga, su esposo no quiere que se ligue.»*  
*Docente.*

*«Debería ser de peso. Pero debería ser de peso a partir de que nosotros incorporamos elementos propios, sentidos en la realidad. Donde el discurso, si bien se lo maneja, por también una experiencia propia.»*  
*Exautoridad.*

*«Pero yo pienso que en cada una de las materias otras debe existir un estudio de los factores éticos en cada uno de los casos.»* *Docente.*

*«Pero cada profesor debería apropiarse más de ese tema y tal vez nos falta es a trabajar. Porque a veces nos centramos en dar la asignatura, a vez nos sentamos en dar el conocimiento "científico", a veces nos centramos en profundizar un tema, pero nunca abordamos el tema bioético al respecto.»* *Autoridad.*

Se abordaron, desde luego, aspectos específicos bioéticos, como los siguientes:

*«[...] lamentablemente, nosotros tenemos y lo digo, lamentablemente, porque para mí eso es lamentable, nosotros tenemos una genealogía católica en nuestra Universidad, y eso hace que el aspecto bioético se torne o se vulnere con aspectos religiosos. Y si bien muchas cosas pueden ser coincidentes, y muchos principios pueden ser universales, pero no todos. De hecho, yo pienso que una religión puede vulnerar muchísimos principios bioéticos en la educación. Entonces, pienso que debería ser una bioética laica.»* *Docente.*

---

*«[...] hay que enseñarla a nuestros estudiantes: No tener el dinero como una prioridad en el ejercicio de nuestra profesión. Es un trabajo que debe tener una paga, una remuneración. Sin embargo, esa no es la meta.»*  
*Autoridad.*

*«Pero la gente puede abusar con el miedo. ¿Cómo voy a pagar ocho mil, diez mil dólares? ¡Es el cerebro! Entonces, está muy desfasado, la realidad del país.»* *Docente.*

*«Sin embargo, se atenta contra la salud como derecho. Al saber que la salud es una mercancía, se atenta a la salud como derecho.»*  
*Exautoridad.*

*«Y pienso que la ética no es algo con lo que se nace. No estoy de acuerdo, más bien, tengo una versión más hobbesiana con respecto a la naturaleza humana. Yo pienso que nosotros como humanos somos violentos y egoístas por naturaleza. Entonces la ética es parte de la construcción social que nos va a permitir vivir juntos.»* *Docente.*

*«Porque yo tuve la oportunidad de saber de médicos, por ejemplo, que atendían muy mal a los pacientes a nivel del hospital público, pero en el hospital privado les trataban muy bien. Les trataban muy bien y los estudiantes que acompañaban al profesor en los dos lados caían en cuenta de la actitud del médico en el un caso como en el otro caso.»*  
*Exautoridad.*

*«Por otro lado yo pienso, y lo he propuesto una infinidad de veces, que deberían existir talleres, también para profesores, sobre bioética, porque nosotros al no haber recibido bioética en esta nueva forma, o al no haber tenido la profundidad en la bioética en nuestra época de estudio, podemos difícilmente enseñar lo que no sabemos. Entonces, pienso que se debe comenzar en este caso por las bases de la educación, que en este caso son los profesores.»* *Docente.*

---

Estos solamente son unos pocos ejemplos de un vasto abanico de opiniones, inquietudes e inseguridades. De hecho, se exige a los docentes enseñar algo de bioética sin tener la menor preparación en ella. Muchos docentes reconocen el hecho. Muchos más no lo admiten, porque en nuestra sociedad es malo admitir deficiencias, le hace aparecer débil y vulnerable a uno. Y esto es muy malo. El punto de la bioética es otro punto blando en nuestra Facultad. Hay una implementación a medias, para los estudiantes, presuponiendo una preparación de los docentes que simplemente no la tienen.

Y pensando que los docentes, médicos en su mayoría, con consultas en su mayoría, carecen de conocimiento bioético a pesar de que se ven confrontado con preguntas de esta índole, se puede vislumbrar un grave problema.

### 4.3.6. TEMA - Gobierno, Facultad y comunidad

**Tabla 21: Códigos de “alumnos” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Alumnos: Quieren ser subespecialistas	1	6	2	0	9
Alumnos: Positivismo - materialismo reduccionista	0	0	6	0	6
Alumnos: Humanismo empeorando	0	4	1	0	5
Alumnos: Solo interés en valor curricular	0	3	1	0	4
Alumnos: Falta la base humana	0	2	1	0	3
Alumnos: Generación Google	0	1	1	0	2
Alumnos: Poco interés en medicina familiar	0	0	2	0	2
Alumnos: Egoísmo y competencia	0	0	1	0	1
Alumnos: Orgullo por la Facultad	0	0	0	1	1
<b>Totales</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>33</b>

Así como los alumnos lanzaron duras críticas contra los docentes, especialmente en el contexto del ABP, también los docentes encuentran mucho que desear en los estudiantes. Se encuentran aquí, como es natural, muchas contradicciones entre las posturas expresadas por las dos partes. Por ejemplo, los alumnos, supuestamente, piden que sean médicos de atención primaria que funjan como docentes del ABP; en contraste, las autoridades informan que los estudiantes exigen que sean subespecialistas que traten los temas. Los estudiantes también expresaron su gran interés en la atención primaria, pero los docentes creen poder identificar la intención de una mayoría abrumadora de lanzarse a una especialidad y luego subespecialidad que no tiene nada que ver con la atención primaria.

*«Si tenemos el mapa de ubicación de los muchachos, el 40 % están en los EEUU. Otro tanto en México, en España, en Chile.» Docente.*

*«Y los estudiantes también lo han visto un poco más fácil las cosas y buscan a veces no al mentor sino a aquel que hace el último*

---

*procedimiento y que gana más. Tienen otra visión, en cambio. Los millenials son un tipo especial de personas que no valoran mucho algunas cosas, como la ética, los valores, sino de dónde lucro más.» Exautoridad.*

*«Yo creo que eso es uno de los motivantes fundamentales para que los chicos quieran seguir medicina. Quieren poder, quieren dinero, quieren estatus.» Exautoridad.*

*«Sin embargo, si uno les pregunta a nuestros estudiantes: su meta es voy a ir a hacer neurocirugía en los Estados Unidos, voy a ir a ser...» Autoridad.*

*«El médico familiar es reconocido como especialista, y a nivel del sistema público recibe la misma remuneración que cualquier otro especialista en el área. Y eso es un avance. Sin embargo, a nivel privado... ¿por qué? Lamentablemente se daría la idea de que solo a nivel privado se puede alcanzar remuneraciones, ingresos económicos altos que le permitan mostrarse como el gran médico sofisticado. En una sociedad que tiene una visión netamente economicista, la gente busca eso. Por último no importa ni la calidad de médico que tenga, si es que tiene para mostrar vehículos, sofisticaciones, posesiones, lo que sea. Entonces eso es lo que piden.» Exautoridad.*

*«Y también la percepción del estudiante, digamos. Cuando indago en los años superiores sobre la especialidad que escogerían los estudiantes, no hay nadie quien tenga la intención, o una inclinación, hacia la medicina familiar. Radiología o dermatología o cosas por el estilo.» Exautoridad.*

Los docentes también acusan a los estudiantes de falta de humanismo y de espiritualidad, de un interés netamente curricular y nada más allá.

---

*«Pero me parece que están aprendiendo la medicina basado en el ego. Eso es lo que está... en la preclínica, si tú te fijas es una competencia automática.» Docente.*

*«Pero aquí tengo todo en Google en un ratito. Pero entonces mi información es inmediatista, que la tomo y la olvido. Ahora ellos tienen esto (muestra el celular). Y siento que los muchachos actualmente sienten que pueden saber todo, pero en el momento que se les fue el Internet, ya no saben nada.» Docente.*

*«Mucha gente estudia porque sabe que va a obtener rédito económico. El perfil cambia. Ya hay un perfil direccionado hacia esas metas.» Exautoridad.*

*«¡Exactamente! Porque el reduccionismo descarta algunas otras cosas. La propia palabra lo dice, "reduccionismo". Y se enfoca en otras cuestiones. Solamente un análisis: ¿Cuántos muchachos están haciendo realmente medicina familiar?» Docente.*

*«Porque si no le mostramos que tiene todo esto, y no le damos la importancia que tiene, es lógico que el estudiante solo se encamine hacia curar enfermedades. Porque eso le estamos mostrando, solo la parte física del ser humano, y lo normal y lo anormal. Entonces esto es anormal o si esto no es lo que debería ser, pues compóngalo. Eso es lo que le enseñamos.» Docente.*

La «generación Google» con el «Doctor Google» en el bolsillo, los millenials... Es una visión devastadora que se expresa. También es devastador lo que los alumnos comentan sobre (algunos de) los docentes.

En el fondo veo un mundo de peligros y obstáculos que se cierne sobre los jóvenes. Hace décadas, cuando uno tenía la suerte de poder estudiar medicina (por las restricciones económicas, sobre todo) encontraba un



---

mundo sin límites, oferta de posgrados, alto prestigio incluso del médico general. Todo esto se fue.

Es un poco injusto culpar a una generación de materialismo, de reduccionismo materialista, si fue la generación de los padres y abuelos justamente que inculcó en ellos esta actitud. Posiblemente los jóvenes no lo visualizan, no lo definen, pero sienten como el mundo se les cierra. El sueño de futuro se está volviendo, poco a poco, una pesadilla: Cada vez más exigencias, cada vez más trabas, cada vez más costos, cada vez menos recompensas... Y los constructores de esta situación explosiva somos nosotros, los que criticamos.

**Tabla 22: Códigos de “vinculación” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Vinculación: Promoción de la salud	6	0	1	1	8
Vinculación: Universidad tiene que abrirse espacios	3	0	4	1	8
Vinculación: Trabajo de estudiantes ya es vinculación	1	0	4	1	6
Vinculación: Periodismo científico	1	0	4	0	5
Vinculación: Universidad con bajo presupuesto	0	1	4	0	5
Vinculación: Alfabetización es parte	2	1	0	0	3
Visión de la Facultad: Compromiso social	2	1	0	0	3
Vinculación: Diferente en Universidad privada y pública	0	2	0	0	2
Vinculación: Uso de nuevas tecnologías en la alfabetización	1	0	0	1	2
Vinculación: Buscar contacto continuo con la comunidad	0	1	0	0	1
Vinculación: Considerar al "médico transformador de una sociedad equitativa"	0	1	0	0	1
Vinculación: Estado exige que otros cumplan con las obligaciones del mismo Estado	0	0	1	0	1
Vinculación: Más gestión de autoridades necesaria	0	0	1	0	1
Vinculación: No es el papel fundamental de la universidad	0	0	1	0	1
<b>Totales</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>47</b>

Subyace al tema de la vinculación la idea de que una universidad, después de haber recibido financiamiento por el Estado, es decir, por la sociedad, tiene la obligación de repagar este dinero mediante acciones gratuitas en la comunidad en beneficio de la comunidad. No hay nada malo en este pensamiento, y a primera vista parece apropiado.

Sin embargo, en el caso de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay, el Estado incumple con sus aportes y se oyen voces que indican que el Estado abusa de la idea de la vinculación cargando sus obligaciones, las que él no puede o no quiere cumplir, sobre los hombros de terceros sin darles los medios necesarios para esta tarea y utilizar su posición de poder para presionar a las instituciones, las universidades en nuestro caso, de un forma que se puede comparar con la extorsión.

*«Entonces me parece un error craso desde los gobiernos centrales el querer hacer milagros con Ave Marías ajenas. Es decir, poner a las universidades a hacer obras sociales o a hacer obras que les corresponden a los estados.» Docente.*

---

*«Si bien podría tener temas extras como beneficencia, pero no es el papel fundamental de las universidades en este momento histórico del país.»*

*Docente.*

*«Partiendo, por ejemplo, desde el mismo internado. El internado, que debería ser un período de educación para el estudiante, en donde el estudiante observe y no ayude, observe las actividades de los médicos y estudie las actividades en la práctica, no tendría por qué estar haciendo papeleo para contribuir a que un hospital público no contrate gente.»*

*Docente.*

*«Bueno, Nuestra vinculación está más que dada. Estamos trabajando gratis, o a un sueldo inhumano, algo que ni siquiera nos corresponde, y de lo que ni siquiera sabemos. Porque no estamos titulados para hacerlo. No podemos llenar partes quirúrgicos de una cirugía que no hacemos con nuestras manos. ¿No? Ya es una vinculación.»* Docente.

*«Pero ese es el deber del Estado con las universidades públicas. Las universidades cofinanciadas también, en una parte.»* Exautoridad.

*«Creo que eso es un problema. Siempre el presupuesto va a ser un problema. Pero yo sí creo que es importante abrirse espacios hacia la comunidad.»* Docente.

*«El problema va a ser siempre plata. Eso va a ser siempre. ¿De dónde sacamos los fondos? Pero yo creo que de alguna manera también las universidades tienen que exigir a las autoridades. La Facultad de Medicina debería exigir frente al gobierno central de la Universidad, y a su vez, el gobierno central de la Universidad frente al gobierno del país, y así por el estilo. Porque si no exigimos, no va a haber nada. Esa es una cuestión de tener para la película también.»* Docente.

Lo que no quiere decir que la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay se niegue a trabajar en la vinculación. Al contrario. Tiene muchísimas

---

actividades, pero, como se explicó, también hay que exigir la contraparte de las autoridades estatales. Ellas brillan con incompetencia, incumplimiento, exigencias a los demás que ellas mismas no piensan cumplir. Es tiempo de exigir... pero en una dirección inversa. La Universidad del Azuay es consciente de la necesidad de la vinculación, no necesita procesos de acreditación para recordarlo. Necesita apoyo verdadero, serio y honesto.

*«Tenemos nosotros unos consultorios. La Universidad tiene consultorios, y tiene profesionales capacitados que podrían atender en esos. O podrían poner a servicio de la población o crearse un centro en una zona donde necesitan verdaderamente, y allí poner en práctica todo lo que se está diciendo con los estudiantes. Donde ellos vean cómo es la atención verdaderamente que se esperaría que ellos den cuando estén en sus años de rural o en su periférico. La universidad sí puede hacer mucho, porque yo he visto universidades, como por ejemplo la UTPL, que tiene su propio centro, y hace todo con su comunidad y trabaja con las comunidades más vulnerables. Y veo que le va bien, ¿no? Porque está aprovechando al personal. Porque el hecho de que usted tenga profesionales que puedan trabajar en eso ayudaría mucho a la población.» Docente.*

*«Yo creo que nuestra vinculación está bastante baja, como facultad, está bastante baja. Porque sí deberíamos tener una presencia más importante dentro de lo que es la comunidad, la comunidad urbana y la comunidad rural. Porque hay muchas cosas que deberían hacerse como entidad vinculada al medio. Entonces, si bien hay algunos proyectos de vinculación que tienen carácter a veces investigativo, a veces estos proyectos como que... por ejemplo, no tienen el aprecio que deberían tener.» Autoridad.*

*»Entonces, yo tengo una primera línea de médicos familiares y médicos internistas que, como parte de su actividad docente, hacen consulta. Es*

---

*una consulta académico-asistencial. Tengo una segunda línea de médicos especialistas. Entonces yo tengo... yo creo que tengo un equipo para formar un servicio de consulta desde el primero casi hasta el segundo nivel. Este servicio puede ser ofertado a la comunidad. Yo no sé de economía, no sé del tema de finanzas. Yo pienso que podría ser gratuito. ¿Por qué es gratuito? Porque es un espacio de formación académico-asistencial.» Autoridad.*

Entonces, hay ideas brillantes, motivantes, hay energía. Lo que no hay es la contraparte del gobierno que se distingue por incumplimiento e inactividad.

Sin duda, uno de los componentes más importantes en la vinculación es la alfabetización en salud. La salud depende de la educación. Y los constantes recortes presupuestarios en el sector de la educación no contribuyen a mejorar el estado de salud de la población y convierten las ideas de la Constitución del Estado ecuatoriano en mera ficción sin fondo.

La educación en salud no se restringe a la población general, sino que hace falta también información objetiva, verídica para los profesionales, una idea que una vez condujo a la construcción de la medicina basada en la evidencia, pero que en los últimos años, se podría decir incluso en las últimas décadas, se ha corroído y corrompido por intereses económicos. Necesitamos un periodismo científico para la población y para los profesionales.

*«Yo pensaría que la alfabetización en salud comunitaria es un trabajo que bien podría desempeñarlo la Academia con el Ministerio de Salud. Nosotros podríamos estar al frente de ese proceso. Hay varios mecanismos. Uno, por ejemplo, es el trabajar en estos grupos de pacientes enfermedades crónicas, esta reunión regular de un mes, diabetes, sí, de un mes es un tiempo adecuado.» Autoridad.*

---

*«Trabajar lo no farmacológico, trabajar la prevención y la protección de estos mercaderes de las sustancias que lo curan todo, que desintoxican, y que se convierten a veces en un problema serio. Entonces la Academia debería asumir esa responsabilidad. Eso daría un doble beneficio: Uno, enseñaría a sus estudiantes a convertirse en líderes comunitarios. Porque un médico cuando va a su servicio rural es un líder comunitario y no puede eludir la responsabilidad. Entonces él aprende a convertirse en un líder comunitario, Pero en un líder que reme junto. No un líder que dirige y se beneficia, sino en un líder que sabe meterse en el grupo y ayudar a remar hacia un horizonte. Luego esto identifica a la comunidad con el médico que se va formando. Y saben que este estudiante estuvo conversando con ellos en la radio y en televisión, en los clubes, y que ahora viene como médico, y ya lo conoce y ya es parte de la comunidad. Luego el beneficio también para la comunidad después, que va a tener un canal continuo, inagotable de gente que va a estar siempre pendiente de esta formación, pendiente porque la carrera no se cierra, la carrera continúa, y siempre va a haber un estudiante de octavo o de noveno que va a estar al frente de esta educación. Debería ser una política pública.»*

*Autoridad.*

*«El puntal clave es hacer células de espacios para fortalecer la atención primaria, es la zona a la que tiene que ir el paciente. Y el gran volumen, sobre todo para hacer una estrategia de prevención y educación, y en este sentido la población se va a sentir protegida porque va a sentir: tengo alguien que está hablando conmigo para que no me enferme. Y si me enfermo, voy donde el antiguo médico de familia.»*

*Exautoridad.*

*«De hecho, yo estuve, cuando estuvimos en el intercambio en Karolinska, hubo un foro que se llamaba "Rethinking Medical Education", y mi propuesta fue que así como tú buscas en Google académico y*

---

*encuentras el abstract, también puedes encontrar otro subtema que se llame coloquial...» Docente.*

*«Pero, justo estábamos viendo este mes en Medicina Basada en Evidencia, hay un médico americano que se creó como que varias plantillas, en las cuales describe: ¿Cómo comunico esto a mis pacientes? Por ejemplo, ¿cómo se comunican riesgos? Decía: ¿Qué significa que a uno en 100.000 le dé este efecto secundario? Entonces, ponía, por ejemplo, algo que las personas podían entender. Esto equivale a que usted se gane el pozo millonario. Entonces dicen, ya, yo entiendo... Entonces dice: "Esto es igual a la posibilidad que le choque..."» Docente.*

*«Entonces es mucho más fácil entender. Y eso de comunicar los riesgos, más que nada, me pareció bastante interesante y que él haya adoptado esas cosas. [...] Y yo no creo que sea difícil. Yo creo que se puede hacer. Falta un poco de ingenio.» Docente.*

El tema de la vinculación es apasionante. Hay ganas y hay ñeque entre los docentes, entre los estudiantes. Pero solos, sin recursos, no podemos lograr mucho. Es verdad la crítica que la vinculación de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay es escasa. Pero también hay que señalar los factores que contribuyen a esta situación. Los docentes y los estudiantes de la Facultad han demostrado, en más de una ocasión, que están dispuestos a hacer sacrificios. Pero nadie está dispuesto a ser explotado o extorsionado.

**Tabla 23: Códigos de “visión de la Facultad” por grupos de entrevistados***(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)*

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Conflicto: Alejamiento cada vez mayor del perfil de egresado	2	1	13	2	18
Conflicto: Perfil de egresado nunca se logró	4	0	11	0	15
Conflicto: Hospital de tercer nivel	5	1	6	0	12
Conflicto: Desfase de la enseñanza con el perfil de egresado	1	2	7	0	10
Visión de la Facultad: Formación del médico holístico	1	3	3	0	7
Visión de la Facultad: Formadora de personas	3	0	2	0	5
Visión de la Facultad: Hospital base o del día	0	2	2	0	4
Visión de la Facultad: Compromiso social	2	1	0	0	3
Visión de la Facultad: Médico abierto sin juzgar	0	3	0	0	3
Visión de la Facultad: No en contra de posgrados de subespecialidades	0	0	2	1	3
Visión de la Facultad: No debe prestar servicios de subespecialidad	0	2	0	0	2
Visión de la Facultad: Política de Estado en salud	2	0	0	0	2
Visión de la Facultad: Que nunca se pierda de visión holística	0	2	0	0	2
Conflicto: Solo 10 primero años con enfoque del médico familiar	0	1	0	0	1
Visión de la Facultad: Formación integralista inicial	0	1	0	0	1
Visión de la Facultad: Médicos críticos y transformadores de la sociedad	0	1	0	0	1
Visión de la Facultad: Papel fundamental de la universidad es la educación	0	0	1	0	1
Visión de la Facultad: Perfil de egresado como brújula	0	1	0	0	1
Visión de la Facultad: Perfil de egresado es el médico básico necesario para el país	0	1	0	0	1
Visión de la Facultad: Sacar la Facultad fuera de la ciudad	0	1	0	0	1
Visión de la Facultad: Simposio permanente	0	1	0	0	1
Visión de la Facultad: Tiene que desprenderse del Hospital del Río	0	0	1	0	1
<b>Totales</b>	<b>20</b>	<b>24</b>	<b>48</b>	<b>3</b>	<b>95</b>

Ahora hemos llegado a uno de los contenidos más importantes de la tesis. Se trata de la existencia y de la autodefinición mismas de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay.

No es sorprendente la baja expresión de los estudiantes tratándose de un tema de fondo, administrativo, que se oculta de la vista de los alumnos.

El centro de la discusión es el perfil del egresado.



---

La página WEB de la Universidad del Azuay que describe la carrera de medicina (<https://www.uazuay.edu.ec/en/carreras/medicina>) publica la siguiente información:

- El profesional está preparado para actuar en atención primaria de salud.
- Atención médica por ciclos vitales.
- Tiene un enfoque para el trabajo en las comunidades rurales y urbanas.
- Proyectos y emprendimientos de promoción de salud, prevención de enfermedad

En otra página del mismo sitio (<https://www.uazuay.edu.ec/en/estudios-de-grado/carreras/medicina>) se informa lo siguiente:

- Médicos con la capacidad de conocer e incorporar en su ejercicio profesional los aportes científicos, tecnológicos, metodológicos y los saberes ancestrales de la población ecuatoriana, en base a las necesidades de salud y los planes de desarrollo nacional, que contribuyan a la sociedad, con una visión de Atención Primaria de Salud.

Los textos concuerdan más o menos, y concuerdan con la idea inicial establecido por el decano fundador de la Facultad, el Dr. Edgar Rodas Andrade.

Es interesante observar que los cuatro primeros códigos de la

Tabla 23: Códigos de “visión de la Facultad” por grupos de entrevistados justamente pertenecen a la categoría de “Conflictos” y, por lo tanto, serán tratados en otra parte. Pero ya tan solo sus títulos podemos observar que este perfil divulgado es más bien una ficción y no concuerda con la realidad. Este, tal vez, sea el conflicto central identificado en la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. Estos códigos de hecho «ajenos» al presente tema (no realmente ajenos, pero pertenecientes a otro tema y otra categoría) engloban 55 citas, es decir, más de la mitad de lo que se pronuncia sobre el perfil de egresado... ¡conflicto puro!

En lo demás, se afirma de varias partes que la idea de la Facultad es formar médicos holísticos, o para no utilizar esta palabra algo desgastada, médicos de una visión integral, social, humanista.

*«Un médico humanizado. No sé si el término holístico haya que volverlo a tomar. A lo mejor sí. Pero digamos un poco con una visión integral del ser humano.» Exautoridad.*

*«Como dice el perfil de la Facultad. Críticos y transformadores de una sociedad. Buscar una sociedad más justa y más equitativa. Eso se pretende.» Exautoridad.*

El egresado es un médico con una formación personal especial, porque la Facultad también es una formadora de personas.

*«De que un médico no se forma solo para aprender medicina. Se forma para aprender hacer el bien. Se forma para aprender a comunicarse. Se forma para aprender a acompañar. Se forma para ser ético.» Autoridad.*

*«Educando a los estudiantes en lo académico y en lo humano.» Autoridad.*

*«Y creo que eso es parte de la formación de la Facultad. Somos formadores de personas, más allá de formadores médicos. Porque tenemos estudiantes de 18 años que entran en la Facultad de Medicina, y*

---

*son muchachos todavía, que todavía no tienen una visión clara de lo que quieren, incluso muchos no tienen una visión clara de lo que es ser médico. Entonces creo que en esa perspectiva todos los profesores en la universidad siguen siendo formadores de personas, no solamente de médicos.» Docente.*

Ese médico es un actor social, no juzga, participa activamente en la comunidad, es un experto en la atención primaria y sabe manejar el 80% o 90% de las patologías, reconoce cuando tiene que derivar al especialista, pero también es consciente de que carga casi completamente con la tarea de la prevención. Eso lo convierte en un profesional valiosísimo, un pilar de la medicina como se lo reconoce en muchos países industrializados donde goza de prestigio y reconocimiento por su labor.

Pero aquí... parece que es un mito. ¿Estamos trabajando, todos, en la formación de este profesional o nos estamos desviando para producir un futuro subespecialista para el sector privado de la medicina, posiblemente en el exterior? ¿Aparte del petróleo acaso exportamos talento e inteligencia?

Algunos sí adhieren al perfil establecido del egresado.

*«[...] a ver, hace poco vimos esa cuestión de la doctora Mora, la doctora Miriann con sus... las fotografías que demostraban lo que habían hecho los chicos. De alguna manera tienen que, a utilizar un término medio fuerte, no es enfrentar, no es estrellarse en la realidad. O sea, es ir y ver la realidad, ¿por qué la gente se muere? ¿Por qué la gente no se recupera? ¿Por qué la gente se agrava? Y palpar de cerca las condiciones. Yo creo que... yo me formé en la Universidad de Cuenca, en una universidad pública. Y buena parte de los estudiantes proveníamos precisamente de donde había carencias. Y eso nos hacía entender las cosas. Digamos que ahí, la política solía ser en el sentido partidista. Pero acá sí deberíamos orientar una posición más... a ver, el contextualizar la formación de los*

---

*docentes en la atención primaria de salud, implica también tomar estos elementos. O sea, qué sé yo, vamos a estudiar las cardiopatías. Sí, ¿pero cuáles son los determinantes sociales de las cardiopatías también? Cualquier asignatura, cualquier cuestión podemos por ejemplo... los chicos tienen su sensibilidad. Ahora que estamos en pleno período navideño andan tratando de recoger alguna cosa, andan tratando de llegar a grupos vulnerables de alguna forma, pero sabemos que es un activismo puramente coyuntural.» Exautoridad.*

*«Yo pienso que los médicos de atención primaria tenemos una visión más clara sobre esto.» Docente*

*«Entonces yo quisiera personas también completas cuando salgan de médicos.» Docente.*

*«Entonces tenemos inquietudes en cuanto a la psicología y tenemos inquietudes en cuanto a la espiritualidad. Y tenemos inquietudes al papel del ser humano dentro del contexto ya en el que le toca vivir, es decir, dentro de una sociedad. Entonces todos estos otros aspectos del ser humano son los que deberíamos de alguna forma mostrarle al estudiante para que tenga esta visión global y no quiera solo irse hacia curar enfermedades.» Docente.*

Otros ven que este ideal se está desvaneciendo.

*«Tan es así que, cuando se empezó la Facultad de Medicina, el siguiente paso fue decir: ¿Qué hacemos para humanizar más? Teníamos que ir construyendo la malla curricular en base a [ininteligible] cultura general, para que el médico tenga una visión holística de todas esas cosas, para una mejor relación médico paciente. Historia de la medicina, antropología. Y en esa amalgama de cosas se fueron tejiendo cosas muy interesantes con los estudiantes que accedieron a esos programas. Que realmente hace 15 años sí les interesaba.» Docente.*

---

*«Hace años la idea era formar médicos de atención primaria y médicos familiares. Incluso fue parte de un proyecto donde se intentaba que la medicina rural fuera el primer año de la medicina familiar. De manera que se podría acortar esta formación y tener al menos, como es en algunos países, la formación integralista inicial.» Exautoridad.*

Esta visión de la Facultad no se dirige contra posgrados de especialización o subespecialización. Nadie quiere obligar a los alumnos de seguir como médicos familiares o de atención primaria de otra forma. La idea es que nunca pierdan la visión integral, que delante de ellos está una persona, un ser humano, no un riñón dañado.

*«¿Qué se perdió? La visión integral de la persona. Integrada e integral. Integrada en el sentido del orgánico, e integral en el sentido de las dimensiones humanas, lo biológico, lo psicológico y lo social. A mí me parece que todos los tres ámbitos son necesarios. Todos los ámbitos son necesarios. A mí me parece, por ejemplo, cuando esta Facultad, en sus principios, en sus inicios, y en período posterior inicial, enfatizaba en atención primaria de salud, no es que buscábamos, o no buscamos bajo ningún concepto el hecho de que todos sean médicos familiares, o que todos sean médicos generales. ¡Para nada! Pero lo que sí buscamos es que las personas, aquellas las que van a ser más tarde especialistas o subespecialistas, no pierdan a ese ser humano. O sea, se enfocan en una parte especial, pero no dejan de valorarlo de manera integral.» Exautoridad.*

Un problema identificado por varios entrevistados es la convivencia (problemática) entre un hospital de tercer nivel y la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay con su perfil tan diferente.

*«Independizarse del Hospital Universitario del Río. El Hospital Universitario del Río no es para nada un hospital universitario. Es un*

---

*hospital business from business. Tan es así que el dueño es un empresario. Se acaba el asunto. Debería buscarse su propia autonomía.»*

*Docente.*

*«[...] lo primero que se pensó fue que el hospital de tercer nivel podía tener un área que dependiera de la Universidad y que funcionara con los médicos profesores. Entonces en ella se haría atención primaria.»*

*Docente.*

*«Sino que se pensó que podría haber esta ala dentro de este hospital de tercer nivel que podría ser interesante, en el sentido de que los médicos... atendidos por médicos profesores que podrían ayudar en la parte general de atención primaria. Y también en algunas de las otras básicas como decimos que están dentro de los generalistas, como obstetricia, pediatría y medicina interna. Entonces creo que eso fue la idea primaria.»* Docente.

*«Olvidarnos de que la Facultad se va a sentar sobre un hospital de tercer nivel y formar nosotros el servicio de atención integral.»* Autoridad.

*«Queremos médicos con una visión clara de lo que es atención primaria de salud, formados en ese ámbito con una capacidad resolutive lo suficientemente clara para enfrentar el 90% de la morbilidad prevalente en el medio. Y por otro lado tenemos un hospital, cercano, fraterno, pero en donde la complejidad y la sofisticación de la especialidad y de la subespecialidad es lo más notorio. Una situación difícil de superar. Una situación difícil de mantener.»* Exautoridad.

Un hospital base, o un hospital del día, parece ser una solución viable.

*«Sí, considero yo un problema; ese nacimiento fue problemático. La idea que tenía yo, yo no hago medicina asistencial, vengo de una escuela diferente por formación y por principios, pero me parece que lo conveniente hubiera sido un hospital base, un centro de salud base, algunos elementos que de alguna manera lo que implicarían primero y*

---

*segundo nivel en el sistema de salud ecuatoriano. Hasta un hospital base.» Exautoridad.*

*«En un hospital del día. En algo más sencillo. Algo más asequible que se brinde realmente una cuestión y donde el tercer nivel es tercer nivel, habrá convenios con otros lados. Pero lo que interesa es manejar las cosas que son de más frecuencia. Hospital del día.» Docente.*

*«Es decir, que la actividad docente no tiene que ser necesariamente intramural, aquí entre las cuatro paredes de nuestra infraestructura. La actividad docente la podemos hacer en otros espacios. La podemos hacer en la comunidad y también a partir de allí, por ejemplo, podemos entrelazarnos para dar utilidad a esos espacios, por ejemplo, los que, en el caso de nuestra Facultad, se llaman consultorios. Consultorios de la UDA. Ojalá que la Facultad algún día pueda avanzar a tener su propio hospital base o algo al respecto, para en realidad satisfacer las necesidades formativas también las de atención.» Exautoridad.*

#### 4.3.7. TEMA - La profesión

**Tabla 24: Códigos de “acceso a servicios de salud” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Acceso: Educación general de la población es deficiente	3	2	6	1	12
Acceso: Medicina privada cara	3	1	5	0	9
Acceso: Escaso acceso a servicios de salud	3	0	4	1	8
Acceso: Educación baja da problemas en salud	1	2	3	1	7
Acceso: Bueno en comparación con otros países	3	2	1	0	6
Acceso: Disponibilidad escasa de recursos	1	0	1	0	2
Acceso: Problema mundial	0	0	2	0	2
Acceso: Abuso de servicios baratos por extranjeros	1	0	0	0	1
Acceso: Alfabetización es responsabilidad de los maestros de escuela	0	0	1	0	1
Acceso: Fortaleciendo la atención primaria	0	1	0	0	1
Acceso: Ingresos bajos de la población	0	0	1	0	1
Acceso: Medicación gratuita desfinancia	0	0	1	0	1
Acceso: Necesidad de seguros privados	0	0	1	0	1
Acceso: Política social buena	1	0	0	0	1
Acceso: Proliferación de múltiples clínicas con tecnología de punta subutilizada	0	1	0	0	1
Acceso: Salud como dádiva a cuentagotas	1	0	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>55</b>

El tema del acceso a la salud siempre ha sido central en la discusión sobre la medicina, no solamente la atención primaria. Y no se puede vislumbrar que este problema se resolverá de manera satisfactoria en el futuro.

Es interesante que el bajo nivel de educación fuese identificado como factor clave del problema.

*«Otro problema que yo veo también es la visión de los pacientes en el sistema de salud. El Ministerio tiene la forma de la atención primaria en salud, pero no siempre los pacientes... o sea, al paciente le duele el estómago, y ya quiere ir al gastroenterólogo. Entonces no siguen los niveles o los procesos, sino que quieren irse de una al especialista y el*



---

*sistema de salud por el que estamos regidos no está estructurado así.»*

*Estudiante.*

*«Salen de la consulta sin saber qué tienen, salen de la consulta sin haber tenido la oportunidad de expresar todo lo que sienten, salen de la consulta a veces hasta mal tratados, bueno, un montón de cuestiones al respecto.» Exautoridad.*

*«Pero tampoco es una cultura tanto de pacientes como de médicos. Los pacientes tampoco tienen esa cultura de acudir cuando yo estoy bien para mantenerme bien, sino es cuando estoy enfermo. Entonces eso va a congestionar, porque el rato que me duele algo, estoy enfermo y congestiono el sistema. Y tal vez no necesitaba ir al hospital, pero me está doliendo, entonces, obvio que tengo que asistir.» Docente.*

No existe acuerdo sobre la facilidad de acceso. Por un lado se describe la dificultad de acceso, la escasez de recursos.

*«Los servicios de salud pretenden, y ese debe ser uno de los retos y de los objetivos, y lo es también dentro de los objetivos del desarrollo sostenible, salud para todos. Que los servicios de la salud sean asequibles para todos.» Autoridad.*

*«Entonces no hay asequibilidad para los servicios de salud en forma adecuada en nuestro país en el servicio público. Además los hospitales que no pertenecen a la seguridad social sino al Ministerio de Salud, que en teoría tienen la obligación de brindar salud de nuestros pacientes, no tienen la infraestructura suficiente, no tienen el personal suficiente, no tienen el presupuesto suficiente para brindar esta atención.» Autoridad.*

*«El acceso es muy deficiente. Porque si tomamos en cuenta que hay personas que tienen que esperar un montón de tiempo para poder ser atendidas porque el primer nivel no funcionó adecuadamente, porque estoy seguro que muchos de estos pacientes que están yendo a los*

---

*hospitales podían haber sido solucionados dentro del primer nivel. Pero por el tiempo que no recibieron un tratamiento oportuno se complicaron. Entonces si el primer nivel funcionara adecuadamente, creo que la accesibilidad sería mejor.» Docente.*

*«Yo creo que aquí tenemos un gran problema de acceso en el país. Los hospitales están abarrotados. Yo que he trabajado en una institución sin fines de lucro que no corresponde al sistema de público de salud, veo como los pacientes no pueden llegar al sistema público de salud. No acceden.» Docente.*

Por otro lado se afirma que, en comparación con muchos países del mundo, la situación no está tan mala.

*Muy compleja. Pero no veo que sea tanta la diferencia entre países desarrollados. O sea, pienso que es un problema mundial. Al ver la experiencia de la accesibilidad de los pacientes a los sistemas de salud en los países desarrollados, no encuentro la diferencia que yo esperaba encontrar. Pensaría que deberíamos estar peor.*

*«¿En el primer mundo es mejor? No creo que sea mejor.» Autoridad.*

*«¿Qué tan fácil es para un paciente acceder a un servicio de salud? Bueno, es más fácil que hace 15 años, indiscutiblemente. Indiscutiblemente, yo tuve la fortuna de trabajar en hospitales públicos desde que me he graduado. Yo he visto morir gente porque no tenían dinero para hacerse un cateterismo, porque no tenían dinero para comprar un catéter, porque no tenían dinero para acceder a fármacos, pues los fármacos se vendían en los hospitales. Nosotros teníamos que reunir plata para comprar los medicamentos y hemos visto gente morir por falta de recursos económicos.» Autoridad.*

*«Bueno, sí es un problema. Yo comparo con Estados Unidos, y si me pongo a contar con este, pienso que nuestro sistema es mucho mejor.*

---

*Incluso he escuchado a americanos, los retirados que vienen a vivir aquí, entre ellos están comentando: ¡Ah, las cosas aquí son mucho mejores! Hasta el trato que dicen que ellos tienen: Que tenemos contacto directo con el médico. Allí tienen que pasar por un número de personas hasta llegar como que se supone que te va a atender». Docente.*

Al parecer, no es tan bueno aquí, pero en otros lados es peor. Es un desastre global. Pero en el Ecuador hay una situación especial que agrava la situación:

*«[...] hay pacientes, sobre todo me ha tocado ver paciente que provienen de otros países, en este país en donde el índice de personas que vienen a residir en esta ciudad es alto, en donde también aprovechan las facilidades, ciertas facilidades, que se brindan en nuestros centros públicos y privados, para tratar de no pagar absolutamente nada y beneficiarse de los pocos servicios de salud, o de los servicios de salud que con pocos recursos tratan de brindar atención». Autoridad.*

**Tabla 25: Códigos de “comercio” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Comercio: Materialismo médico	4	4	4	1	13
Comercio: Tema de honorarios subjetivo	2	0	1	0	3
Comercio: Desproporcionalidad de honorarios con realidad social	1	1	0	0	2
Comercio: Honorario según responsabilidad y riesgo	0	1	1	0	2
Comercio: Mucha inversión merece mayor ingreso	0	0	2	0	2
Comercio: Realidad médica ha cambiado en últimas décadas	0	2	0	0	2
Comercio: Tarifas reguladas en Europa	1	1	0	0	2
Comercio: Competencia tarifaria entre médicos	1	0	0	0	1
Comercio: Costo exagerado de cirugías	0	0	1	0	1
Comercio: Medicación e industria farmacéutica	1	0	0	0	1
Comercio: Mujer más humana, empieza a dominar en medicina	0	1	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>30</b>

Se resume bajo el término “comercio” las actividades económicas de los médicos. Lleva una connotación negativa en este sentido. Por supuesto, los médicos tienen derecho a ganar bien, a llevar una vida próspera, porque han invertido tiempo, esfuerzo y dinero en su formación, muchas veces recurriendo a préstamos, pasando años en el extranjero en una situación precaria, lejos de los seres queridos. No lo olvidemos nunca. Y tampoco olvidemos la responsabilidad con la que cargan.

*«Sí. Bueno, yo soy un profundo defensor de la propiedad privada y, por tanto, a la remuneración al esfuerzo. Un sueldo básico implica, no siempre, pero estoy hablando, no siempre, pero muchas veces, oficios básicos que no han requerido una educación de tanto tiempo. Tú, cuando ingresaste a la Facultad de Medicina, probablemente tenías tus ahorros y pudiste pagar. Pero mucha gente ha pedido préstamos para pagar la Facultad, y no solamente que no han trabajado, sino que han pagado por esos seis años. Y si por encima han hecho una especialidad que dura tres o cuatro, cinco, seis o más, entonces han pagado más. Y no puede valorarse de igual manera esa media hora del cirujano que un mes de la persona que salió de la escuela y comenzó a producir. No digo que sea*

---

*justo. Pero otra cosa que también me parece es, que no puede valorarse de igual manera el riesgo que tiene el cirujano al que le van a demandar y le van a querer meter a la cárcel, que el internista que probablemente tenga más tiempo para tomar decisiones y sea más difícil una demanda penal en él. Las decisiones que toma el internista pueden ser más pensadas que las decisiones del cirujano.» Docente.*

*«Lo privado es otra cosa. Ahí sí ya es un negocio, hay que ser realistas. Y si por un lado el cirujano se verá expuesto a más tensión, trauma y riesgo que el internista. Esto lo debo reconocer. Yo tengo la capacidad de pensar para tomar las decisiones, el cirujano es sobre la marcha. Entonces, eso, este grado de tensión de alguna forma quizá le justifique que gane un poco más.» Exautoridad.*

Desgraciadamente, la comercialización de la medicina comienza muy pronto.

*«Alguna vez yo hice una encuesta y les dije: ¿Cuánto piensan ganar? Ellos me dijeron... el más barato me costó \$ 5.000. Estamos perdidos, Hans. Un médico gana \$ 2.400 en el Seguro Social. ¿Y qué le queda? O sea, discúlpame, estamos mirando la idea del médico medio exitoso, y otras de las cosas. A ver, si tú me preguntas a mí, a ver, esta es una circunstancia de trabajo lo que me ha tocado a mí. Me explico. O sea, he podido, gracias a Dios, hacer muchas cosas y tener ciertas cuestiones en base a un esfuerzo personal. Pero los muchachos están viendo que esto puede ser lo general, o sea, lo que... ya, tú como médico tú tienes que esperar eso.» Docente.*

Este médico se queja de que los estudiantes no reconozcan el sacrificio de estudios caros de especialidad y subespecialidad y décadas de trabajo arduo. Creen que con su promoción a médico ya tienen ganado el derecho a

los mismos beneficios. Esto refleja, tristemente, una actitud materialista y de falta de vocación.

*«Porque, a veces, el paciente se ha convertido en eso, en la fuente del que me va a dar algo a mí, en el sentido de que voy a poder, tal vez, tener más viajes en el año, o poder tener la casa que yo sueño, o poder ser el súper doctor que cambia de vehículo cada año, porque soy muy prestigioso.»  
Docente.*

Es inherente en nuestra sociedad, y me atrevo a decir que los pacientes lo esperan. Un médico sin carro grande del año y sin casona de lujo es un fracaso. Porque si fuera un buen médico tendría mucho dinero. El dinero es el indicador del éxito. Uno de los entrevistados lo expresa con una cita:

*«Pero como decíamos, si el trasfondo, como en efecto, el trasfondo de toda esta sociedad es económico... ¿Quién es que decía? "Toda idea de felicidad en esta sociedad termina en una tienda"»*

Fue Zygmunt Bauman: «En el mundo actual todas las ideas de felicidad acaban en una tienda.»

El materialismo médico es reconocido por todos los entrevistados. Pero, como ya indicamos, también reconocen el esfuerzo, los sacrificios hasta llegar a este nivel privilegiado y la responsabilidad.

*«Pero luego me pongo a pensar. Luego qué es lo que me dicen mis ex compañeros que ahora son subespecialistas: que ellos estudiaron más de 5 años y ellos dicen ¡no, no, no! También tengo que ganar algo.»  
Docente.*

Pero definitivamente, el materialismo en esta forma es relativamente nuevo.

*«Capaz que vivimos dos realidades. Los que vivimos la medicina cuando estuvimos en los noventa y antes, y después de los noventa y los dos mil. Entonces ha habido un vuelco.» Exautoridad.*

---

*«Digo antes, los médicos no ganaban prácticamente nada, o sea, menos del básico. No había leche a veces para los guaguas. Y pasamos a un momento – por eso la gente salía, hubo generaciones enteras que se fueron para Chile para hacer atención primaria. Y con los cambios políticos o lo que sea, esta cuestión cambió. Y el médico cambió radicalmente y empezó a tener un ingreso bastante alto, a convertirse en la profesión más rentable probablemente de todas las profesiones del país. Esto no es algo que sucedió solamente aquí, creo que es en todo el mundo. Chile es igual, Perú es igual, Colombia ni se diga, y para arriba, para el norte igual.» Exautoridad.*

*«Y las grandes diferencias, con las grandes diferencias de costos no estoy de acuerdo. No estoy de acuerdo con que pueda una cirugía de vesícula cobrar – qué sé yo – dos mil quinientos dólares, y por el tratamiento de una neumonía cien dólares. No estoy de acuerdo con esta gran diferencia. Yo creo que el costo quirúrgico puede ser un poco más alto por la tecnología que se use, por una serie de costos adicionales que pueda tener. Pero no puede haber esta enorme diferencia entre uno y otro, porque la neumonía no puede ser, o la colecistectomía, la colecistitis aguda o colecistitis crónica, o mejor dicho, la colelitiasis, no puede ser más cara que una neumonía. ¿A cuenta de qué? ¿A cuenta de qué si es una enfermedad en un paciente? Entonces, el valorar así, porque estamos los médicos tratando a un paciente, no estamos tratando esta... cuando tenemos esta visión general, ya una colecistectomía no puede valer, o mejor dicho, una colelitiasis no puede valer más que una neumonía.» Docente.*

**Tabla 26: Códigos de “ejercicio” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Ejercicio: Medicina preventiva importante	12	5	7	4	28
Ejercicio: Generalista como pilar de la medicina	8	2	11	2	23
Ejercicio: Subespecialista con conocimiento fraccionado	2	2	7	4	15
Ejercicio: Medicatura rural	2	3	5	4	14
Ejercicio: Manejo no farmacológico es tendón de Aquiles de la medicina occidental	6	3	4	0	13
Ejercicio: Subespecialistas son necesarios	5	1	6	0	12
Ejercicio: Generalista sufre menosprecio	0	3	2	4	9
Ejercicio: Relación médico-paciente - Consulta muy corta	0	5	1	3	9
Ejercicio: Subespecialistas sobrevalorados	1	1	7	0	9
Ejercicio: Subespecialistas suelen perder visión holística	2	1	4	2	9
Ejercicio: Equilibrio difícil entre humanismo y tecnología	2	0	6	0	8
Ejercicio: Necesitamos más generalistas	1	0	6	0	7
Ejercicio: Necesitamos menos subespecialistas	1	0	5	0	6
Ejercicio: Educación del paciente como obligación médica	0	1	3	1	5
Ejercicio: Subespecialistas poco preparados en manejo no farmacológico	0	1	1	1	3
Vinculación: Alfabetización es parte	2	1	0	0	3
Ejercicio: Generalista necesita equipo sofisticado	0	0	2	0	2
Ejercicio: Paciente como sujeto activo	0	1	1	0	2
Ejercicio: Subespecialista es el médico hospitalario	0	1	1	0	2
Ejercicio: Subespecialización refleja la estructura social y económica actual	0	2	0	0	2
Ejercicio: Avance de la medicina obliga la subespecialización	1	0	0	0	1
Ejercicio: Idiosincrasia de Pacientes - Siempre quieren algo a cambio	0	0	1	0	1
Ejercicio: Ingresos bajos de generalistas	0	0	1	0	1
Ejercicio: Medicina de laboratorio - Parte de la práctica médica diaria	1	0	0	0	1
Ejercicio: Médico debería educar a maestros no a pacientes	0	0	1	0	1
Ejercicio: Subespecialista cree que tiene que trabajar solo en los grandes centros urbanos	0	1	0	0	1
Ejercicio: Subespecialista se apodera de competencias del generalista	0	1	0	0	1
Ejercicio: Subespecialistas practican menos la consejería	0	0	1	0	1
<b>Totales</b>	<b>46</b>	<b>35</b>	<b>83</b>	<b>25</b>	<b>189</b>

El «ejercicio» en este contexto se refiere al ejercicio de la profesión médica, tanto privada cuanto pública o como docente.

Encontramos varios núcleos: La importancia de la medicina preventiva. Este reconocimiento implica el reconocimiento de la importancia de la medicina pública, porque en la medicina privada no existe tanto énfasis en la prevención. Es una tarea con la que carga el médico familiar, el médico de la atención primaria que, en gran parte, es pública.



---

*«¿Cómo es que el hospital con la mayor tecnología no ha podido bajar las tasas de incidencia en esta región donde atiende? En cuanto al diagnóstico precoz, en cuanto a la promoción y prevención. Y un hospital más pequeño en una provincia donde no tiene mucha tecnología ese hospital, los casos de cáncer de cuello uterino in situ superan 3 a 1 al cáncer invasor. Pues ahí seguramente la política, la promoción, la prevención está mejor orientada que en el gran hospital de la gran ciudad.» Autoridad.*

*«Yo pienso que nuestro gran problema es la prevención.» Docente.*

*«Para mí es muy importante, para mí, uno de los grandes proyectos de salud de nuestro país debe ser inculcar la prevención.» Docente.*

*«Desde el punto de vista de la epidemiología, que es el área de enfoque en que me desempeño yo, o sea, todo el accionar médico es preventivo. Eso es una cuestión que lamentablemente no se la ha incorporado en la visión, en la matriz que rige nuestra práctica como tal. Todo es preventivo lo que hace el médico.» Exautoridad.*

*«Bueno lo que más necesita el país no son especialistas. Necesita médicos en atención primaria de salud. Los países del mundo que hacen una buena prevención no necesitan hacer grandes hospitales. La prevención es lo más importante.» Autoridad.*

*«Mi opinión: Es sumamente importante la prevención sin dejar de lado la parte farmacológica. ¿Y la prevención en base de qué? De buenos hábitos higiénicos, buenos hábitos alimenticios, también el de saber vivir.» Autoridad.*

*«Y siento que debemos ubicar al estudiante de que la profesión tiene que volver a tomar los cauces de la medicina familiar, de la medicina preventiva.» Docente.*

---

Necesitamos entonces al médico generalista. Pero también el especialista en los casos cuando la complejidad de la enfermedad supera los recursos disponibles en el primer nivel de atención.

*«¿Te estás dando cuenta de que el sistema de salud americano está necesitando médicos familiares?» Docente.*

*«El hospitalista era el que tomaba el cargo del paciente. No eran los subespecialistas y nada de esto. Ellos venían haciendo ciertas interconsultas. Pero el paciente, el encargado, el responsable principal era el hospitalista.» Docente.*

*«Decimos que el médico de atención primaria es el médico base en el que debe estar sustentado el sistema de salud.» Docente.*

*«De ahí, para mí, ambas partes de la medicina, tanto la sub sub sub especialización como el general completo, como sería medicina familiar, pues son muy importantes para el cuidado de la salud.» Docente.*

Se reconoce que el generalista sufre de menosprecio, también por parte de los subespecialistas.

*«Una de las cosas, o sea, como aquí en Cuenca tenemos tres Universidades, uno podría, según dicen las referencias, que las personas que se quieren ir solo ya a los especialistas, creo que la Universidad, igual conjunto con el Ministerio de Salud pudieran hacer una campaña, una concientización y a largo plazo de las personas, que si uno va a un médico general, no es para que el médico general... a ver si te cura y allí te manda porque tienes que irte donde él para que te mande a algún lado.» Estudiante.*

Lo que quiere decir en un lenguaje más comprensible: «Los pacientes en Cuenca tienen la idea de acudir directamente al especialista, porque opinan que el médico generalista de atención primaria solo sirve para extender

---

referencias porque no puede dar soluciones. El Ministerio de Salud Pública debería emprender una campaña de concientización».

*«La una es de que de alguna manera los médicos familiares, los médicos generales aún tienen delimitado su accionar en las mismas unidades operativas, en los servicios de salud donde trabajan. Eso como que configura una visión de que el médico familiar no estaría en capacidad de abordar con profundidad ciertos problemas.» Exautoridad.*

*«[...] los mismos profesionales se han encargado en denigrar ciertas especialidades y en darles peso a otras.» Docente.*

*«Entonces ellos tienen la sensación – no ellos, sino que es la comunidad general – de que el médico general, el médico familiar, el integral, son menos.» Exautoridad.*

Por otro lado existen duras críticas en contra de los subespecialistas por su pérdida de visión y el fraccionamiento de su conocimiento. Citando las palabras proféticas de Sir James Mackenzie describimos bien la situación en la que ahora nos encontramos:

«Temo que llegue el día cuando el especialista del corazón dejaría de ser un médico que mira el cuerpo como un todo, sino alguien, quien trabaja con instrumentos cada vez más complicados en una zona estrecha y restringida del cuerpo – esto nunca ha sido mi idea.» (197)

*«A partir de una visión positivista, incorporada en la medicina, viene la fragmentación. La Fragmentación por la complejidad que se daba en cada uno de los órganos y de los sistemas del cuerpo humano, del organismo humano. Esta situación parece que era necesaria en su momento. Es decir, la complejidad fue tal que de alguna manera necesitaba que un profesional en particular se enfoque en eso.» Exautoridad.*

---

*«[...] en noveno y en décimo tengo especialistas, tengo cirujanos, tengo nefrólogos, tengo gente que hace especialidades. Ellos se meten en una consulta para ver riñones y riñones y riñones. No vas a ver pacientes. Entonces se intenta llenar esa desviación haciendo que los estudiantes con este nefrólogo estén en el hospital, para que tengan al menos la posibilidad de ver a un paciente al cual le ve el nefrólogo, le ve el neumólogo, le ve el cardiólogo, y tiene un paciente un poco más amplio de panorama. Y en consulta se arruinarían completamente, porque solo verían nefro, ¿no?» Autoridad.*

*«Y creo que eso hace que no podamos integrar las cosas. Eso hace que no podamos integrar, porque cada uno está dividido, cada uno tiene su propia visión de las cosas, y generalmente desde su ámbito de práctica médica. Entonces, mientras más pequeño su ámbito de práctica médica, va a ser pequeña su visión también.» Docente.*

*«Mencionan un poco la medicina integrada en cambio las prácticas son hospitalarias y a nivel de las clases tenemos especialistas. Y estos especialistas muchas veces desconocen el tema del cual, por ejemplo, si yo les planteo una pregunta que como si no fuera un caso de la especialidad de él, y le dijera por qué no puede ser esto, muchas veces dicen "porque no puede ser". Entonces tampoco nos abren el pensamiento [...] sino se quita esa factibilidad de que el alumno sobresalga o vaya más allá del tema, sino que tratan de reorientar y centrar, porque los ABP para los doctores son para orientarnos hacia el tema y guiarnos ilustrando sobre el mismo tema.» Estudiante.*

Existen otros tópicos que se tocan: El manejo no farmacológico de las patologías (y que los subespecialistas no saben mucho de eso), el corto tiempo de atención que se concede a los médicos en el servicio público, que sí es escandaloso, pero que constituye un tema fuera del marco de esta tesis.

Pensando en el subespecialista, siempre se me viene en mente que se pone tanto énfasis en lo «ultranuevo», los descubrimientos del último minuto, los medicamentos recientes. Y se pierde de vista esta sabiduría antigua que Osler expresó así: «Las filosofías de una época se han convertido en los absurdos de la siguiente, y la tontería de ayer se ha convertido en la sabiduría de mañana» (120).

**Tabla 27: Códigos de “medicina humanista integral” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Medicina integral: Visión holística esencial	4	4	9	1	18
Medicina integral: Médicos de atención primaria con visión holística	3	2	10	1	16
Medicina integral: Entrevista con el paciente vital	2	1	8	0	11
Medicina integral: Relación médico-paciente - Comunicación	2	1	1	0	4
Medicina integral: Relación médico-paciente - Empatía e interés	1	1	2	0	4
Medicina integral: Medicina como arte	0	0	3	0	3
Medicina integral: Médico como actor social y político	1	1	1	0	3
Medicina integral: Manejo no farmacológico - Cambio de estilo de vida	0	1	1	0	2
Medicina integral: Capacidad de expresarse coloquialmente con el paciente	0	0	1	0	1
Medicina integral: Manejo no farmacológico - Abordaje social	0	1	0	0	1
Medicina integral: Manejo no farmacológico - Adicción, sexualidad arriesgada, violencia, etc.	0	1	0	0	1
Medicina integral: Manejo no farmacológico - Creencias y falta de ciencia	1	0	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>36</b>	<b>2</b>	<b>65</b>

En esta categoría se enfatiza, una vez más, la importancia de la visión holística, integral que encontramos claramente definida también en el perfil de egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. Igualmente se abarca del tema del humanismo en la medicina.

*«[...] podemos caer en lo que ya desde hace muchos años Albert Einstein decía: Los avances le dan miedo, los avances de la medicina, puede llevar*

---

*a la deshumanización y que nos volvamos dependientes de la tecnología.» Autoridad.*

*«El médico que no aborda, que no logra desarrollar su capacidad de observación directa a través de sus sentidos, los diferentes fenómenos, lamentablemente se convierte en una persona que se centre en un signo, que se centre en un síntoma, y pierde la integralidad de la visión. Y creo que es necesario.» Exautoridad.*

*«Rita Charon, y también empiecen a esculcar las escuelas... que sepan que son las otras terapias: Equinoterapia, aromoterapia, no cierto. Oye, la gente dice: hay aromoterapia, equinoterapia, no sé qué terapia, piedroterapia. Señores, ¡no! Oiga, si estamos hablando del trasplante de materia fecal, que ahora es el boom haciéndose eso, pero antes, hace cinco años, cuando hablabas de eso, decían "¡Que idiota!" Mi abuela me daba orina, me pedía que me orine en un frasquito para que ella se tome. Volvemos a eso. La gente tiene que comer caca para curarse de la colitis inflamatoria. Hay que saber que también existen esas otras terapias.»  
Docente.*

*«Claro, exacto. Eso es cuando vamos a dejar de ver al paciente como un ser humano, creo yo, y lo vemos como un simple engranaje en un proceso, igual, que puede ser incluso industrial.» Docente.*

Y la medicina como arte... es fascinante desprenderse de la idea de un positivismo incapacitante, un materialismo reduccionista.

*«Así que es un arte. Y es lo que decíamos en esta parte de la inteligencia social.» Docente.*

*«Entonces todo esto sí es realmente, aparte del conocimiento, es habilidad, y como todo, habilidad necesita entrenamiento.» Docente.*

**Tabla 28: Códigos de “medicina pública” por grupos de entrevistados***(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)*

Código	Au	Do	Es	Ex	Totales
Medicina pública: Alfabetización en salud deficiente	3	1	2	4	10
Medicina pública: Mal manejo de primer nivel de atención	3	3	2	2	10
Medicina pública: No reconoce sus fallas	4	3	2	0	9
Medicina pública: Discordancia entre palabras y acciones	5	2	0	0	7
Medicina pública: Derroche de recursos	2	1	0	1	4
Medicina pública: Entorpece trabajo de ONG	1	2	0	0	3
Medicina pública: Maltrato al paciente en UUOO	0	0	2	1	3
Medicina pública: Recibido con desconfianza y desdén	0	0	3	0	3
Medicina pública: Ha mejorado su imagen	0	0	0	1	1
Medicina pública: Irrespeto de la jerarquía de los niveles	0	1	0	0	1
Medicina pública: MAIS no aplicado estrictamente	0	0	1	0	1
Medicina pública: Mala planificación	0	0	0	1	1
Medicina pública: Modelo Flexner como problema	0	0	0	1	1
Medicina pública: Ofrece tecnología de punta	0	0	0	1	1
Medicina pública: Pésima calidad de medicación	0	0	1	0	1
Medicina pública: Sofisticación de la infraestructura no es igual a calidad	0	0	0	1	1
<b>Totales</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>57</b>

La medicina pública, en nuestra definición, es aquella medicina que se desarrolla en el ámbito del Ministerio de Salud Pública y de los seguros sociales, como el Instituto Ecuatoriano de Seguro Social (IESS) o el Seguro Campesino, entre otros.

Cuando analizamos los códigos de mayor ponderación, salta a la vista su carácter negativo:

- Alfabetización en salud deficiente
- Mal manejo de primer nivel de atención
- No reconoce sus fallas
- Discordancia entre palabras y acciones
- Derroche de recursos
- Entorpece trabajo de ONG
- Maltrato al paciente en las unidades operativas
- Recibido con desconfianza y desdén

---

Las cosas están mal, eso sabemos, pero esta secuencia de negativismo negro seguramente no da justicia a la situación. Pero describe bien las fallas y los problemas dejando de lado los aspectos positivos que también existen.

La siguiente declaración de un entrevistado demuestra muy bien que existe también el lado positivo, solo que muchas veces lo damos por sentado y no lo mencionamos.

*«Además con el tema del costo, digamos antes, cuando yo hacía la residencia, todo se mandaba a comprar a los enfermos. Teníamos las recetas listas, desde el suero. Lo único que no se les cobraba era la mano de obra y la comida, y no era buena además. Pero ahora, digamos, de alguna manera, o hasta algunos años, digamos, ha habido esa facilidad de contar con la mayor tecnología para poder hacer cosas por el bien de los pacientes. Podría decir que incluso, en la parte tecnológica, muy por encima de los entes privados. Yo trabajo en los dos lados, pero la parte pública creció mucho más que la privada.» Exautoridad.*

Reconociendo que esta categoría – resultado de las entrevistas, muy claramente identificada, pero no planificada de esta forma – no encaja en el marco de esta tesis. Dejamos los datos tal cual aparecieron y no comentaremos más.



#### 4.3.8. TEMA - Retos y conflictos

**Tabla 29: Códigos de “conflictos” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Conflicto: Perfil de egresado sigue válido y no debe ser cambiado	9	5	5	2	21
Conflicto: Alejamiento cada vez mayor del perfil de egresado	2	1	13	2	18
Conflicto: Perfil de egresado nunca se logró	4	0	11	0	15
Conflicto: Hospital de tercer nivel	5	1	6	0	12
Conflicto: Problema de Consultorios UDA	1	6	3	1	11
Conflicto: Desfase de la enseñanza con el perfil de egresado	1	2	7	0	10
Conflicto: Administración despreocupada de los estudiantes	0	0	0	8	8
Conflicto: Tal vez hay que cambiar o ajustar el perfil de egresado	5	1	2	0	8
Conflicto: Falta de liderazgo de las Autoridades	0	3	2	1	6
Conflicto: Falta de discusión sobre el perfil de egresado	0	0	3	0	3
Conflicto: Visión clara del perfil de egresado indispensable para lograr objetivos	0	1	2	0	3
Conflicto: El perfil de egresado (médico integralista) es incluso la meta del MSP y de todas las universidades	0	1	0	0	1
Conflicto: Examen de habilitación es de (sub)especialidad	0	1	0	0	1
Conflicto: Facultad se adapta a la sociedad consumista	0	1	0	0	1
Conflicto: Infraestructura insuficiente de la Facultad	0	0	0	1	1
Conflicto: Intereses particulares de médicos destruyen la visión	0	0	1	0	1
Conflicto: Mal aprovechamiento del espacio de la Facultad	0	0	0	1	1
Conflicto: Oficinas eran originalmente consultorios con baños y duchas	0	1	0	0	1
Conflicto: Solo 10 primeros años con enfoque del médico familiar	0	1	0	0	1
Conflicto: Universidad puede a duras penas cumplir con su obligación educativa	0	0	1	0	1
<b>Totales</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>56</b>	<b>16</b>	<b>124</b>

Este tema no es el resultado de la primera codificación. Todos los códigos encajarían perfectamente en otros temas y categorías, como por ejemplo lo relacionado con el perfil de egresado o los problemas con el hospital de tercer nivel (podrían incluirse en “visión de la Facultad”).

---

En este sentido, tenemos aquí una colección algo artificial para reunir los principales temas bioéticamente relevantes en un lugar.

#### **4.3.8.1. Perfil de egresado**

Queda claramente visible que el problema del perfil de egresado, en todas sus variaciones, está en el foco de la atención.

Se afirma que este perfil sigue válido, que no debe ser cambiado. Sin embargo, la enseñanza práctica se aleja cada vez más de este perfil. Hasta se declara que, en realidad, este perfil nunca se logró, que siempre ha sido un ideal, un mito. Por todo lo dicho, existe un desfase entre el perfil publicado y profesado y la docencia verdadera. A pesar de esta situación, falta la discusión sobre el tema. Y esto teniendo en cuenta que un perfil claro y real es necesario para lograr los objetivos. Es necesario sintonizar los esfuerzos de todos en su carácter, magnitud, tiempo y dirección.

Pero también existen quienes dicen que tal vez hay que cambiar, o adaptar, este perfil. Esta opinión proviene especialmente de parte de las autoridades. Pero también de los otros grupos entrevistados, con excepción de los estudiantes, se oyen unas pocas voces al respecto.

Solo las exautoridades no están de acuerdo que el perfil nunca se había logrado. Los estudiantes no se pronuncian sobre el asunto, ellos no pueden saberlo.

De hecho, es una situación insostenible. O se cambia (o adapta) el perfil, o se cambia (o adapta) la enseñanza. Pero hay que tomar medidas.

El perfil de egresado determina muchas cosas:

- El tipo de docente contratado. Hay quienes afirman que en el estudio de pregrado el subespecialista no debería participar, salvo en

---

contadas ocasiones. El bulto de la enseñanza debería ser manejado por médicos de atención primaria, especialmente los médicos de familia, pero por supuesto existe el espacio para el ginecólogo, el pediatra, el internista y el cirujano. El subespecialista quedaría con el papel del asesor en situaciones especiales.

- El contenido de la enseñanza. Serán las 100 patologías más frecuentes del país, serán los procedimientos más comunes en la consulta de la atención primaria, será la visión familiar, comunitaria, integral de la persona, en su físico, psiquis, espiritualidad, su entorno de vida, su casa, su familia, su trabajo, será algo integral. No hace falta pasar horas o ABP enteros sobre las neumonías hospitalarias o secuelas de trasplantes hepáticos. Será lo más frecuente, lo más importante en volumen, será la capacidad de identificar los signos de alarma y referir oportunamente. Será la capacidad de implementar el tamizaje para la detección temprana y oportuna, será el trabajo en la prevención, en la educación. Hay un abanico enorme de contenidos, y el especialista apenas encaja.
- La inversión de la Facultad en la simulación. No hace falta comprar maniquís muy caros para el entrenamiento de situaciones de sala de emergencia. Se puede seleccionar lo más importante para la atención primaria.
- Porcentaje de enseñanza hospitalaria. La ley exige, y parece útil, la enseñanza hospitalaria. Pero con un perfil de egresado de médico de atención primaria no parece sensato de darle un peso del 75%.

Podríamos seguir y seguir con las consecuencias para subrayar la importancia del perfil de egresado. Es lo que define, lo que guía, lo que indica la dirección, es el pulso de la Facultad – o debería serlo

---

Muchos de los entrevistados expresan la opinión que una gran parte de los docentes de la Facultad desconoce este perfil.

El problema del perfil de egresado también es un problema bioético. Es un problema de la veracidad, la congruencia entre lo expresado y lo realizado. Presentamos una serie de demostraciones lógicas que ilustran el problema de modo matemático mediante la ética formal.

### **Haz lo que predicas, en formulación de lógica modal.**

La Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay declara públicamente el perfil de egresado, es decir, un médico preparado para la atención primaria.

P = "predicar"

H = "hacer"

x = "alguien"

b = "una cosa"

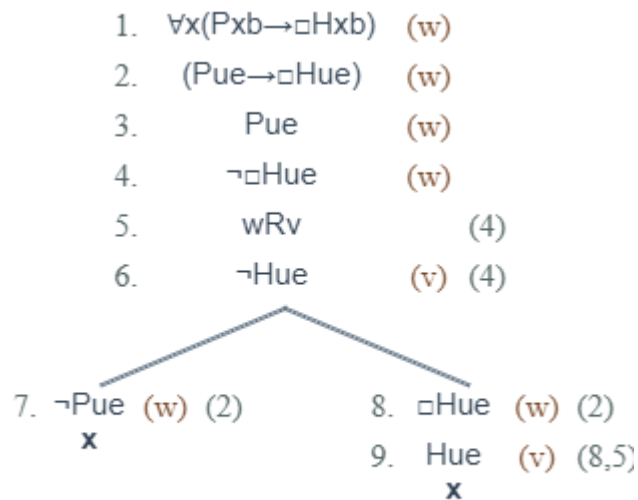
u = "Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay"

e = "énfasis en la atención primaria"

1.  $(\forall x) (Pxb \supset \Box Hxb)$
2.  $(Pue \supset \Box Hue)$
3. Pue
4.  $\therefore \Box Hue$

En otras palabras, si la Facultad declara el énfasis en la atención primaria, entonces es necesario que lo cumpla.

Árbol semántico de prueba (tablero semántico):



**Demostración de que la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay no es una Facultad de Atención Primaria de Salud:**

Según nuestra definición, una «Facultad de Atención Primaria en Salud» es una facultad de medicina que pone énfasis en su malla curricular en la enseñanza de la atención primaria de salud. Para este fin es necesario emplear docentes que son médicos generalistas, que ejercen la atención primaria de salud. Existe una serie de estudios y ejemplos que comprueban que los subespecialistas no están en capacidad de enseñar atención primaria en salud (198–211).

M = “emplear predominantemente a médicos de atención primaria de salud”

E = “poner énfasis en la enseñanza de la atención primaria de salud”

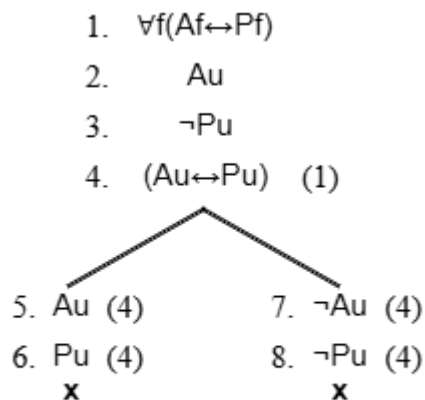
A = “ser una facultad de atención primaria de salud”

f = “Facultad de Medicina”

u = “Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay”



*Árbol semántico de prueba (tablero semántico):*



El perfil de egresado también determina el perfil del estudiante. Si conocemos cómo luce el profesional formado, podemos definir las características de una persona apta para alcanzar esta clase de profesionalismo. En otras palabras, los problemas en el proceso de admisión, la clase de procedimiento – que depende del perfil del estudiante que busco – solo pueden ser resueltos cuando exista una clara definición de la meta y, por supuesto, la adherencia en la enseñanza a esta meta. Caso contrario se queda en palabras vacías que pueden sonar bonitas – el tonel vacío mete más ruido pero suena hueco.

Los entrevistados también expresan el problema de la contratación del personal docente. Muchos de los docentes desconocen el perfil de egresado, no participan en las reuniones cuando son llamados, demuestran desinterés abierto en los asuntos de la Facultad y, al parecer, usan el trabajo de la Facultad como peldaño intermedio para esperar «algo mejor». Un compromiso verdadero no existe. No podemos generalizar esto. Pero el porcentaje de los docentes que encajan en esta categoría es alto – solo véase la tasa de participación en las reuniones convocadas.

---

No es suficiente para un docente disponer de unas horas vacías para calificar para el trabajo, tampoco es suficiente la comodidad de que la Facultad se encuentre a unos pocos pasos de su lugar de trabajo en el hospital, aquel único trabajo que en verdad le interesa.

*«Creo que los problemas que hemos tenido han sido ahora más en la parte de los ABP que recibimos. Hay profesores que no saben dar un ABP. Yo he tenido la mala suerte tal vez que me tocó con dos profesores que simplemente no les interesa dar ABP. O están en el celular o hasta se duermen en el ABP. Entonces realmente hay doctores que no saben dar ABP, simplemente. Y también me tocaban unos muy buenos que saben dar, saben guiar, saben todo, pero yo creo que esta parte sí es fundamental» Estudiante.*

*«Pero ahora que estamos en ABP, yo creo que sí se maneja de una forma no correcta. Por ejemplo, nos da un especialista en neumonías, entonces un especialista va a tratar las neumonías que están en UCI o son complicadas. Pero nosotros tenemos que resolver una neumonía adquirida en comunidad que sea leve. Y en este caso, yo creo que nos están explicando, nos están enseñando el tratamiento de UCI en vez de enseñar lo que en verdad necesitamos.» Estudiante.*

*«Si el profesor no está bien comprometido, no va a funcionar. Y eso parte, como dije, del clima en el que este profesor trabaje.» Exautoridad.*

*«Para mí una de las cosas más importantes es que nosotros estemos interesados en la materia que damos. Es decir, pienso que uno de los grandes problemas está en que nos han asignado materias para dar. Muchas veces el profesor no las da con tanto gusto como si uno escogiera la materia que quiere dar. Entiendo que eso es muy difícil para la Facultad porque todos los cirujanos van a querer dar cirugía. Ninguno va a querer dar anatomía. Por poner un ejemplo. Entonces pienso que el*



---

*estudiante percibe el gusto que uno tiene por la materia que está dando. Esa sería mi recomendación a esto.» Docente.*

*«Yo creo que al respecto hay necesidad de que los profesores, en primer lugar, tengamos claros qué pretende esta Facultad. Si los principios de esta Facultad, si lo que fundamenta a esta Facultad es lo que corresponde a atención primaria de salud, o sea, cualquier docente que venga a este espacio tiene que estar claro en eso. Tiene que estar claro hasta dónde llega. Tiene que estar claro qué delimita. No una tendencia de un poco resaltar mi área, porque en eso es lo que más me desempeño.» Exautoridad.*

*«¿Qué es lo que yo necesitaba cuando era estudiante que fue lo que me faltó? Apoyo, seguimiento, reforzar en áreas. ¿Qué era lo que me faltaba? ¿Y cómo puedo implementar esas cosas? Porque casi no cambien esas situaciones.» Docente.*

*«¡Con compromiso! ¡Y exacto! Si ustedes están viendo, es que ese es el problema, a veces yo noto que no quieren pelear, no quieren discordia, pero no, se necesita. O sea, se necesita compromiso, se necesita compromiso con la Universidad. Esto no es un lugar donde uno se hace las chauchitas.» Docente.*

*«Yo creo que para ser profesor de la Facultad, para ser un profesor universitario, o sea, no necesito horas vacías en mi actividad diaria, cotidiana. No puede ser que por el hecho de que tengo horas vacías, entonces voy a buscar unas horitas de clases para colaborarles, para ser que se sientan importantes teniendo a mí en el interior de esta Facultad en la formación, no, no necesitamos.» Exautoridad.*

Y con esta falta de compromiso viene el abandono.

*«El problema es en las rotaciones, las tenemos a veces con doctores que si bien están con nosotros nos enseñan, hay otros que nos dejan a la*

---

*deriva. O sea, "hagan una historia clínica" y dicen que luego vienen para revisar, y llega el momento de revisar, porque no están. No les encontramos, eso es algo que no debería pasar. Las rotaciones son para poner en práctica lo que hemos aprendido y si nos dejan, no tenemos cómo hacerlo.» Estudiante.*

Se visualiza muy claramente el papel central del perfil del egresado. Determina, el perfil del estudiante y, por ende, el manejo del proceso de admisión, determina el tipo de docente que necesitamos, determina el compromiso del docente y, en suma, la calidad de la enseñanza. Es el entusiasmo del docente por su labor que se trasmite al estudiante y despierta en él el mismo entusiasmo si tan solo existe una gota de afinidad.

#### **4.3.8.2. El sentimiento de abandono de los estudiantes**

Los alumnos expresan este sentimiento en dos contextos:

Primero, como ya lo describimos, en su trabajo, su práctica en los hospitales donde algunos docentes (no todos, desde luego) no les dedican su tiempo y los dejan a la deriva.

Segundo, los estudiantes manifiestan la impresión de que las autoridades no se preocupan lo suficiente de sus problemas. Incluso comparan la actitud de las autoridades de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay con la de otras facultades de medicina. No es un problema nuevo. Hubo quejas ya antes. Pero describen su impresión de que ahora es peor que nunca.

*«Yo creo que el mayor problema, para de lo que yo veo, es la coordinación y la preparación sobre todo en los altos mandos, digamos, de la Universidad, porque vemos que estamos en una constante pelea alumnos y profesores, y con las autoridades, de crear espacios para materias, que coordinen bien entre materias, incluso a veces con la Universidad en sí,*

---

*digamos, sí nos perdemos nosotros como Facultad. Entonces yo creo que eso sería un poco para que nosotros, como quien dice, sanando estos inconvenientes creando espacios para crecer.» Estudiante.*

*«Bueno, como aquí comentamos, vemos que son importantes estas materias Historia de la Medicina y Cultura General. Podemos nosotros darles importancia, pero las autoridades no les están dando. Aquí va la cosa. Uno, las dicen optativas. Y dos, cuando uno tiene el instinto de querer tomar estas materias que le gustan, siempre los horarios chocan, nos toca eliminarlas o cancelarlas, porque no hay apoyo dentro las autoridades para estas materias optativas.» Estudiante.*

*«El último tema medio grande que se vio fue el del estipendio de los internos, en el cual, luego de que la Universidad Estatal sobre todo ingresó con su Decano, el Decano de hecho marchaba con ellos, para un reclamo justo, después de esto ingresaron recién las autoridades de nuestra Facultad por la presión que se hizo. Sin embargo, como papel marcado, deberíamos quedar sobre todo para el beneficio de la Facultad y de sus estudiantes, yo pienso que no... realmente no lo tienen.» Estudiante.*

*«Yo pienso que el manejo ahora de las autoridades es peor que la que vivimos en los primeros ciclos. Sobre todo se ha visto marcado en los horarios, en los profesores. La parte administrativa también está hecho un desastre, porque no se preocupan, dejan todo para el último, y realmente se preocupan más, digamos, de lo público, de aparecer como una buena administración, cuando internamente dejan todo de lado.» Estudiante.*

¿Y por qué cito esta situación? Porque, no importa si estas quejas son justas o injustas, reflejan la falta de diálogo que hay entre las autoridades y los estudiantes. El diálogo puede resolver mucho.

---

#### **4.3.8.3. El problema del hospital de subespecialidades**

El hospital de tercer nivel asociado a la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay fue identificado por varios entrevistados como un grave problema. Se relaciona con este el conflicto de los Consultorios UDA disfuncionales en la actualidad.

Ya en el análisis histórico se menciona la interferencia con estos consultorios, los bloqueos que han sufrido. Y se menciona cómo el hospital de tercer nivel y sus médicos cada vez más se alejaban del ideal propuesto por el fundador de la Facultad, como no puede ser de otra manera, pues la visión de un subespecialista y de un generalista son diametralmente opuestos. Se complementan, pero no armonizan.

Este conflicto existe desde sus inicios, como una de las autoridades señala con claridad:

*«El doctor Rodas escribió en una de las revistas de la Facultad... aquí, aquí hay una contradicción. Esto estaba leyendo la otra vez. Es por ejemplo, él, cuando hace ese artículo en la revista de Universidad Verdad de la UDA y pone que la formación de la Facultad de Medicina indica que él quiere contribuir a la atención de salud de la región del país con los estudiantes formados con una sólida base familiar y comunitaria. Y en el siguiente párrafo él mismo escribe: "Contribuyó en forma decisiva la organización en Cuenca de un nuevo hospital que tomó el nombre de Hospital Universitario del Río, impulsado por un grupo de profesionales de indiscutible calidad ética, académica y científica, los cuales expresaron su voluntad de unir esfuerzos con la Universidad". Si es que la Facultad se catapultó desde un hospital del tercer nivel, perdió el horizonte completamente. Perdió el horizonte completamente, porque tiene neonatología, terapia intensiva, tiene resonancia, o sea, arrancó mal, completamente mal. La Facultad tenía que decir: "Yo voy a tener*

---

*consultorios de atención primaria y nada más, y esa va a ser mi práctica. Y se acabó. Yo no tengo por qué estar con gente dentro de hospitales. Entonces es una cuestión tradicional, mental, dogmática, que va a costar mucho.» Autoridad.*

Apenas parecía que se iba a resolver este problema, cuando la pandemia de COVID-19 ha creado una nueva realidad – una realidad que todavía queda por analizar y en la que hace falta, como ya mencionamos en otro contexto, el diálogo.

*«Queremos médicos con una visión clara de lo que es atención primaria de salud, formados en ese ámbito con una capacidad resolutive lo suficientemente clara para enfrentar el 90% de la morbilidad prevalente en el medio. Y por otro lado tenemos un hospital, cercano, fraterno, pero en donde la complejidad y la sofisticación de la especialidad y de la subespecialidad es lo más notorio. Una situación difícil de superar. Una situación difícil de mantener.» Exautoridad.*

*«Porque las metas no empezaron bien. El hecho de esperar hasta que se forme el Hospital del Río para armar la Facultad, es un error. Un error grande, ¿no? Es un hospital de tercer nivel.» Autoridad.*

*«Sí, considero yo un problema; ese nacimiento fue problemático. La idea que tenía yo, yo no hago medicina asistencial, vengo de una escuela diferente por formación y por principios, pero me parece que lo conveniente hubiera sido un hospital base, un centro de salud base, algunos elementos que de alguna manera lo que implicarían primero y segundo nivel en el sistema de salud ecuatoriano. Hasta un hospital base.» Exautoridad.*

*«Lo que se debe cambiar es cómo se maneja ese pénsun, la composición del pénsun, qué se tiene que hacer ahí. Porque si comenzamos a meter muchas cosas de especialistas, no se está cumpliendo con lo que se está*

*ofreciendo a la población. Entonces ahí, como le dije, el 75% del tiempo los estudiantes pasan a nivel hospitalario, y estamos diciendo que va a egresar un médico de atención primaria. Y no se está poniendo en práctica esa parte. Podría ser que sea 50:50, porque también necesitan saber la parte hospitalaria para poder actuar en la parte comunitaria.»*  
*Docente.*

**Tabla 30: Códigos de “retos” por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Reto: Sobremedicalización	4	2	0	0	6
Reto: Medicinas disponibles o asequibles para todos	2	0	0	0	2
Reto: Atención materna para todas	1	1	0	0	2
Reto: Conflicto entre interés gremial médico e interés de comunidad	2	0	0	0	2
Reto: Disminución de la mortalidad infantil	2	0	0	0	2
Reto: Enfermedades crónicas	0	1	1	0	2
Reto: Especialistas troncales tienen que salir a la periferia	0	0	2	0	2
Reto: Obesidad y Trastornos de la alimentación	0	2	0	0	2
Reto: Síndrome metabólico y diabetes	0	1	1	0	2
Reto: Subespecialización en aumento	0	0	1	1	2
Reto: ¿Cómo lograr este médico ideal de visión integral?	0	1	0	0	1
Reto: Adulto mayor	0	1	0	0	1
Reto: Atención primaria en trauma	0	1	0	0	1
Reto: Disminuir la mortalidad materna	1	0	0	0	1
Reto: Exceso de médicos	0	0	0	1	1
Reto: Información sexual y reproductiva	1	0	0	0	1
Reto: Objetivos del desarrollo sostenible - objetivo # 3	1	0	0	0	1
Reto: Resistencia a los antibióticos	0	0	1	0	1
Reto: Salud para todos	1	0	0	0	1
Reto: Ser más propios y autóctonos	0	1	0	0	1
Reto: Situación legal	0	0	0	1	1
Reto: Subespecialidades que desaparecerán	0	0	1	0	1
Reto: Trastornos psiquiátricos y adicciones	0	1	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>37</b>

La categoría de los retos incluye los desafíos que los entrevistados visualizan en un futuro cercano y que afectarían su carrera profesional o la situación de salud de la población. Son, por lo tanto, pronósticos y difieren mucho de una persona a otra.

---

La lista es muy dispar, el único ítem que se destaca es el problema de la sobremedicalización. La polifarmacia ha alcanzado dimensiones nunca antes vistas. Pero el problema no es nuevo.

«El deseo de tomar la medicina es quizás el mayor rasgo que distingue al hombre de los animales» (117). Así lamentó Osler el problema ya hace más de un siglo. Y tampoco nuestro país se salva del problema (212).

Llama la atención que los retos primordiales elegidos por los estudiantes son:

- Subespecialización en aumento
- Exceso de médicos
- Situación legal

Son amenazas existenciales que les provocan noches de insomnio. Son problemas que también la Facultad debería abordar. Son retos que ninguno de los profesionales los identificó como tal.

La juventud siente que se les están cerrando las puertas. El estudio de la medicina se ha convertido en una verdadera «carrera de ratas», un «rat race», como nuestros amigos al norte del Río Grande lo expresan. Y quien quiere participar, tiene que invertir mucho dinero y mucho tiempo – si es que dispone de ambos. Y los estudiantes ven que las demás ramas de la medicina caen en desprestigio... proceso instigado por los mismo subespecialistas que proclaman que los generalistas «no tienen idea», para expresarlo en términos suaves. He escuchado esto de nuestros propios profesores.

Reina el miedo de quedarse atrás, de sacrificar mucho para no lograr nada. Y con esto, el reto percibido por los estudiantes se convierte, se debe convertir, en reto para la Facultad que tiene que cumplir con su promesa de dar profesionalismo y la perspectiva de un buen futuro a sus alumnos.

Si entonces algunos profesores subespecialistas se sienten en el derecho de denigrar a los generalistas, entonces no deberían participar en la formación de justamente estos generalistas.

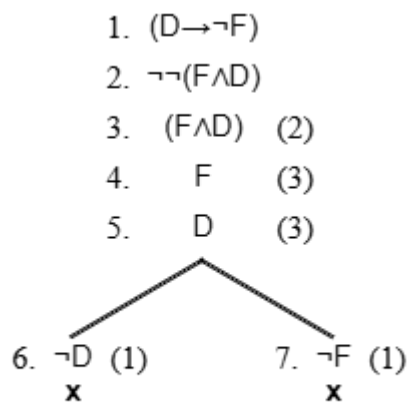
Una simple demostración de la ética formal mediante la lógica proposicional lo comprueba:

D = «denigrar a los generalistas»

F = «formar a los generalistas»

1.  $D \supset \neg F$
2.  $\therefore \neg(F \wedge D)$

*Árbol semántico de prueba (tablero semántico):*





#### 4.3.9. TEMA - La Facultad de Medicina de la UDA es especial

Este tema es un producto artificial, muy parecido al primer tema de las Antiguas influencias. Todos los códigos también pertenecen a otras categorías y otros temas. Pero es factible combinarlos para buscar una descripción de lo singular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay.

Es natural que esta selección sea subjetiva y refleje las ideas del autor. Pero se ve por la cantidad de citas y menciones que cuenta con fuerte apoyo en todos los grupos de los entrevistados.

**Tabla 31: Códigos de "enseñanza especial" por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Humanidades: Una necesidad	8	5	14	0	27
Ciencias básicas: Orientación a la práctica	6	3	4	4	17
ABP: Docentes deberían ser médicos de atención primaria en su mayoría	0	2	5	4	11
Humanidades: Buscar visión amplia y empatía en estudiantes y médicos	2	4	5	0	11
Metodología: En los sitios de trabajo	4	3	0	1	8
Manejo no farmacológico: Obligación del profesor conocerlo	1	1	4	1	7
Mentoría: Necesaria en la vida	2	0	5	0	7
Enseñanza: Enseñar poco pero bien	1	0	3	0	4
ABP: Necesario	2	0	1	0	3
Enseñanza: Comunicación como pilar o "core"	0	2	0	0	2
Humanidades: Mostrar la cara humana del médico al paciente	0	1	0	1	2
Metodología: Acompañamiento pedagógico	2	0	0	0	2
Metodología: Corredor formativo	0	2	0	0	2
Alumnos: Orgullo por la Facultad	0	0	0	1	1
Docente: "Educador médico"	0	1	0	0	1
Enseñanza: Abrir los ojos de los estudiantes a la realidad social	0	1	0	0	1
Enseñanza: Docente logra impregnar sabiduría entre los estudiantes	0	1	0	0	1
Enseñanza: Enseñar lo básico	0	1	0	0	1
Enseñanza: Importante dejar la exclusividad de la medicina	0	1	0	0	1

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
flexneriana					
Humanidades: Hay que mostrar humanidad para poder enseñarla	0	1	0	0	1
Metodología: Aprendizaje por observación	0	0	1	0	1
Metodología: Facultad limita el número de estudiantes en visitas al paciente	0	1	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>28</b>	<b>30</b>	<b>42</b>	<b>12</b>	<b>112</b>

Entre los códigos referentes a la enseñanza especial de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay con más de una sola mención podemos identificar varios grupos:

- Las humanidades como materia y el humanismo en la medicina
- La orientación práctica de la enseñanza, incluyendo las ciencias básicas y especialmente el ABP
- El traslado del sitio de la enseñanza fuera de la Facultad a los hospitales, los consultorios y las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
- Los conceptos del acompañamiento pedagógico y del corredor formativo
- La mentoría
- Enseñar poco pero bien
- La comunicación como pilar o «core»
- El manejo no farmacológico

Y contenido en estos grupos encontramos el fiel reflejo de la Declaración de Edimburgo. Fue entonces esa influencia, presente desde la fundación de la Facultad, lo que la hace especial.

Muchos de estos conceptos no están implementados debidamente. Esto, por lo tanto, debería ser una meta.

**Tabla 32: Códigos de “profesionalismo especial” por grupos de entrevistados***(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)*

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Ejercicio: Necesitamos más generalistas	1	0	6	0	7
Medicina integral: Relación médico-paciente - Comunicación	2	1	1	0	4
Medicina integral: Relación médico-paciente - Empatía e interés	1	1	2	0	4
Medicina integral: Medicina como arte	0	0	3	0	3
Medicina integral: Médico como actor social y político	1	1	1	0	3
Medicina integral: Capacidad de expresarse coloquialmente con el paciente	0	0	1	0	1
<b>Totales</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>22</b>

¿Qué distingue al profesionalismo del graduado de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay?

Es un médico generalista, de atención primaria, con gran empatía, gran capacidad de entrevista y una excelente relación con sus pacientes. Domina la ciencia detrás del arte... sí, no se olvida que la medicina es un arte, y el paciente no valora tanto el conocimiento del médico sino su arte en la aplicación del saber manteniendo íntegras la humanidad y la dignidad de la persona que acude para recibir ayuda. Él sabe expresarse de una forma que el paciente le entienda, no se esconde detrás de términos técnicos que no significan nada en la vida real. Y el graduado de la UDA no se restringe a su actividad curativa o paliativa. Participa activamente en la vida social y política. Sabe que la medicina no se desarrolla solamente en un consultorio. La medicina depende de la educación, del medio ambiente, del tejido social, de muchas cosas, y en la formación y transformación de todo ello participa.

Osler dijo a los jóvenes médicos: «No pueden permitirse el lujo de mantenerse alejados de sus colegas profesionales en ningún lugar. Únanse a sus asociaciones, mézclense en sus reuniones, den lo mejor de sus talentos, reuniéndose aquí, dispersándose allá; pero en todas partes mostrando que son en todo momento estudiantes fieles, tan dispuestos a

enseñar como a recibir enseñanza ... El pasaporte de la asociación de ustedes debe ser la honestidad de propósito, y la devoción a los más altos intereses de nuestra profesión, y esto ustedes lo encontrarán ampliamente difundido, a veces sólo aparente cuando se meten bajo la corteza de un exterior áspero» (120).

¿Suenan como el perfil de egresado? Si es así, enhorabuena. Si no refleja la realidad, ¡entonces manos a la obra!

**Tabla 33: Códigos de "visión especial" por grupos de entrevistados**

(Au = Autoridades; Ex = Exautoridades; Do = Docentes; Es = Estudiantes)

Código	Au	Ex	Do	Es	Totales
Visión de la Facultad: Formación del médico holístico	1	3	3	0	7
Visión de la Facultad: Compromiso social	2	1	0	0	3
Conflicto: El perfil de egresado (médico integralista) es incluso la meta del MSP y de todas las universidades	0	1	0	0	1
Vinculación: Buscar contacto continuo con la comunidad	0	1	0	0	1
Vinculación: Considerar al "médico transformador de una sociedad equitativa"	0	1	0	0	1
Visión de la Facultad: Formación integralista inicial	0	1	0	0	1
Visión de la Facultad: Médicos críticos y transformadores de la sociedad	0	1	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>15</b>

Y la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay tiene una visión especial: La formación de un médico con una visión integral, de la persona y su alrededor. Un médico con fuerte compromiso social. Se vincula con la comunidad y mediante esto logra ser un agente transformador del tejido de la sociedad.

Suenan utópico. Y si es así, entonces todavía no se cumple con esta visión. Todo progreso comienza con una utopía. Podemos ser los soñadores que encaminan la profesión en esta dirección.

## **5. CONCLUSIONES**

### **5.1. EL INFORME FLEXNER Y LA VISIÓN DE SIR WILLIAM OSLER**

No queda duda de que el Informe Flexner ha cambiado la medicina para siempre. La magnitud de su importancia es difícil de evaluar. Algunos estiman que muchos de los cambios atribuidos a la influencia del Informe Flexner ya se estaban en proceso de desarrollo en los Estados Unidos. Pero incluso así, el Informe Flexner aceleró el proceso de transformación de una medicina todavía arraigada en la medicina heroica del siglo XIX en la medicina científica del siglo XX.

Sin embargo, existe una nube de graves dudas éticas que echa una sombra lúgubre sobre el Informe Flexner.

Si bien Flexner trabajaba para la Fundación Carnegie, recibía apoyo vital de la AMA. La AMA tenía su propia agenda, y en ella figuraban la destrucción de todas las formas de medicina alternativa (como actualmente se denominan) y la reducción de las escuelas médicas y la concomitante reducción del número de graduados, con la finalidad de asegurar buenos ingresos para los miembros de la AMA. El apoyo brindado a Flexner, por lo tanto, no fue un apoyo sin interés propio.

Flexner, bajo la influencia de la AMA y dependiendo de ella, recurrió el largo y ancho de los Estados Unidos y Canadá para visitar a todas las escuelas

---

médicas. Analizando los itinerarios y los transportes disponibles en aquella fecha, era una impresa imposible. Existen dos posibilidades de cómo Flexner pudo culminar esta hazaña: Primero, él pudo haberse valido de la ayuda de la AMA en sus supuestas visitas a las escuelas médicas, es decir, él no las realizó todas, sino que parte fue llevado a cabo por integrantes de la AMA que posteriormente entregaron sus evaluaciones a Flexner. Existen indicios que sugieren esta versión de los hechos. En este caso, Flexner mintió al afirmar que él personalmente había realizado todas las visitas. Segundo, Flexner tal vez pudo haber emprendido todas las visitas, pero solo a un paso tan acelerado que una evaluación seria de las instituciones resultaba imposible. En ambos casos, las conclusiones son problemáticas: O Flexner mintió sobre su proceder o Flexner no aplicó el mismo esmero científico en su trabajo que él exigía de las escuelas evaluadas, infringiendo principios básicos de la ética formal: «¡Haz lo que predicas!» o «¡No exijas de los demás lo que tú no estás dispuesto a dar!»

Aparte, Flexner no aplicó los mismos criterios a todas las escuelas médicas, otra infracción de las normas de la ética formal. Documentamos el ejemplo de la Universidad Vanderbilt que fue claramente favorecida por Flexner por su amistad con el Canciller de esta institución. Otras escuelas con las mismas o mejores calificaciones no recibieron ninguna ayuda y sucumbieron ante las presiones del Informe Flexner. Estas «otras» escuelas eran, en esencia, escuelas de medicina para mujeres o para negros. Flexner mostró abiertamente su actitud racista y sexista. Desde luego, es difícil ponderar o valorar estas actitudes porque correspondía al *zeitgeist* de aquella época. En la actualidad se consideraría despreciable; en aquel entonces encajaba perfectamente bien en la línea de pensamiento convencional o el *mainstream*.

La visión del no médico Flexner chocaba con la del médico Osler, un internista de fama mundial. En la época cuando se redactó el Informe, Osler

---

ya trabajaba en Oxford, Reino Unido. No obstante, expresó su oposición a mucho de lo que Flexner exigía: Profesores a tiempo completo, las publicaciones científicas como criterio de la evaluación de los docentes, ponderación exagerada de los laboratorios, etc. La actitud de Flexner se revela claramente cuando comparó a los clínicos con mercenarios, lo que le valía una ola gélida de oposición de muchos médicos.

La AMA logró su objetivo. Se cerraron muchas escuelas médicas, se aseguró el dominio de lo que podemos llamar la medicina académica y la aniquilación *de facto* de todo tratamiento alternativo con excepción de la osteopatía.

La medicina nacida de la visión de Flexner convirtió a los Estados Unidos en el líder internacional de las ciencias médicas, sin duda, pero por otro lado llevó a la fragmentación del conocimiento y a una creciente especialización y subespecialización. Además, el costo de los servicios de salud (que en la visión de Flexner eran servicio de enfermedad) se disparó. De hecho, en los Estados Unidos y en muchas partes del mundo sigue vigente la visión flexneriana, con ciertas modificaciones, pero también han evolucionado movimientos en contra de esta medicina fría, tecnificada, impersonal y costosa que ha perdido su visión integral de la persona.

## **5.2. EL INFORME FLEXNER Y LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

El fundador de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay había experimentado una formación médica basada en la visión de Sir William Osler en la Universidad de Cuenca. Pero al realizar su estudio de posgrado en los Estados Unidos se vio expuesto a la fuerte influencia del Informe Flexner. Conoció la importancia de laboratorio, vio la cirugía experimental y regresó con estas ideas a su país natal.

Sin embargo, siendo un estudioso de la educación médica, fue la Declaración del Cumbre de Edimburgo que ejerció la mayor influencia sobre su vida como docente. Esta declaración contenía una buena parte de la visión de Flexner, algo de Osler y mucho que iba más allá de la visión de ambos. Por ejemplo, la idea de llevar la enseñanza de la medicina al lugar mismo de los acontecimientos. Flexner se concentraba en los laboratorios, Osler llevaba a los estudiantes a la clínica, al hospital para que allí aprendieran, viendo y haciendo, en un sistema de mentoría, la Declaración de Edimburgo llevaba a los estudiantes al campo, a las unidades locales, rurales o urbanas, del país. El Dr. Rodas, mediante esta Declaración, reconoció que el estudio de la medicina, por lo menos la parte del pregrado, no podía ofrecerse según el capricho o los deseos de cada cual, sino que debía cumplir con su función dentro del sistema de salud del país para cubrir las necesidades de la población. Así el Dr. Rodas fijó el centro de gravedad del estudio de pregrado en su nueva facultad en la atención primaria que se encargaría del 80 o 90% de las patologías, de las referencias



---

a niveles de mayor complejidad en el caso de necesidad, y de casi toda la labor preventiva y educativa.

La influencia de las visiones de Flexner y Osler, por lo tanto, en la fundación de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay fue secundaria e indirecta.

### **5.3. EL CONTRASTE ENTRE LAS VISIONES INICIAL Y PRESENTE DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

Los inicios de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay se vieron ensombrecidos por fuertes dificultades y contratiempos. Era complejo plasmar y materializar las ideas del fundador sin un cuerpo de docentes que abrigara las mismas ideas. Él necesitaba médicos de atención primaria bien formados, y su esperanza se basaba en el posgrado de medicina familiar de donde pensaba reclutar a los futuros docentes. Pero para iniciar su labor, no contaba con esta posibilidad.

En esta situación, la Universidad del Azuay, liderada por su entonces rector, el Dr. Mario Jaramillo Paredes, le dio mucha libertad en sus decisiones, pero no carta blanca. La universidad ya se había comprometido en participar en la fundación de un hospital de subespecialidades, y fue este que debería proveer las posibilidades hospitalarias para la enseñanza en la nueva Facultad. El cuerpo docente se componía en gran parte de los especialistas y subespecialistas de aquel hospital incipiente.

Pero ya los inicios de la Facultad arrojaron las incompatibilidades de las visiones de Rodas y de los subespecialistas. Por ejemplo, para las ciencias básicas el Dr. Rodas tuvo que recurrir a otra facultad de la Universidad del Azuay para «pedir prestados» a docentes, pues los médicos especialistas no se interesaban, con pocas excepciones, en estas materias e incumplían con su promesa de cubrir todas las materias.

Y así, poco a poco, en una «guerra de desgaste», la visión del fundador se vio diluida y cambiada en su orientación clarísima inicial. Como ejemplo puede servir el concepto de la medicina integrada donde los estudiantes se

---

enfrentan a casos clínicos cuyo cuadro puede rebasar los límites entre las especialidades (acontecimiento muy común y natural en la atención primaria), lo que serviría para formar el carácter integral, «holístico» de la visión de los futuros médicos, tan esencial para el primer nivel de la medicina, la puerta de entrada en el sistema de la salud. Sin embargo, como el Dr. Rodas mismo lamentó en una de nuestras conversaciones, el ginecólogo enseñaba ginecología, el internista, medicina interna, y así seguido. Es decir, de integración no había nada y la idea se perdió. El caso clínico llevaba el título «Paciente femenina con dolor en la fosa ilíaca izquierda», el docente era ginecólogo, y entonces ya quedaba claro de que no se trataba de una apendicitis (si bien podía serla) y el caso en seguida se orientaba en una dirección ginecológica sin tocar las otras posibilidades que podían ser quirúrgicas o de medicina interna. Y así sigue hasta la fecha.

Lo que en consecuencia se produjo era un divorcio entre la misión escrita de la Facultad, la formación de un médico de atención primaria, con visión holística, capaz de manejar el 80 o 90% de las patologías y de recurrir, en caso de necesidad, a la referencia hacia la especialidad, y la realidad de la enseñanza. Muchos de los entrevistados para este estudio concuerdan en que la Facultad en la situación actual está formando futuros especialistas para el sistema de medicina privada de este país o, peor aún, de otro país.

#### **5.4. EL FUTURO RUMBO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

¿Qué deparará el futuro a la Facultad?

Esto depende de las acciones de las autoridades. Son ellas que tienen que fijar el rumbo y vigilar sobre él. Todo depende, por lo que hemos visto, de la implementación del perfil de egresado. Si se implementa tal como está definido, significa un cambio dramático en la composición del cuerpo docente con una reducción significativa del peso de las especialidades o subespecialidades y el aumento del peso de las disciplinas generalistas.

Algunos de los entrevistados expresaron la opinión de que se debería cambiar, o adaptar, el perfil de egresado. Los tiempos cambian y tampoco la medicina es estática. Asimismo, no debemos colocar las ideas de una persona, fundador o no, en un pedestal y considerarlas escritas en piedra.

Si aplicamos esta línea de pensamiento, entonces significa que se abandona la idea de una facultad que forme médicos para la atención primaria, aquellos médicos que el país más necesita. En otras palabras, significa el abandono de los principios de la Declaración de Edimburgo. Desde luego, si esto sucede, las autoridades tienen que construir una base filosófica mejor y defenderla, porque los cambios tienen que conducir a la mejora del estatus presente. Se entiende que los cambios relativamente recientes en la medicina abren puertas nunca antes imaginadas: El tratamiento genómico, etc. La pregunta es si esta clase de tratamiento de un millón o más de dólares de costo sería asequible para los pacientes y si incluso el Seguro Social podría costearla. O tal vez, formulando con Obama, si lo factible debería caer víctima de lo ideal.

---

Otro punto importante que sobresale en las entrevistas es el papel de la relación entre la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay y el hospital de tercer nivel asociado. Esta relación, establecida ya por el fundador de la Facultad, ha sido identificada, por muchos de los entrevistados, como una de las causas de la desviación práctica de la Facultad de su camino original trazado.

Se ha recomendado la ruptura de los vínculos de la Facultad con este hospital y dar el inicio a la formación de una entidad de atención primaria, un hospital del día, un hospital de primer o segundo nivel, para así poder cumplir mejor con el perfil de egresado y la tarea de formar médicos de atención primaria.

La carga de decisión yace sobre los hombros de las autoridades. Las tensiones son grandes, apremia la acción.

## **5.5. ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA VISIÓN, LA ENSEÑANZA Y LA ORIENTACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

La evaluación de los aspectos bioéticos siguió los principios de la ética formal. Aquí unos ejemplos:

- ¡Sigue tu conciencia!
- ¡Haz evaluaciones similares sobre casos similares!
- ¡Trata a los demás como quieres que te traten a ti! (la «Regla de Oro del humanismo moderno», Mateo 7,12<sup>\*\*</sup> y también Lucas 6,31<sup>††</sup>) (213,214)
- ¡Se lógico y consistente en tus creencias!
- ¡Haz lo que predicas!
- Si quieres lograr un objetivo, ¡entonces lleva a cabo los medios necesarios!
- ¡Actúa sólo en base a una máxima de la que estás dispuesto de que sea una ley universal!

Adicionalmente, hay que agregar la llamada regla dorada en cualquiera de sus variaciones.

- ¡No hagas a los demás lo que no deseas que te hagan a ti!
- ¡Deja también que otros logren lo que tú quieres lograr para ti mismo!
- ¡No hagas lo que repruebas en los demás!
- ¡Haz tú mismo lo que exiges de los demás!

---

<sup>\*\*</sup> "Todo lo que ustedes desearían de los demás, háganlo con ellos: ahí está toda la Ley y los Profetas." (Biblia Católica Online)

<sup>††</sup> "Traten a los demás como quieren que ellos les traten a ustedes." (Biblia Católica Online)

---

La ética formal tiene la ventaja de poder ser formulada mediante expresiones matemáticas, y estos principios matemáticos pueden ser aplicados en los diversos sistemas de la bioética, pues no existe una sola bioética sino escuelas y tendencias de la misma que en parte no concuerdan, lo que llegó a ser obvio en el manejo utilitarista de los pacientes ancianos con COVID-19 que causó el rechazo rotundo de otras escuelas bioéticas.

Nosotros también hemos traducido varios problemas bioéticos en expresiones matemáticas y determinado su validez aplicando el método del tablero semántico (reducción al absurdo – *reductio ad absurdum*).

Los principales problemas bioéticos encontrados giran, una vez más, alrededor del perfil de egresado y las discrepancias entre él y la docencia en la Facultad.

Hemos demostrado la infracción del principio «Haz lo que predicas» en varios aspectos relacionados con el perfil de egresado y la docencia:

- La enseñanza no concuerda con el perfil de egresado, más bien, se orienta hacia la especialidad
- La política de contratación no concuerda con el perfil de egresado al contratar últimamente casi exclusivamente a médicos subespecialistas.
- Esta misma política de contratación hace imposible la enseñanza de acorde a los principios de la atención primaria.

Igualmente podríamos aplicar aquí la regla «Si quieres lograr un objetivo, entonces lleva a cabo los medios necesarios». Como solía decir el fundador de la Facultad: «Cuando por lo menos la mitad de los profesores de la Facultad sean médicos de familia, habremos resuelto muchos problemas.» Pero esto nunca se dio.

---

La definición del perfil de egresado y su aplicación con esmero determina la enseñanza, pero también determina el perfil del estudiante. Teniendo claro el perfil del estudiante, no puede ser tan difícil llegar a un proceso de admisión que permita seleccionar a los más aptos. No serán los mentalistas. El sistema de admisión vigente favorece a los mentalistas y, por lo tanto, deja fuera a muchos potenciales estudiantes valiosos. También contradice al punto 8 de la Declaración de Edimburgo: «Para la selección de los estudiantes de medicina, emplear métodos que vayan más allá de la capacidad intelectual y el logro académico, para que incluya la evaluación de cualidades personales». Con la situación actual, otras reglas de la ética formal se vulneran: «Sigue tu conciencia» y «Si quieres lograr un objetivo, entonces lleva a cabo los medios necesarios».

La regla dorada fue vulnerada en más de una ocasión con la obvia intención de desviar a los estudiantes en sus aspiraciones profesionales hacia la especialidad.

*«[...] los mismos profesionales se han encargado en denigrar ciertas especialidades y en darles peso a otras.» Docente.*

*«Entonces ellos tienen la sensación – no ellos, sino que es la comunidad general – de que el médico general, el médico familiar, el integral, son menos.» Exautoridad.*

Los estudiantes argumentan en el mismo tenor. Aquí también se retuerce adolorido el Imperativo Categórico kantiano en su expresión ética formal: «Actúa sólo en base a una máxima de la que estás dispuesto de que sea una ley universal».

¿Es una exageración atribuir esta denigración a la intención de llevar a los estudiantes lejos de la atención primaria?

Tal vez. Pero es un hecho de que la participación de los graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay en el Posgrado de



---

Medicina Familiar ha disminuido con los años hasta quedarse ahora con un solo graduado de la UDA en aquel posgrado... y este graduado no es reciente sino se graduó conmigo hace una década. Solo le faltaba dinero para ingresar en seguida en el posgrado y trabajó como médico general para el MSP para poder ahorrar los fondos necesarios. De los recién graduados no existe ninguno en este posgrado.

La Facultad, por lo tanto, está faltando al principio ético de la veracidad.

Es cierto, los estudiantes no se orientarán en su selección de la Facultad según el perfil de egresado. Pero la enseñanza debe hacerlo.

La contratación de docentes que, de acuerdo a numerosos entrevistados, desconocen del perfil de egresado, no toman interés en la visión (oficial) de la Facultad y que consideran su trabajo de docencia como un puente para esperar a que se les cruce «algo mejor» por el camino, lleva a una docencia deficiente. No se aplican los contenidos necesarios, lo que se puede observar en la impartición de temas puramente de subespecialidad que no tiene el menor valor en la atención primaria. Esta clase de enseñanza solo sirve para gratificar el ego del docente pero no le devuelve al estudiante el valor que él o sus padres pagan por el estudio. Esto no es ético.

El problema central del perfil de egresado, con todas sus ramificaciones es clave y tiene que resolverse a la brevedad posible. Es una grieta que llega hasta los cimientos del edificio y que no puede ser tapada simplemente aplicando masilla.

Por último, no es ético permitir la sensación de abandono que los estudiantes expresan. Este estudio no fue realizado con la intención de comprobar la veracidad de los argumentos de los estudiantes. Solo recoge lo expresado y lo interpreta. Puede ser que la sensación de abandono carezca de base. Pero existe. Y con su mera existencia constituye una situación insostenible en la Facultad. Como posible causa identificamos la

---

falta de comunicación entre las autoridades y los estudiantes. Esta falta de diálogo infringe ciertamente la regla dorada, pero también es otro paso en la dirección del abandono de los principios emitidos en la Cumbre de Edimburgo en el sentido de que la participación del estudiante de medicina en la planificación y evaluación de la educación médica es esencial. «El papel de los estudiantes en su propia educación es vital. Los estudiantes de hoy son los profesores del mañana. Los estudiantes deben participar en la planificación de los programas de estudio y en el proceso de enseñanza. Quizás al ser más idealistas y al estar menos atareados que los profesores y administradores en la educación médica, los estudiantes constituyen un poderoso agente para los necesarios cambios educacionales». El fundador de la Facultad expresó repetidas veces frente a los estudiantes que serán ellos, los estudiantes de entonces, los futuros profesores, fiel a lo expresado en la Cumbre de Edimburgo. De esto, poco se ha materializado.

## 6. HIPÓTESIS

Hipótesis central:

- **Existe un desfase entre el perfil de egresado y la práctica de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay constituyendo un problema que alcanza hasta los fundamentos de la Facultad**

Hipótesis secundarias

- **Falta una comunicación adecuada entre las autoridades y los estudiantes**
- **La vinculación con un hospital de tercer nivel es una de las causas de los problemas de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay.**
- **La contratación de subespecialistas de poca dedicación y ninguna orientación hacia el perfil de egresado declarado de la Facultad ha disminuido el nivel de enseñanza y aumentado la grieta que separa a docentes y estudiantes.**
- **El perfil del cuerpo docente no concuerda con el perfil de egresado vigente.**
- **El proceso de admisión no es el adecuado y tiene que ser adaptado al perfil del estudiante que, a su vez, depende del perfil de egresado**

## **7. RECOMENDACIONES**

La identificación de un problema central o de una hipótesis central, lleva, por supuesto, al reconocimiento de la necesidad de aplicar la palanca exactamente en este sitio para mover las cosas.

### **7.1. REDEFINICIÓN O RECONFIRMACIÓN DEL PERFIL DE EGRESADO**

Serán las autoridades que decidan sobre el perfil de egresado. Pueden reafirmar su vigencia o pueden redefinirlo. Se recomienda, en cualquiera de los dos casos, convocar una discusión previa sobre una base amplia, incluyendo a todos los docentes y a los estudiantes. Muchos no participarán, y simplemente no tendrán voz que sea escuchada, porque no les importa. Pero a la gente, docentes y estudiantes, comprometida con la Facultad hay que darle la oportunidad de expresar su opinión y, en lo posible, respetarla.

Muchas veces se ha visto en la Universidad que las autoridades tomen decisiones sin consultar a las personas afectadas. Consultar no significa estar de acuerdo con aplicar la opinión recabada. Pero por lo menos transmite la impresión de que sí importa lo que los afectados piensen o

---

sientan. Convocatorias para presentar decisiones son innecesarias, sería suficiente un correo electrónico con el título «Para su información».

Democracia significa consulta y luego la toma de decisiones.

La Facultad tiene que definir su posición, y una vez definida esta posición, en cuanto al perfil del egresado, ajustar todas sus acciones de acuerdo.

Como quiera que sea esta decisión, los docentes tendrán que respetarla, los estudiantes tendrán que ser informados, y las autoridades tendrán que aplicarla.

## **7.2. DIÁLOGO CON LOS ESTUDIANTES**

Es necesario que los estudiantes tengan la certeza de que las autoridades actúen en el mejor interés de los estudiantes. También hay que abrir un espacio de discusión y de acceso. Las quejas de los estudiantes tienen que ser investigadas y seguidas por las acciones o sanciones necesarias: Mala conducta de los docentes o calumnia de los alumnos.

## **7.3. LUGAR PARA LA ENSEÑANZA PRÁCTICA CLÍNICA**

Habiendo identificado la relación con un hospital de tercer nivel como negativa para el desarrollo de la Facultad, es tiempo de cortar esta relación y dar inicio a una institución propia, bajo el control de la Universidad del Azuay. Esto brindará independencia. Podrán seguir, desde luego, las prácticas hospitalarias y en las unidades operativas del MSP. Pero se acabaría la dependencia. Esta institución, un hospital de primer o segundo nivel o un hospital del día, a su vez, podría servir de base para proyectos de

---

vinculación y para estudios científicos en la comunidad propia con gran valor para la región, y por la similitud de las condiciones, para todo el país.

#### **7.4. POLÍTICA DE CONTRATACIÓN**

De acuerdo con lo establecido en el perfil de egresado, y después de la audición de las quejas estudiantiles, se recomienda la revisión del cumplimiento de las labores por parte de los docentes para evaluar las medidas que deberán ser tomadas. Nuestra Facultad no puede ser una sala de tránsito donde se espere mejores oportunidades.

Asimismo, las nuevas contrataciones deben acoplarse a lo descrito en el perfil del egresado. Con esto, el perfil del cuerpo docente se acercará al ideal necesario para alcanzar el perfil del egresado.

Hemos demostrado excelencia, y podemos exigir excelencia humana y profesional de los docentes.

#### **7.5. CONTENIDOS DE LA ENSEÑANZA**

La malla curricular, es decir, los contenidos de la enseñanza, tiene que acoplarse al perfil de egresado. Es cierto que las ciencias básicas fueron identificadas por algunos docentes como el talón de Aquiles de los egresados de la Facultad. Sin embargo, con el tiempo y los recursos limitados en la enseñanza, uno tiene que establecer prioridades. ¿Estamos educando a médicos para posgrados en los Estados Unidos? Es allá donde se identifica la falta de conocimiento en las ciencias básicas. ¿O educamos médicos para las necesidades del país? ¿Realmente es tan necesario que los egresados sean profundos conocedores de la genética? ¿Se va a aplicar

---

la terapia genómica en un futuro cercano o mediano en el país? Y si es así, ¿quiénes serían los beneficiados de un tratamiento que cuesta millones de dólares? ¿El IESS dispondrá de dinero suficiente como para ofrecer este tratamiento, según el principio de la igualdad o justicia, a todos sus usuarios? ¿O es así que un mejor conocimiento en el diagnóstico beneficiaría a la mayoría de la población? Si este es el caso, ¿no deberíamos reforzar más bien la semiología que necesitamos en todas las circunstancias y todos los días? Se recomienda tener en cuenta el bien del país y no las exigencias para posgrados en el exterior. ¿O acaso es nuestra meta producir médicos para los Estados Unidos, España o Italia?

## **7.6. EL PROCESO DE ADMISIÓN**

Cualquiera que sea el perfil de egresado y el resultante perfil de estudiante, el proceso de admisión tiene que ajustarse a él. En el momento y para el perfil vigente, el proceso de admisión no es el adecuado. ¿Buscamos a memoristas o a personas que tengan «vocación»? Siempre encontramos a estudiantes en la comunidad que demuestran interés, iniciativa, empatía, actitudes que valen más que mil exámenes exitosos. Desgraciadamente son una minoría. ¿Cuántos aspirantes de estas características deseadas no logran ingresar debido a un proceso de selección no idóneo que no logra discernir las cualidades que realmente estamos buscando. La reintroducción de la entrevista en el proceso de admisión es un primer paso en la dirección correcta. Una vez más, falta la discusión general, una «lluvia de ideas», para llegar a una solución satisfactoria. El proceso nunca ha sido adecuado, pero ahora, con años de experiencia, es tiempo para aplicar los correctivos necesarios.

### **7.7. ENSEÑANZA MÁS ALLÁ DE LA MEDICINA – LAS HUMANIDADES**

Por un lado, los docentes, o algunos de ellos, han identificado una falta de interés de los estudiantes en las humanidades, una falta de humanismo en el sentido amplio. Por otro lado, los estudiantes, o algunos de ellos, han expresado su interés en las humanidades y han deplorado la falta de oferta y el descuido en el ofrecimiento de estas materias que con demasiada frecuencia chocan en su horario con materias obligatorias y que, por lo tanto, no pueden ser cursado por los alumnos. Estamos frente a una contradicción que merece ser investigada, quizá mediante un trabajo de titulación que eche luz sobre este problema. Materias como la historia de la medicina, la sociología, la antropología, el arte, etc. son lo que determinan lo humano en nosotros, son esenciales y dejan un vacío mayor que la falta de conocimiento genético o de la anatomía.

### **7.8. ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA**

Para muchos la bioética se presenta como una moda. Pero si visualizamos la moda como un fenómeno que se define por su carácter pasajero, la bioética no cuadra con esta definición. Es una materia esencial para la formación de cualquier profesional, pero por las características de la medicina, esto es el caso aún más para los médicos.

Existen docentes que admiten que su conocimiento de la bioética es deficiente y que abiertamente piden cursos de bioética para los docentes. Esto todavía no se ha implementado, pero es una necesidad.



---

También se han emitido opiniones en el sentido de que la enseñanza de la bioética como materia es innecesaria. La bioética no se enseña, se demuestra, arguyen. Opino que esto es una verdad a medias. La bioética tiene principios que no se puede enseñar en el curso de la práctica médica. Recomiendo, por un lado, la materia de Bioética Médica como asignatura obligatoria para los estudiantes; por otro lado, aconsejo la inclusión de la bioética como componente indispensable en todos los casos clínicos de la carrera. Los estudiantes de la medicina tienen que enfrentar los problemas de la bioética desde el momento más temprano posible en su carrera.

## 7.9. EL PROBLEMA DE LA VINCULACIÓN

La vinculación con la comunidad o la sociedad es una exigencia que la Universidad del Azuay reconoce. Realmente se están llevando a cabo muchos proyectos de vinculación. Puede ser que no hemos llegado a un número satisfactorio de proyectos, pero tenemos que tener en cuenta de que todos estos proyectos requieren de financiamiento. Cuando el Estado incumple con sus obligaciones y retiene dinero que debe a la Universidad, es poco comprensible el descaro con el que pide la implementación de programas de vinculación, como uno de los entrevistados lo expresó con palabras mordaces pero verdaderas:

«[...] el papel de una universidad es la educación. Si bien podría tener temas extras como beneficencia, pero no es el papel fundamental de las universidades en este momento histórico del país. Las universidades a duras penas, con muchos esfuerzos, logran cumplir sus metas educativas. Si es que lo logran. Y no hablo de la Universidad del Azuay. Hablo de todas las universidades. Entonces me parece un error craso desde los gobiernos centrales el **querer hacer milagros con Ave Marías ajenas**. Es decir, **poner a**

---

**las universidades a hacer obras sociales o a hacer obras que les corresponden a los estados.** Partiendo, por ejemplo, desde el mismo internado. El internado, que debería ser un período de educación para el estudiante, en donde el estudiante observe y no ayude, observe las actividades de los médicos y estudie las actividades en la práctica, no tendría por qué estar haciendo papeleo para contribuir a que un hospital público no contrate gente.» (El énfasis el mío)

Tan solo el internado, un trabajo que excede con creces la carga horaria normal de labor, pobremente remunerado, de enorme responsabilidad, asumiendo tareas que no debería asumir el estudiante, es una labor de vinculación que no recibe el menor reconocimiento y forma parte de una cadena de explotación cuyos aspectos bioéticos también valdrían la pena de ser investigados.

Está bien que la Universidad, y la Facultad de Medicina en particular, se dediquen a la vinculación con la comunidad, dentro de sus capacidades. Y estaría bien que el Estado, en vez de poner exigencias, diera las gracias por la labor que la Universidad quita de las manos del Estado que no se muestra en capacidad o con la voluntad de cumplir con sus deberes en el servicio al pueblo, el soberano, cuyo servidor el Estado (la administración) es por definición. Pues la palabra latina *ministrare* significa servir, y el *ministro* es aquel que sirve.

## **7.10. PERIODISMO CIENTÍFICO**

En un aparte recomiendo también la formación de un equipo de «periodismo científico», como yo lo suelo denominar, con doble función. Esto encuentra cierto apoyo en las entrevistas.

---

Observo con preocupación, ya desde hace varios años, la degeneración de la medicina basada en la evidencia por la manipulación de la evidencia por partes interesadas, como es la industria farmacéutica, organizaciones con fines de lucro involucradas en los sistemas de la salud, los gobiernos, etc. Es cada vez más difícil para el médico encontrar la manera de verificar la veracidad de lo publicado. Y esto era uno de los objetivos de la medicina basada en la evidencia: garantizar la publicación de artículos confiables.

La Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay podría conformar un equipo de periodismo científico que analice artículos de interés para los médicos y los interprete, por un lado, y por otro lado traduzca contenidos científicos de interés para la población general en un idioma comprensible. Podría valerse de artículos en revistas o periódicos o de transmisiones televisivas o radiales para este efecto. Sería un valiosísimo trabajo educativo y, por lo tanto, un aporte significativo para la alfabetización en salud.

Concluyo con las palabras de Sir William Osler:

«Y desde el punto de vista de la medicina como arte para la prevención y cura de la enfermedad, el hombre que traduce los jeroglíficos de la ciencia al lenguaje llano de la curación es ciertamente el más útil» (120).

## **7.11. HISTORIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

En otro aparte, propongo la redacción de la historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. Un docente, muy estimado por mí, una vez me dijo que el Ecuador era un país sin historia. Quiso expresar con estas palabras que se recaudaban muchos datos, pero no se publicaba

---

nada. Lo que no se publica, no existe, es tan simple. La situación sin duda ha mejorado mucho.

Sin embargo, en el transcurso de la búsqueda de datos para esta tesis me enteré, con consternación y con tristeza, de que no existe obituario para nuestro decano fundador, el Dr. Edgar Rodas Andrade, en la página Web de la Universidad del Azuay. Encontré sendos obituarios en la revista Lancet, en la Universidad de Stanford, en muchas partes, también en el Ecuador, pero no en la Facultad que él fundó. Es como si su nombre hubiese sido borrado de la memoria colectiva de la institución, pero es solo la apariencia externa. Internamente, en los corazones de muchos docentes, siguen vivas y claras su imagen y su visión.

Tampoco existe un solo documento sobre la fundación de la Facultad en la red. Tuve que recurrir a una entrevista con uno de los colaboradores más importantes del Dr. Rodas para poder armar una corta historia, seguramente sesgada y coloreada por los recuerdos personales.

Por esta razón, y para que no se pierda nunca esta historia, recomiendo la redacción de la historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. Ella se lo merece, el Dr. Rodas se lo merece. Y yo personalmente me voy a encargar de esto, si Dios me da vida y salud.

Entonces....

### **¿Acaso el laboratorio hace al médico?**

No, pero contribuye significativamente a su formación.

Pero el verdadero médico  
sale forjado del fuego  
de la lucha diaria por la salud  
y el bienestar de sus pacientes.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flexner A. Medical education in the United States and Canada; a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Boston: D. B. Updike; 1910.
2. Bender W. Special communication-Abraham Flexner-a crusader against medical maleducation. *Journal of Cancer Education* [Internet]. 1993 [citado 20 de julio de 2019];8(3):183-9. Disponible en: <http://www.informaworld.com/openurl?genre=article&doi=10.1080/08858199309528227&magic=crossref||D404A21C5BB053405B1A640AFD44AE3>
3. Mitka M. The Flexner Report at the Century Mark. *JAMA* [Internet]. 21 de abril de 2010 [citado 13 de julio de 2019];303(15):1465. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.303.15.1465>
4. Barr DA. Revolution or evolution? Putting the Flexner Report in context: commentaries. *Medical Education* [Internet]. enero de 2011 [citado 17 de mayo de 2019];45(1):17-22. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2923.2010.03850.x>
5. Bonner TN. Abraham Flexner and the German University: The Progressive as Traditionalist. *Paedagogica Historica* [Internet]. enero de 1997 [citado 20 de julio de 2019];33(1):99-116. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0030923970330105>
6. Meites S. Abraham Flexner's Legacy: A Magnificent Beneficence to American Medical Education and Clinical Chemistry. *Clin Chem*. 1995;41(4):627-32.

7. Patiño Restrepo JF. Abraham Flexner y el Flexnerismo: Fundamento Imperecedero de la Educación Médica Moderna. *Medicina*. 1998;20(66):1-20.
8. Mindrum MR. Time for another revolution? The Flexner Report in historic context, reflections on our profession: Coronary Artery Disease [Internet]. agosto de 2006 [citado 13 de julio de 2019];17(5):477-81. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00019501-200608000-00012>
9. Montague T. Down the Rabbit Hole: The Rise of Western Medicine [Internet]. BioStarUS. 2016 [citado 14 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.biostarus.com/blogs/formulators-corner/down-the-rabbit-hole-the-rise-of-western-medicine-in-the-us>
10. Markel H. Abraham Flexner and His Remarkable Report on Medical Education: A Century Later. *JAMA* [Internet]. 3 de marzo de 2010 [citado 13 de julio de 2019];303(9):888. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2010.225>
11. Narro-Robles J. Simposio III. La herencia de Flexner: Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad. *Gac Med Mex* [Internet]. febrero de 2004 [citado 20 de julio de 2019];140(1):52-5. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0016-38132004000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0016-38132004000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Beck AH. The Flexner Report and the Standardization of American Medical Education. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* [Internet]. 5 de mayo de 2004 [citado 16 de marzo de 2019];291(17):2139-40. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=198677>
13. Flexner A. Abraham Flexner - The Usefulness of Useless Knowledge. *Harpers Magazine*. 1939;179:544-52.
14. Boudreau JD, Cassell EJ. Abraham Flexner's «Mooted Question» and the Story of Integration. *Academic Medicine*. 2010;85(2):378-83.
15. Mullan F. Social Mission in Health Professions Education: Beyond Flexner. *JAMA* [Internet]. 11 de julio de 2017 [citado 30 de marzo de 2019];318(2):E1-2. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2017.7286>

16. Ellis H. Abraham Flexner (1867-1959): pioneer of modern medical education. *British Journal of Hospital Medicine* [Internet]. mayo de 2009 [citado 13 de julio de 2019];70(5):287-287. Disponible en: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/hmed.2009.70.5.42233>
17. Ludmerer KM. Understanding the Flexner Report: Academic Medicine [Internet]. febrero de 2010 [citado 17 de mayo de 2019];85(2):193-6. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-201002000-00013>
18. Riggs G. Are We Ready to Embrace the Rest of the Flexner Report? *Academic Medicine* [Internet]. noviembre de 2010 [citado 13 de julio de 2019];85(11):1669-71. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-201011000-00013>
19. Barzansky B. Abraham Flexner and the Era of Medical Education Reform: *Academic Medicine* [Internet]. septiembre de 2010 [citado 13 de julio de 2019];85:S19-25. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-201009001-00003>
20. Ludmerer KM. Abraham Flexner and Medical Education. *Perspectives in Biology and Medicine* [Internet]. 2011 [citado 18 de mayo de 2019];54(1):8-16. Disponible en: [http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/perspectives\\_in\\_biology\\_and\\_medicine/v054/54.1.ludmerer.html](http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/perspectives_in_biology_and_medicine/v054/54.1.ludmerer.html)
21. Miller EC. 2011 Runner-Up Essay "Social Engineering" versus "Medical Patriotism": What Flexner Can Teach Us about Solving the Primary Care Crisis. *AMA Journal of Ethics* [Internet]. 1 de diciembre de 2012 [citado 21 de julio de 2019];14(12):963-9. Disponible en: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/social-engineering-versus-medical-patriotism-what-flexner-can-teach-us-about-solving-primary-care/2012-12>
22. Whorton JC. From Cultism to CAM: The Flexner Report Reconsidered. *Complementary health practice review* [Internet]. enero de 2001 [citado 13 de julio de 2019];6(2):113-25. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/153321010100600202>
23. Barkin SL, Fuentes-Afflick E, Brosco JP, Tuchman AM. Unintended Consequences of the Flexner Report: Women in Pediatrics. *PEDIATRICS* [Internet]. 1 de diciembre de 2010 [citado 28 de marzo de 2019];126(6):1055-7. Disponible en:

---

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2010-2050>

24. Neumann RK. Osler, Langdell, and the Atelier: Three Tales of Creation in Professional Education. *Legal Communication & Rhetoric: JALWD* [Internet]. 2013 [citado 21 de julio de 2019];151:151-85. Disponible en: <http://www.ssrn.com/abstract=1807063>
25. Peabody FW. The Care of the Patient. *JAMA* [Internet]. 19 de marzo de 1927 [citado 29 de marzo de 2019];88(12):877-82. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1927.02680380001001>
26. Roland CG. The Palpable Osler: A Study in Survival. *Perspectives in Biology and Medicine* [Internet]. 1984 [citado 21 de julio de 2019];27(2):299-313. Disponible en: [http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/perspectives\\_in\\_biology\\_and\\_medicine/v027/27.2.roland.html](http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/perspectives_in_biology_and_medicine/v027/27.2.roland.html)
27. Rae A. Osler vindicated: the ghost of Flexner laid to rest. *JAMC*. 2001;164(13):1860-1.
28. Nussbaum AM. The worthless remains of a physician's calling: Max Weber, William Osler, and the last virtue of physicians. *Theoretical Medicine and Bioethics* [Internet]. diciembre de 2018 [citado 13 de julio de 2019];39(6):419-29. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11017-018-9470-z>
29. Marckmann G. Scientific Contribution Teaching science vs. the apprentice model – do we really have the choice? *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2001;4(1):85-9.
30. Tauber AI. The two faces of medical education: Flexner and Osler revisited. *Journal of the Royal Society of Medicine* [Internet]. 1992 [citado 29 de marzo de 2019];85:598-602. Disponible en: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC1293684&blobtype=pdf>
31. Osler W. On Full-Time Clinical Teaching in Medical Schools. *Canad Med Ass J*. 1962;87:4.
32. Teigen PM. William Osler, Again. *Bulletin of the History of Medicine* [Internet]. 2001 [citado 18 de mayo de 2019];75(4):745-55. Disponible en: [http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/bulletin\\_of\\_the\\_history\\_of\\_medicine/v075/75.4teigen.html](http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/bulletin_of_the_history_of_medicine/v075/75.4teigen.html)



33. Beeson PB. The Natural History of Medical Subspecialties. *Annals of Internal Medicine* [Internet]. 1 de octubre de 1980 [citado 21 de julio de 2019];93(4):624. Disponible en: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-93-4-624>
34. Geiger HJ. Why Don't Medical Students Choose Primary Care? *American Journal of Public Health*. marzo de 1993;83(3):315-6.
35. Prislin MD, Saultz JW, Geyman JP. The Generalist Disciplines in American Medicine One Hundred Years Following the Flexner Report: A Case Study of Unintended Consequences and Some Proposals for Post-Flexnerian Reform: *Academic Medicine* [Internet]. febrero de 2010 [citado 13 de julio de 2019];85(2):228-35. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-201002000-00019>
36. Cassel CK, Reuben DB. Specialization, Subspecialization, and Subsubspecialization in Internal Medicine. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 24 de marzo de 2011 [citado 20 de julio de 2019];364(12):1169-73. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMs1012647>
37. Moehling CM, Niemesh GT, Thomasson MA, Treber J. Medical education reforms and the origins of the rural physician shortage. *Cliometrica* [Internet]. 4 de mayo de 2019 [citado 18 de mayo de 2019]; Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11698-019-00187-w>
38. Patel MS, Khalsa B, Rama A, Jafari F, Salibian A, Hoyt DB, et al. Early Intervention to Promote Medical Student Interest in Surgery and the Surgical Subspecialties. *Journal of Surgical Education* [Internet]. enero de 2013 [citado 21 de julio de 2019];70(1):81-6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1931720412002346>
39. Moehling CM, Thomasson MA, Treber J. *The Swan Song of the Country Doctor: Flexner and the Economics of the Practice of Medicine*. 2014;
40. Mayer ML. Are We There Yet? Distance to Care and Relative Supply Among Pediatric Medical Subspecialties. *Pediatrics* [Internet]. 1 de diciembre de 2006 [citado 21 de julio de 2019];118(6):2313-21. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1570>
41. Amaral E, Zeferino A, Nadruz W, Antonio MAG, Sarian L, Inhaia C, et al. Successful accomplishment of educational goals with clinical experience at public primary care facilities. *Medical Teacher* [Internet].

- 
- enero de 2007 [citado 21 de julio de 2019];29(6):600-5. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01421590701506858>
42. Whitcomb ME. Medical Education Reform: Is It Time for a Modern Flexner Report?: Academic Medicine [Internet]. enero de 2007 [citado 13 de julio de 2019];82(1):1-2. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-200701000-00001>
  43. AAFP. Family Physician Workforce Reform: Recommendations of the American Academy of Family Physicians [Internet]. [citado 20 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.aafp.org/about/policies/all/workforce-reform.html>
  44. Rawlins M. The role of the pharmaceutical industry in postgraduate medical education. British Journal of Clinical Pharmacology [Internet]. junio de 1977 [citado 13 de julio de 2019];4(3):257-9. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2125.1977.tb00709.x>
  45. Relman AS. Separating Continuing Medical Education From Pharmaceutical Marketing. JAMA [Internet]. 18 de abril de 2001 [citado 13 de julio de 2019];285(15):2009. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.285.15.2009>
  46. Norris P, Herxheimer A, Lexchin J, Mansfield P. Drug promotion: what we know, what we have yet to learn. 1.<sup>a</sup> ed. Amsterdam: World Health Organization and Health Action International; 2005. 92 p.
  47. Lazarus A. The Role of the Pharmaceutical Industry in Medical Education in Psychiatry. Academic Psychiatry [Internet]. 1 de febrero de 2006 [citado 13 de julio de 2019];30(1):40-4. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1176/appi.ap.30.1.40>
  48. Brody H. Pharmaceutical Industry Financial Support for Medical Education: Benefit, or Undue Influence? The Journal of Law, Medicine & Ethics [Internet]. agosto de 2009 [citado 13 de julio de 2019];37(3):451-60. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1748-720X.2009.00406.x>
  49. Brzoska I. Pharma-Firmen an der Uni: Künftige Ärzte trainieren ihr Lobby-Immunsystem. Spiegel Online [Internet]. 15 de octubre de 2012 [citado 31 de marzo de 2019]; Disponible en: <http://www.spiegel.de/lebenundlernen/uni/lobbyismus-medizinstudenten-wehren-sich-gegen-die-pharmaindustrie-a-868977.html>

- 
50. Kshirsagar R, Vu P. The Pharmaceutical Industry's Role in U.S. Medical Education [Internet]. in-Training. 2016 [citado 13 de abril de 2019]. Disponible en: <https://in-training.org/drugged-greed-pharmaceutical-industrys-role-us-medical-education-10639>
  51. Riva A. E5: The Pharmaceutical Takeover of Healthcare & the Suppression of Natural Cures | Part 1: Money [Internet]. Dauntless Dialogue. 2018 [citado 31 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://dauntlessdialogue.com/the-pharmaceutical-takeover-of-healthcare-the-suppression-of-natural-cures-part-1-money/>
  52. Mintzes B, Swandari S, Fabbri A, Grundy Q, Moynihan R, Bero L. Does industry-sponsored education foster overdiagnosis and overtreatment of depression, osteoporosis and over-active bladder syndrome? An Australian cohort study. *BMJ Open* [Internet]. febrero de 2018 [citado 18 de abril de 2019];8(2):e019027. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-019027>
  53. Batts V. Big Pharma now “owns” and controls nearly all university medical research funding [Internet]. *Health News*. 2018 [citado 13 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.health.news/2018-05-14-big-pharma-now-owns-and-controls-nearly-all-university-medical-research-funding.html>
  54. Fani Marvasti F, Stafford RS. From Sick Care to Health Care – Reengineering Prevention into the U.S. System. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 6 de septiembre de 2012 [citado 21 de julio de 2019];367(10):889-91. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMp1206230>
  55. Reuben DB. The residency-practice training mismatch. A primary care education dilemma. *Archives of Internal Medicine* [Internet]. 1 de abril de 1988 [citado 21 de julio de 2019];148(4):914-9. Disponible en: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/doi/10.1001/archinte.148.4.914>
  56. Newell JP, Andresen SA, Swentko WM. Changing the Medical School Curriculum to Improve Patient Access to Primary Care. *JAMA* 1991;266:110-113. 3 de julio de 1991;266(1):110-3.
  57. Maeshiro R, Johnson I, Koo D, Parboosingh J, Carney JK, Gesundheit N, et al. Medical Education for a Healthier Population: Reflections on the Flexner Report From a Public Health Perspective: *Academic Medicine* [Internet]. febrero de 2010 [citado 13 de julio de 2019];85(2):211-9. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-201002000-00017>

58. McKenna B. Take Back Medical Education—The “Primary Care” Shuffle. *Medical Anthropology* [Internet]. 18 de febrero de 2010 [citado 21 de julio de 2019];29(1):6-14. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01459740903517246>
59. Norman G. Medical education: past, present and future. *Perspectives on Medical Education* [Internet]. marzo de 2012 [citado 17 de mayo de 2019];1(1):6-14. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s40037-012-0002-7>
60. Matthews D. A New Model for Professors in the Netherlands [Internet]. *Inside Higher Ed*. 2018 [citado 31 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.insidehighered.com/news/2018/12/07/netherlands-considers-creating-faculty-positions-based-teaching-not-research-metrics>
61. Quiles JT. Medicina y Bioética: ¿Qué significa ser un buen médico? *Revista de Bioética y Derecho*. septiembre de 2014;32:104-15.
62. Bynum WF. Medical Values in a Commercial Age. *Proceedings of the British Academy*. 1992;78:149-73.
63. West W. Beyond grounded theory: The use of a heuristic approach to qualitative research. *Counselling and Psychotherapy Research* [Internet]. agosto de 2001 [citado 1 de enero de 2020];1(2):126-31. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1080/14733140112331385168>
64. Glaser BG, Strauss AL. III Theoretical Sampling. En: *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. 1.<sup>a</sup> ed. Piscataway NJ: Rutgers University - Aldine Transactions; 2006. p. 45.
65. Carrot Search. Carrot2 - Open Source Search Results Clustering Engine [Internet]. [citado 7 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://project.carrot2.org/algorithms.html>
66. Gensler HJ. *Formal Ethics*. 1.<sup>a</sup> ed. Londres: Routledge; 1996. 203 p.
67. Blackburn P, van Benthem J, Wolter F, editores. *Handbook of Modal Logic*. Amsterdam: Elsevier; 2007. (Studies in Logic and Practical Reasoning).
68. Pettersson K. *The Logical Structure of the Moral Concepts: An Essay in Propositional Deontic Logic* [Tesis de PhD]. [Uppsala]: Universidad de Uppsala; 2011.

- 
69. Rescher N. *The Logic of Decision and Action*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press; 1967. 236 p.
  70. Sesa i Nogueras E. *Lógica de predicados*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2000. 93 p.
  71. Bonner TN. Abraham Flexner and the Historians: Guest Editorial. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. enero de 1990;45(1):3-10.
  72. King LS. XX. The Flexner Report of 1910. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* [Internet]. 24 de febrero de 1984 [citado 4 de enero de 2020];251(8):1079. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1984.03340320057029>
  73. Duffin J. Did Abraham Flexner spark the founding of CMAJ? *Canadian Medical Association Journal* [Internet]. 19 de abril de 2011 [citado 4 de enero de 2020];183(7):811-3. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/doi/10.1503/cmaj.110303>
  74. Le Sage A. *Le bluff Américain: Fondation Carnegie et Université Laval à Montréal. Ignorance et préjugés*. Union Med Can. 1910;39:683-6.
  75. Ludmerer KM. *Learning to Heal: The Development of American Medical Education*. 1.<sup>a</sup> ed. Nueva York: Basic Books; 1985. 368 p.
  76. Hudson RP. Abraham flexner in Perspective: American Medical Education 1865-1910. *Bull Hist Med* [Internet]. 1972 [citado 4 de enero de 2020];46(6):545-61. Disponible en: [https://www.jstor.org/stable/44450831?read-now=1&refreqid=excelsior%3A025a40a8193f3cebcf0017a821003e5b&seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/44450831?read-now=1&refreqid=excelsior%3A025a40a8193f3cebcf0017a821003e5b&seq=1#page_scan_tab_contents)
  77. Pinzón CE. Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. *Acta Med Colomb* [Internet]. 2008 [citado 19 de julio de 2020];33(1):33-41. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v33n1/v33n1a7.pdf>
  78. Wood F. Medical Education in America before 1910. *Journal of Medical Education* [Internet]. agosto de 1963 [citado 1 de enero de 2020];38(8):631-7. Disponible en: [https://journals.lww.com/academicmedicine/citation/1963/08000/medical\\_education\\_in\\_america\\_before\\_1910.3.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/citation/1963/08000/medical_education_in_america_before_1910.3.aspx)

- 
79. Fee E. The first American medical school: the formative years. *The Lancet* [Internet]. mayo de 2015 [citado 2 de enero de 2020];385(9981):1940-1. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615609503>
  80. Brown ER. *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America*. 1.<sup>a</sup> ed. Berkeley: University of California Press; 1979. 283 p.
  81. Steinreich D. 100 Years of US Medical Fascism [Internet]. Mises Institute. 2010 [citado 3 de enero de 2020]. Disponible en: <https://mises.org/library/100-years-us-medical-fascism>
  82. Drake D. *Practical Essays on Medical Education and the Medical Profession in the United States*. [Internet]. Cincinnati, OH: Roff & Young; 1832 [citado 2 de enero de 2020]. 101 p. Disponible en: <https://archive.org/details/2552034R.nlm.nih.gov>
  83. Gandhi L. A History Of «Snake Oil Salesmen» [Internet]. NPR.org. 2013 [citado 2 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.npr.org/sections/codeswitch/2013/08/26/215761377/a-history-of-snake-oil-salesmen>
  84. Bain DH. *Empire Express: Building the First Transcontinental Railroad*. Nueva York: Viking Penguin; 1999.
  85. Schwarcz J. *Science, Sense, and Nonsense*. Toronto: Doubleday Canada; 2009.
  86. Allen G. *The Rockefeller File*. Cutchogue, NY: Buccaneer Books; 1998.
  87. Segall G. *John D. Rockefeller: Anointed with Oil*. New York: Oxford University Press; 2001. 125 p. (Oxford portraits).
  88. Campbell A. *Homeopathy in Perspective: A Critical Appraisal*. Los Gatos, CA: Smashwords; 2013. 178 p.
  89. Haller JSJr. *The History of American Homeopathy: from Rational Medicine to Holistic Health Care*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 2009. 191 p.
  90. Steinreich D. 100 Years of Medical Robbery [Internet]. Mises Institute. 2004 [citado 3 de enero de 2020]. Disponible en: <https://mises.org/library/100-years-medical-robbery>
  91. Rockwell LH Jr. *Medical Control, Medical Corruption* [Internet]. LewRockwell.com. [citado 3 de enero de 2020]. Disponible en:

---

<https://www.lewrockwell.com/1970/01/lew-rockwell/medical-control-medical-corruption/>

92. Danforth IN. The Life of Nathan Smith Davis [Internet]. Chicago: Cleveland press; 1907 [citado 3 de enero de 2020]. Disponible en: <https://archive.org/details/lifeofnathansmit00danf>
93. Bevan D. Cooperation in Medical Education and Medical Service. JAMA [Internet]. 1928 [citado 3 de enero de 2020];90(15):1173-7. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/COOPERATION-IN-MEDICAL-EDUCATION-AND-MEDICAL-OF-THE-Bevan/0e501d15b1263ecec78e0b90b262bec468bb685>
94. Berliner HS. New Light on the Flexner Report: Notes on the AMA-Carnegie Foundation Background. Bulletin of the History of Medicine [Internet]. 1977 [citado 29 de marzo de 2019];51:603-9. Disponible en: [https://www.jstor.org/stable/44450471?read-now=1&seq=7#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/44450471?read-now=1&seq=7#page_scan_tab_contents)
95. Pritchett HS. Henry S. Pritchett to William T. Councilman. 1909.
96. Pritchett HS. Henry S. Pritchett to Cyrus Adler. 1909.
97. Ludmerer KM. Methodological Issues in the History of Medicine: Achievements and Challenges. Proceedings of the American Philosophical Society [Internet]. 1990;134(4):367-86. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/986894>
98. Bonner TN. Searching for Abraham Flexner. Academic Medicine. 1998;73(2):160-6.
99. Steinreich D. Real Medical Freedom [Internet]. Mises Institute. 2004 [citado 3 de enero de 2020]. Disponible en: <https://mises.org/library/real-medical-freedom>
100. Van Der Weyden MB. A Herculian Report. MJA [Internet]. 1 de noviembre de 2010 [citado 3 de enero de 2020];193(9):490. Disponible en: [https://www.mja.com.au/system/files/issues/193\\_09\\_011110/martin\\_011110.pdf](https://www.mja.com.au/system/files/issues/193_09_011110/martin_011110.pdf)
101. AMA. A history of the Council on Medical Education and Hospitals of the American Medical Association 1904-1959 [Internet]. Chicago: American Medical Association; 1960 [citado 3 de enero de 2020]. 10 p. Disponible en:

---

<https://babel.hathitrust.org/cgi/imgsrv/download/pdf?id=mdp.39015003221663;orient=0;size=100;seq=18;num=10;attachment=0>

102. Hiatt MD. The Amazing Logistics of Flexner's Fieldwork. *Medical Sentinel* 2000;5(5):167-168 [Internet]. 2000 [citado 4 de enero de 2020];5(5):167-8. Disponible en: <https://www.jpands.org/hacienda/hiatt.html>
103. Hiatt MD. Around the continent in 180 days: The controversial journey of Abraham Flexner. *Pharos* 1999;62(1):18-24 [Internet]. 1999 [citado 4 de enero de 2020];62(1):18-24. Disponible en: [https://pdfs.semanticscholar.org/eea6/200953a0dda2c81a1542c53c358e8eaa52fc.pdf?\\_ga=2.104424320.1045741812.1578105561-366736549.1572908310](https://pdfs.semanticscholar.org/eea6/200953a0dda2c81a1542c53c358e8eaa52fc.pdf?_ga=2.104424320.1045741812.1578105561-366736549.1572908310)
104. Hromas R, Hromas C. *Einstein's Boss: 10 rules for leading genius*. Nueva York, NY: AMACOM; 2018.
105. Simmons JG. *Doctors and Discoveries: Lives that Created Today's Medicine*. Boston, MA: Houghton Mifflin Harcourt; 2002. 448 p.
106. Boelen C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002;80(7):592-3.
107. Duffy TP. Historical Perspectives in Medical Education: The Flexner Report - 100 Years Later. *Yale Journal of Biology and Medicine*. 2011;84:269-76.
108. De Kruif P. *Microbe Hunters*. Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich; 1926.
109. Matthew K. Wynia. The Short History and Tenuous Future of Medical Professionalism: The Erosion of Medicine's Social Contract. *Perspectives in Biology and Medicine* [Internet]. 2008 [citado 30 de enero de 2020];51(4):565-78. Disponible en: [http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/perspectives\\_in\\_biology\\_and\\_medicine/v051/51.4.wynia.html](http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/perspectives_in_biology_and_medicine/v051/51.4.wynia.html)
110. The Rockefeller Foundation. Abraham Flexner - Biographical - The Rockefeller Foundation: A Digital History [Internet]. People. [citado 4 de enero de 2020]. Disponible en: [https://rockfound.rockarch.org/biographical/-/asset\\_publisher/6ygcKECN11nb/content/abraham-flexner](https://rockfound.rockarch.org/biographical/-/asset_publisher/6ygcKECN11nb/content/abraham-flexner)



- 
111. IAS. Abraham Flexner: Life [Internet]. Institute for Advanced Study. [citado 4 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.ias.edu/flexner-life>
  112. Flexner A. The American College: A Criticism. Nueva York: The Century Co.; 1908. 237 p.
  113. Batterson S. Pursuit of genius: Flexner, Einstein, and the early faculty at the Institute for Advanced Study. Natick, MA: A K Peters; 2006. 301 p.
  114. Bonner TN. The Historical Reputation of Abraham Flexner (1866-1959). *Academic Medicine*. enero de 1989;64(1):17-8.
  115. McCall N. William Osler - Biography [Internet]. Celebrating the Contributions of William Osler. 1999 [citado 30 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://medicalarchives.jhmi.edu:8443/osler/biography.htm>
  116. Pickering G. Sir William Osler, Baronet. En: *Encyclopedia Britannica* [Internet]. Londres: Britannica Group, Inc.; 2019 [citado 30 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.britannica.com/biography/Sir-William-Osler-Baronet>
  117. Schwarcz J. Would Osler stand by his famous quote today? [Internet]. Office for Science and Society. 2017 [citado 28 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.mcgill.ca/oss/article/controversial-science-health-history-news/would-osler-stand-his-famous-quote-today>
  118. Mancuso J. What does Sir William Osler think about physician burnout? [Internet]. KevinMD.com. 2015 [citado 4 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.kevinmd.com/blog/2015/08/what-does-sir-william-osler-think-about-physician-burnout.html>
  119. Kane J. Is the art of medicine dead? [Internet]. KevinMD.com. 2016 [citado 17 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.kevinmd.com/blog/2016/10/art-medicine-dead.html>
  120. Osler W. *Aequanimitas* [Internet]. Philadelphia: P. Blakiston's Son & Co.; 1906 [citado 5 de enero de 2020]. 497 p. Disponible en: <https://ia800903.us.archive.org/10/items/aequanimitaswit04oslegoog/aequanimitaswit04oslegoog.pdf>
  121. Cushing H. *The Life Of Sir William Osler*. Vol. Vol. I. Londres: Oxford University Press; 1940.

- 
122. Peabody FW. The Physician and the Laboratory. Boston Med Surg J. 1922;187:324-7.
  123. Bryan CS. Fever, Famine, and War: William Osler as an Infectious Diseases Specialist. Clinical Infectious Diseases [Internet]. 1 de noviembre de 1996 [citado 29 de enero de 2020];23(5):1139-49. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/article-lookup/doi/10.1093/clinids/23.5.1139>
  124. Cushing H. The life of Sir William Osler. Vol. 2. Oxford, Inglaterra: Clarendon Press; 1925.
  125. Ullman D, Fisher P. The Homeopathic Revolution: Why Famous People and Cultural Heroes Choose Homeopathy. Berkeley CA: North Atlantic Books; 2007. 408 p.
  126. Gates FT. The Memoirs of Frederick T. Gates. American Heritage [Internet]. 1955 [citado 31 de diciembre de 2019];6(3):1-19. Disponible en: <https://www.americanheritage.com/memoirs-frederick-t-gates>
  127. Fisher D. The Rockefeller Foundation and the development of scientific medicine in Great Britain. Minerva [Internet]. 1978 [citado 21 de julio de 2019];16(1):20-41. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/BF01102180>
  128. The Rockefeller Foundation. Frederick T. Gates - Biographical - The Rockefeller Foundation: A Digital History [Internet]. People. [citado 4 de enero de 2020]. Disponible en: [https://rockfound.rockarch.org/biographical/-/asset\\_publisher/6ygcKECNI1nb/content/frederick-t-gates?](https://rockfound.rockarch.org/biographical/-/asset_publisher/6ygcKECNI1nb/content/frederick-t-gates?)
  129. Rockefeller Archive Center. John D. Rockefeller, 1839-1937 [Internet]. John D. Rockefeller, 1839-1937. [citado 26 de enero de 2020]. Disponible en: <https://rockarch.org/resources/about-the-rockefellers/john-d-rockefeller-sr/>
  130. Rockefeller Foundation. Medical Education [Internet]. The Rockefeller Foundation: A Digital History. [citado 28 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://rockfound.rockarch.org/medical-education>
  131. Hallahan K. Ivy Lee and the Rockefellers' Response to the 1913-1914 Colorado Coal Strike. Journal of Public Relations Research [Internet]. octubre de 2002 [citado 16 de mayo de 2019];14(4):265-315. Disponible en: [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S1532754XJPRR1404\\_1](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S1532754XJPRR1404_1)

- 
132. Locher WG. Max von Pettenkofer (1818–1901) as a pioneer of modern hygiene and preventive medicine. *Environ Health Prev Med* [Internet]. noviembre de 2007 [citado 26 de enero de 2020];12(6):238-45. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/BF02898030>
  133. Rockefeller Gifts Total \$530,853,632. *New York Times* [Internet]. 24 de mayo de 1937 [citado 14 de julio de 2019]; Disponible en: <http://movies2.nytimes.com/books/98/05/17/specials/rockefeller-gifts.html>
  134. Watts G. Edgar Rodas. *The Lancet* [Internet]. agosto de 2015 [citado 5 de enero de 2020];386(9993):526. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615607632>
  135. Fierro R. Redoble por Édgar Rodas. *El Comercio* [Internet]. 12 de marzo de 2015 [citado 5 de enero de 2020]; Disponible en: <https://www.elcomercio.com/opinion/opinion-rodolfo-fierro-edgar-rodas.html>
  136. Edgar Rodas dejó una huella imborrable. *Revista El Observador* [Internet]. 2012 [citado 5 de enero de 2020];17(86). Disponible en: [http://revistaelobservadorec.com/revista.php?id\\_edi=vaUopNklLn&id\\_cat=U9xX8dBdCc&id\\_item=csD3rQV5vw](http://revistaelobservadorec.com/revista.php?id_edi=vaUopNklLn&id_cat=U9xX8dBdCc&id_item=csD3rQV5vw)
  137. Castillo L. Falleció el cuencano Édgar Rodas, exministro de Salud. *El Comercio* [Internet]. 2 de marzo de 2015 [citado 5 de enero de 2020]; Disponible en: <https://www.elcomercio.com/tendencias/fallece-exministro-salud-edgarrodas-jamilmahuad.html>
  138. Edgar Rodas [Internet]. *The Lancet Commission on Global Surgery*. [citado 5 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.globalsurgery.info/edgar-rodas/>
  139. Cumbre Mundial de Educación Médica: Declaración Edimburgo 1993. *Rev Cubana Educ Med Super*. 2000;14(3):270-83.
  140. Rodas Andrade E. Salud familiar integral y Asamblea Constituyente. En: *Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina* [Internet]. Quito, Ecuador: FLACSO, Sede Ecuador; 2008 [citado 20 de enero de 2020]. Disponible en: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/40801.pdf>
  141. Tavares Araújo WC, Mônica Ribeiro P, Rodrigues Sant'Ana da Silva P, de Oliveira Prado AA. Colcha de retazos, Instrumento de recolección de datos en la investigación cualitativa. *Index de Enfermería* [Internet].

- 
- 2017 [citado 20 de junio de 2020];26(3):175-9. Disponible en: <https://medes.com/publication/127096>
142. Braun V, Clarke V. Thematic analysis. En: APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological [Internet]. Washington: American Psychological Association; 2012 [citado 15 de junio de 2020]. p. 57-71. Disponible en: <http://content.apa.org/books/13620-004>
143. Braun V, Clarke V. Successful Qualitative Research. Londres: SAGE Publications; 2013. 400 p.
144. Nitta K. Decision making. En: Encyclopaedia Britannica [Internet]. Edición en línea. Londres: Britannica Group, Inc.; 2014 [citado 15 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.britannica.com/topic/decision-making#ref1180909>
145. Gensler HJ. Ethics: a contemporary introduction. 2nd ed. New York: Routledge; 2011. 190 p. (Routledge contemporary introductions to philosophy).
146. Roetz H. Confucian Ethics of the Axial Age. Albany: State University of New York Press; 1993. (SUNY Series in Chinese Philosophy and Culture).
147. Woodruff B. The University College Of Medicine In Richmond, Virginia, 1893-1913: A Study of Institutional Decline [Internet]. [Williamsburg VA]: College of William and Mary in Virginia; 1986 [citado 29 de enero de 2020]. Disponible en: <http://scholarworks.wm.edu/etd/1539618875>
148. Flexner A. I Remember: The Autobiography of Abraham Flexner. Nueva York, NY: Simon and Schuster; 1940. 414 p.
149. Murray TJ. The Visit of Abraham Flexner to Halifax Medical College. The Nova Scotia Medical Bulletin [Internet]. junio de 1985 [citado 1 de junio de 2020];64(2):34-41. Disponible en: [https://dalspace.library.dal.ca/bitstream/handle/10222/47616/NSMB%201985%20Vol.64%282%29%2029-64\\_OCR\\_150dpi\\_PDFA1b.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dalspace.library.dal.ca/bitstream/handle/10222/47616/NSMB%201985%20Vol.64%282%29%2029-64_OCR_150dpi_PDFA1b.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
150. Bonner TN. Iconoclast: Abraham Flexner and a life in learning. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2002. 424 p.

- 
151. \$5,000 in 1910 → 2020 | Inflation Calculator [Internet]. [citado 7 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.in2013dollars.com/us/inflation/1910?amount=5000>
  152. Flexner A, Pritchett HS. Medical Education in Europe: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Nueva York, NY: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1912.
  153. Doukas DJ, McCullough LB, Wear S. Reforming Medical Education in Ethics and Humanities by Finding Common Ground With Abraham Flexner: Academic Medicine [Internet]. febrero de 2010 [citado 13 de julio de 2019];85(2):318-23. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-201002000-00034>
  154. Mullangi S. Presenting the Case for the Medical Humanities. Virtual Mentor, August 2014–Vol 16. agosto de 2014;16(8):592-4.
  155. Arky RA. Abe Flexner, where are you? We need you! Trans Am Clin Climatol Assoc. 2007;118:89-96.
  156. Graña-Aramburú A. Filósofos que contribuyeron al progreso de la medicina. ACTA MEDICA PERUANA [Internet]. 6 de febrero de 2017 [citado 23 de junio de 2020];32(1):41. Disponible en: <http://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/172>
  157. Alva Díaz C, Aguirre Quispe W, Becerra Becerra Y, García Mostajo J, Huerta Rosario M, Huerta Rosario AC. ¿La medicina científica y el programa Medicina Basada en Evidencia han fracasado? Educación Médica [Internet]. octubre de 2018 [citado 23 de junio de 2020];19:198-202. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181317300992>
  158. Ioannidis JPA. Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. Journal of Clinical Epidemiology [Internet]. mayo de 2016 [citado 23 de junio de 2020];73:82-6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435616001475>
  159. Safranski R. Paul K. Feyerabend - Interview in Rom [Internet]. Roma; 1993 [citado 23 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=nr-Q6pfXSPo>
  160. Theocharis T, Psimopoulos M. Where science has gone wrong. Nature. 15 de octubre de 1987;319:595-8.

- 
161. Goldsteen RL, Goldsteen K, Goldsteen B, Jonas S. Jonas' introduction to the U.S. health care system. 8.<sup>a</sup> ed. Nueva York, NY: Springer Publishing Company, LLC; 2017. 252 p.
  162. Hiatt MD. The Impact of the Flexner Report on the Fate of Medical Schools in North America After 1909. *Journal of American Physicians and Surgeons*. 2003;8(2):37-40.
  163. Wolinsky H, Brune T. *The Serpent on the Staff: The Unhealthy Politics of the American Medical Association*. Nueva York: Tarcher Putnam; 1995. 324 p.
  164. Steinecke A, Terrell C. Progress for Whose Future? The Impact of the Flexner Report on Medical Education for Racial and Ethnic Minority Physicians in the United States: *Academic Medicine* [Internet]. febrero de 2010 [citado 13 de julio de 2019];85(2):236-45. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-201002000-00020>
  165. Wright-Mendoza J. The 1910 Report That Disadvantaged Minority Doctors [Internet]. *JSTOR Daily*. 2019 [citado 26 de enero de 2020]. Disponible en: <https://daily.jstor.org/the-1910-report-that-unintentionally-disadvantaged-minority-doctors/>
  166. Arrington J. The Flexner Report and the African-American Health Experience: Black Collective Memory and Identity as Shaped by Afro-cultural Trauma and Re-membering. *Vanderbilt Undergraduate Research Journal* [Internet]. 26 de octubre de 2015 [citado 27 de enero de 2020];10:2-8. Disponible en: <http://ejournals.library.vanderbilt.edu/index.php/vurj/article/view/4063>
  167. Null G, Seaman B. *For Women Only!: Your Guide to Health Empowerment*. Nueva York: Seven Stories Press; 2001. 1600 p.
  168. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. 8 de abril de 1977;195(4286):129-36.
  169. Sandy LG, Bodenheimer T, Pawlson LG, Starfield B. The Political Economy Of U.S. Primary Care. *Health Affairs* [Internet]. julio de 2009 [citado 27 de enero de 2020];28(4):1136-45. Disponible en: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.28.4.1136>
  170. Emanuel EJ, Dubler N. Preserving the Physician-Patient Relationship in the Era of Managed Care. *JAMA*. 1995;273:323-9.

- 
171. Relman AS. The New Medical-Industrial Complex. *New England Journal of Medicine*. 1980;303(17):963-70.
  172. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. *Educating physicians: a call for reform of medical school and residency*. 1st ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2010. 304 p. (The preparation for the professions series).
  173. Rowe FE. The Certification of Specialists. *The New England Journal of Medicine*. 24 de septiembre de 1936;215(18):600-1.
  174. Fitz R. The Rise of the Practice of Internal Medicine as a Specialty. *New England Journal of Medicine*. 1950;242(15):569-74.
  175. Petersdorf RG. The Doctors' Dilemma. *New England Journal of Medicine*. 1978;299(12):628-34.
  176. Ludmerer KM. *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century*. Revised Edition. Nueva York: Oxford University Press; 2005. 546 p.
  177. Brady SR, Moxley D. Plurality and Fragmentation in Social Work: Analyzing the Implications of Flexner Using a Philosophy of Science Perspective. *Journal of Social Work Education [Internet]*. 13 de julio de 2016 [citado 27 de enero de 2020];52(sup1):S74-88. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10437797.2016.1174639>
  178. Friedman LJ, Wheatley SC. The Medical World that Flexner Built. *Reviews in American History [Internet]*. septiembre de 1989 [citado 27 de enero de 2020];17(3):433. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/2702845?origin=crossref>
  179. Martínez Borrero P. Medicina familiar y comunitaria, una experiencia de diez años en la Universidad del Azuay. *Universidad Verdad*. agosto de 2016;70:203-22.
  180. Leonard TC. Retrospectives: Eugenics and Economics in the Progressive Era. *Journal of Economic Perspectives [Internet]*. noviembre de 2005 [citado 27 de enero de 2020];19(4):207-24. Disponible en: <http://pubs.aeaweb.org/doi/10.1257/089533005775196642>
  181. Paul D. History of Eugenics. En: *International Encyclopedia of Social and Behavioral Sciences*. Amsterdam: Elsevier; 2001. p. 4896–901.

- 
182. Pannier ST. African Americans, Women, and the 1910 Flexner Report: Progressive Medical Reform and Professional Exclusion [Internet] [Tesis de Licenciatura]. [Salt Lake City]: Universidad de Utah; 2016 [citado 27 de enero de 2020]. Disponible en: <https://collections.lib.utah.edu/details?id=205706>
183. DeBakcsy D. The Hard Rise And Long Fall Of Elizabeth Blackwell, The First Woman MD [Internet]. Women You Should Know®. 2018 [citado 26 de julio de 2020]. Disponible en: <https://womenshouldknow.net/elizabeth-blackwell-first-woman-md/>
184. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* [Internet]. diciembre de 2010 [citado 27 de enero de 2020];376(9756):1923-58. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673610618545>
185. Berger TJ. The Impact of the Demand for Clinical Productivity on Student Teaching in Academic Emergency Departments. *Academic Emergency Medicine* [Internet]. 1 de diciembre de 2004 [citado 27 de enero de 2020];11(12):1364-7. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1197/j.aem.2004.07.015>
186. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. Cox M, Irby DM, editores. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 28 de septiembre de 2006 [citado 30 de marzo de 2019];355(13):1339-44. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra055445>
187. \$8,000,000 in 1910 → 2020 | Inflation Calculator [Internet]. [citado 23 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.in2013dollars.com/us/inflation/1910?amount=8000000>
188. Eskin Biomedical Library - VUMC Biographies: Abraham Flexner [Internet]. [citado 23 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.library.vanderbilt.edu/specialcollections/history-of-medicine/exhibits/biopages/aflexner.php>
189. \$14,000,000 in 1910 → 2020 | Inflation Calculator [Internet]. [citado 23 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.in2013dollars.com/us/inflation/1910?amount=14000000>



- 
190. Horton R. Offline: Touch—the first language. *The Lancet* [Internet]. octubre de 2019 [citado 30 de enero de 2020];394(10206):1310. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673619322809>
  191. Seeman MV, Becker RE. Osler and the Way We Were Taught. *Medical Science Educator* [Internet]. septiembre de 2017 [citado 29 de enero de 2020];27(3):555-7. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s40670-017-0419-z>
  192. Adashi EY, Ahmed A-KH, Gruppuso PA. The Importance of Being Curious. *The American Journal of Medicine* [Internet]. junio de 2019 [citado 29 de enero de 2020];132(6):673-4. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002934318311744>
  193. Weaver AD. The Troubled Spirit of Abraham Flexner. *The American Journal of the Medical Sciences* [Internet]. mayo de 2018 [citado 29 de enero de 2020];355(5):515-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002962917306006>
  194. Straus E. *Psychologie der Menschlichen Welt: Gesammelte Schriften* [Internet]. Berlín, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1960 [citado 26 de enero de 2020]. 434 p. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-87995-1>
  195. Smith LG. Educating the Professional Physician. En: *Mentoring in Academic Medicine*. 1.<sup>a</sup> ed. Filadelfia: American College of Physicians; 2010. p. 4-34.
  196. Paur J. Sullenberger Made the Right Move, Landing in the Hudson. *Wired* [Internet]. 5 de mayo de 2010 [citado 12 de julio de 2020]; Disponible en: <https://www.wired.com/2010/05/ntsb-makes-recommendations-after-miracle-on-the-hudson-investigation/>
  197. Mair A. *Sir James Mackenzie MD 1853-1925. General Practitioner*. Londres: Churchill Livingstone; 1973. 366 p.
  198. Brighton and Sussex Medical School. *General Practice Teaching* [Internet]. *General Practice Teaching*. [citado 26 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.bsms.ac.uk/research/primary-care-and-population-health/primary-care/index.aspx>
  199. Miller L. GP Training - Teaching undergraduate students in primary care [Internet]. *GP Training - Teaching undergraduate students in primary care*. 2009 [citado 25 de enero de 2020]. Disponible en:

---

<https://www.gponline.com/gp-training-teaching-undergraduate-students-primary-care/article/899377>

200. Moore P, Ortigoza A, Grant E, Pirazzoli A. Educational expectations of professionals who teach in primary health care in Chile. *Education for Primary Care* [Internet]. 16 de enero de 2020 [citado 25 de enero de 2020];1-8. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14739879.2019.1710863>
201. Shackles D, Ward G, Skinner L. Learning to Train: Developing the Framework for a Scottish National General Practice Trainers' Course. *Education for Primary Care* [Internet]. enero de 2007 [citado 25 de enero de 2020];18(5):616-23. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14739879.2007.11493595>
202. Romao GS, Bestetti R, Couto LB. Problem-based learning in primary care at University of Ribeirão Preto (UNAERP) in Brazil. *Advances in Medical Education and Practice* [Internet]. enero de 2018 [citado 22 de octubre de 2019];Volume 9:27-30. Disponible en: <https://www.dovepress.com/problem-based-learning-in-primary-care-at-university-of-ribeirao-preto-peer-reviewed-article-AMEP>
203. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA, editores. *Primary Care: America's Health in a New Era* [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 1996 [citado 26 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/5152>
204. Fein EB. Specialty or General Practice: Young Doctors Change Paths. *New York Times* [Internet]. 16 de octubre de 1995 [citado 26 de enero de 2020];1. Disponible en: <https://www.nytimes.com/1995/10/16/nyregion/specialty-or-general-practice-young-doctors-change-paths.html?searchResultPosition=1>
205. Smith J. The Best- And Worst-Paying Jobs For Doctors [Internet]. *Forbes - Leadership*. 2012 [citado 26 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.forbes.com/sites/jacquelynsmith/2012/07/20/the-best-and-worst-paying-jobs-for-doctors-2/#668c979ba2a3>
206. Seifer SD. Service-learning: community-campus partnerships for health professions education. *Academic Medicine* [Internet]. marzo de 1998 [citado 26 de enero de 2020];73(3):273-7. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-199803000-00015>

- 
207. Willems S, Van Roy K, De Maeseneer J. Educating Health Professionals to Address the Social Determinants of Health. En: A Framework for Educating Health Professionals to Address the Social Determinants of Health. Washington D.C.: National Academies Press; 2016. p. 109-31.
208. Cuff PA, Hammers Forstag E, editores. Strengthening the Connection Between Health Professions Education and Practice: Proceedings of a Joint Workshop [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2019 [citado 26 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.nap.edu/catalog/25407>
209. Cuff PA, editor. Building Health Workforce Capacity through Community-Based Health Professional Education [Internet]. Washington D.C.: National Academies Press; 2015 [citado 26 de enero de 2020]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405452617302197>
210. Eden J, Berwick D, Wilensky G. Graduate Medical Education That Meets the Nation's Health Needs [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2014 [citado 26 de enero de 2020]. 233 p. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/18754>
211. Cuff PA, Vanselow NA, editores. Improving Medical Education: Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2004 [citado 26 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/10956>
212. Tinitana-Ortega J, Torres-Jaramillo I, Tacuri-Romero J, Ajila-Vacacela J, Zari-Espinoza D, Zhuzhingo-Vásquez C. Polifarmacia en pacientes adultos mayores pluripatológicos que acuden al primer nivel de atención en salud. FACSALUD-UNEMI. 2018;2(3):34-41.
213. Biblia Católica Online. Evangelio según San Mateo, 7 - Biblia Latinoamericana [Internet]. Biblia Católica Online. [citado 19 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.bibliacatolica.com.br/biblia-latinoamericana/evangelio-segun-san-mateo/7/>
214. Biblia Católica Online. Evangelio según San Lucas, 6 - Biblia Latinoamericana [Internet]. Biblia Católica Online. [citado 19 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.bibliacatolica.com.br/biblia-latinoamericana/evangelio-segun-san-lucas/6/>

- 
215. Colwell NP. Report of the Council on Medical Education. Journal of the American Medical Association [Internet]. junio de 1910 [citado 29 de enero de 2020];54(24): 1974-1975.(24):1974-9. Disponible en: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015082605380&view=1up&seq=1970>

## **9. ANEXOS**

### **9.1. ANEXO 1: CUESTIONARIO CON PREGUNTAS, REPREGUNTAS Y OBSERVACIONES**

#### **Primera Parte**

**Tema: Influencia actual de Flexner y Osler en la malla curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay**

- ¿Qué opina de la importancia de las ciencias básicas (preclínica) en la medicina?
  - ¿Se justifica su volumen? ¿2 años de estudio!
- ¿Cómo se integra mejor la preclínica con la clínica?
  - Casi no hay integración vertical en la Facultad
- ¿Qué importancia da usted a las prácticas de laboratorio (desde la biología hasta la patología clínica e imagenología)?
  - ¿Tienen valor práctico? Si alguien estudia estas especialidades, entonces podrá dedicarse a esto...
- ¿Qué opina usted de la simulación médica como sustituto de la experiencia en la cabecera de cama?
- ¿Cómo ve usted la preparación de los estudiantes en la terapia no farmacéutica?

- 
- Los principales problemas del presente (y del futuro) son la diabetes, la HTA, la obesidad, etc., todo manejable mediante dieta y ejercicio... y dedicamos pocas horas a su estudio
  - ¿Cómo juzga usted la importancia de materias optativas de naturaleza humanitaria, sociológica o artística?
    - Por ejemplo, estudio que indica mejoría en el diagnóstico clínico mediante el estudio de la pintura (“ojo clínico”)
  - ¿Cómo estima usted la idea de una preparación médica según el principio del aprendiz médico en contraste con una educación científica basada en el laboratorio?
    - Osler lo propuso, es el método ancestral inglés
  - ¿Cómo ve usted la importancia de la especialización y subespecialización y, en contraste, el papel del médico generalista?
    - El generalista no es muy apreciado en la Facultad, es mi opinión, pero él carga con el 80% de las patologías y casi toda la prevención. Sin embargo, carece de prestigio, incluso entre los médicos
  - ¿Cuáles son las metas de la formación médica en nuestra Facultad?
    - ¿Es el médico de familia?
    - ¿Por qué se contratan otras especialistas para los ABP?
    - ¿Qué porcentaje de la parte clínica del estudio es hospitalario?
  - ¿Han cambiado estas metas desde la fecha de la fundación de nuestra Facultad?
    - *Pregunta no aplica a estudiantes, no pueden saberlo*

## **Segunda Parte**

### **Tema: El futuro rumbo de la formación médica en la Facultad**

- ¿Cómo se puede mejorar el proceso de admisión para seleccionar a los mejores (más aptos) candidatos?
  - ¿Qué medimos?

- 
- ¿Qué queremos?
  - ¿Cómo podemos mejorar nuestro trabajo en la formación de los estudiantes?
    - ¿Qué queremos?
  - ¿Cómo podemos mejorar la preparación de los estudiantes en la terapia no farmacéutica?
    - Esta preparación casi no existe
  - ¿Planea usted intensificar el entrenamiento de los estudiantes en la entrevista médica?, y en caso de sí, ¿cómo lo hará?
    - En Austria, le entrevista médica se enseña desde el segundo año hasta el final. Es parte crucial de la relación médico paciente.
  - ¿Cómo debemos cambiar las metas de la formación médica (perfil de egresado) en nuestra Facultad?
    - ¿Debemos cambiarlas?
  - ¿Cuáles son los retos más importantes, según su opinión, para la medicina del Ecuador en el futuro?
    - ¿Más ancianos?
    - ¿Resistencia a antibióticos?
    - ¿Síndromes metabólicos por mal estilo de vida?
    - ¿Costo de enfermedades crónicas?

### **Tercera Parte**

#### **Tema: Implicaciones bioéticas en la visión formativa de la Facultad de Medicina**

- ¿Cómo ve usted la accesibilidad de los servicios de salud para los pacientes?
  - Si no tienen dinero, esperan meses para un turno... si viven tanto

- 
- ¿Cómo ve usted el monto de los honorarios médicos o quirúrgicos en relación a los ingresos de la población en general?
    - Media hora de cirugía da más ingresos que un sueldo mínimo...
    - Solo el internista no sabe cómo luce un billete de 100 dólares
  - ¿Cómo se podría mejorar la educación en salud de la población?
    - = Alfabetización en salud
    - El efecto de las charlas no se evalúa, ¿cómo se sabe si sirven?
    - Muchas charlas y clubes, poco resultado
  - ¿Cuál es el papel de la Universidad en general y de la Facultad en especial como actor político en beneficio de la salud?
    - ¿Debería hacer más?
    - ¿Se calla demasiado?
    - ¿Hay tanto silencio por el miedo?
    - ¿Por qué no se rebela contra la incompetencia de las autoridades estatales?
  - ¿En qué estado ve usted la autonomía de la Universidad?
    - ¿Existe en realidad?
    - ¿Por qué no protestamos?
  - Aparte de la materia de Bioética Médica, ¿cómo planea reforzar los principios éticos, como la autonomía, la justicia, la beneficencia, la no maleficencia, la dignidad y otros en la formación de los estudiantes?
    - ¿Es la bioética un tema de peso o algo que se da para cumplir un deber no querido?
  - ¿Cómo puede contribuir la Facultad de Medicina en la construcción de servicios de salud más accesibles, más justos, más eficientes, etc.?
    - ¿Vivimos en una torre de marfil?



- 
- ¿Es injusto exigir proyectos de vinculación y, por otro lado, recortar el presupuesto?

**9.2. ANEXO 2: INFORME DEL CONSEJO DE EDUCACIÓN MÉDICA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA AMERICANA (AMA)**

Resultados de la segunda gira de inspección de la AMA (215)

(Facsímile del HathiTrust

(<https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015082605380&view=1up&seq=1970> y siguientes)

was at a time when the special knowledge that characterized such other educated sects was more insisted on than it is to-day. In other words each such sect then went just as far as the others would let it in getting its peculiar pills and potions into the statute books. Varnish it as you may, that was the fact then, and it remains a fact to-day.

But a law differs from a statute in that the law is a regulation and only such regulation of society as the people will support. It is important to bear this distinction in mind because, whatever may be the provisions of the statutes, the people never have, never will, and, in my opinion, never ought to give the force of law to any statute that, even inferentially or constructively, seeks to give monopoly of cure to either men, methods, cults or systems. I am convinced that, whatever may be placed in the statutes, the most that the law will ever do will be to prescribe and enforce a common, safe and rational foundation for all persons or plans of cure—all cults, systems or denominations of medicine—that have for their object the professional care and conduct of disease or injury of the human family.

This foundation must consist of a knowledge not only of the fundamental studies for everybody, but of human anatomy, physiology, bacteriology, pathology, diagnosis, hygiene, sanitation, obstetrics and surgery, and such allied branches as may be essential to a comprehension of these complex topics. The always more or less speculative question of remedies and cure in their broadest sense ought to be and must be left to the intelligence of one thus otherwise equipped. All cults standing on such a foundation may be considered safe. The attempt to do more will defeat the object in view as that object is to-day being defeated. The attempt to do less will be to fail to give society the protection to which it is entitled. To defer the adoption of this rational basis for our medical legislation will be to await development and multiplication of ignorant cults and isms until by their strength and establishment the necessary reform will be rendered either difficult of accomplishment or impossible. These, too, are considerations to be taken into account before a model practice act is promulgated in the name of the American Medical Association.

#### THE GUARDIANSHIP OF VICTORY

A victory is not worth gaining unless its fruits are safeguarded against reprisals. This is as true in the matter of progressive medical legislation as it is in warfare between nations. It is, for example, hardly worth while to work seventeen years for a food and drugs act if its power to protect the people is destroyed by executive interpretation in the short space of seventeen months. It is not worth the time and money to establish a national quarantine if by virtue of its uninfluential status it can be browbeaten into ineffectiveness by rapacious commercial interests at infected ports. It is not worth while to create laboratories for hygienic investigation if we are to permit them to ignore the investigation of unknown causes underlying diseases that threaten to decimate the people. We must stand by every vantage point gained in this great movement for the promotion of the general welfare. This can be done only by still further perfecting our already splendid organization and by still further and persistently disseminating its influence throughout society.

To-day, in the movement for a National Department of Health, the issue is fairly joined between the enlightened element of society under the leadership of the medical profession on the one hand and the ignorant and credulous element of society under the leadership of sinister cults on the other hand. The side will win whose cause best subserves the welfare of the people and that makes the people understand that fact. By this criterion alone shall the contestants be measured and weighed in the final arbitrament. And let it be remembered that this final arbitrament must come at the hands of the plain people whose interests are always first to be considered and without whose support all movements must stop short of progress. This being true, it devolves on every person conversant with the merits of this great movement for the conservation of public health, and on which is predicted our public wealth, to recognize in this question the paramount political issue of the present and succeeding campaign.

#### THE IMPORTANCE OF POLITICAL ACTION

An issue becomes an issue when it acquires a vote-determining power and not until then. The sooner this particular question thus becomes an issue to be discussed on the hustings and determined at the polls the better for the American people. I am utterly opposed to those who protest against permitting this question to go into politics. The sooner and further we put it into politics and the harder we drive it home with effective organization and courageous leadership the sooner will the

voice of science and humanity become effective in the promotion of the general welfare. In that campaign I hope always to be found at my place in the ranks.

I desire to thank the House of Delegates and the members of the American Medical Association for their prolonged manifestations of favor and confidence.

Very respectfully,  
Cincinnati, Ohio, May 20, 1910.

CHARLES A. L. REED.

DR. EVERETT J. MCKNIGHT, Connecticut, called attention to the omission from the report of the Committee on Medical Legislation of what had been accomplished in Connecticut, although he had sent a report of this work to the Assistant Secretary.

It was moved and seconded that the report of Dr. McKnight be included as a part of the report of the Committee on Medical Legislation.

The motion was carried.

The report was then referred to the Reference Committee on Legislation and Political Action.

THE PRESIDENT: We will now hear the report of the Council on Medical Education, Dr. Arthur D. Bevan, Illinois, Chairman.

Dr. Bevan then read the report, which was referred to the Reference Committee on Medical Education.

#### Report of the Council on Medical Education

To the Members of the House of Delegates of the American Medical Association:

During the past year the second tour of inspection of the medical colleges of the United States has been completed and much additional data collected. From the fact that the medical colleges of Canada furnish so many medical practitioners to the various states and requests for reliable information regarding them has been lacking, these colleges were included in the second tour of inspection so that now the Council has first hand information regarding all the medical schools of the United States and Canada. Since the completion of the actual inspection work the reports regarding the various colleges have been carefully reviewed and compared department by department with a view of finding the average condition. Incidentally, a mass of other data received from reliable sources was found to corroborate the data obtained by the inspections. From this careful study of the conditions actually existing and with a view of the immediate needs of medical education, the following outline of the "Essentials of an Acceptable Medical College" was prepared. Omitting from consideration a number of the utterly worthless medical colleges this outline represents in the majority of points a line considerably below the average of conditions existing in all the colleges of the United States and Canada. The outline is as follows:

1. Strict enforcement of all standards and requirements, the college itself to be held responsible for any instances where they are not enforced.

2. A requirement for admission of at least a four-year high-school education superimposed on eight years of grammar school work, or the actual equivalent education, this to consist of 14 units as defined by the College Entrance Examining Board and required by the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.

3. As soon as conditions warrant, the minimum requirement for admission should be enlarged to include at least one year's college work each in physics, chemistry and biology and a reading knowledge of at least one modern language, preferably German or French.

4. A requirement that students be in actual attendance in the college within the first week of each annual session and thereafter.

5. That actual attendance at classes be insisted on except for good cause, such as for sickness, and that no credit be given under any circumstances for less than 80 per cent. of attendance on each course.

6. That advanced standing be granted only to students of other acceptable colleges and that in granting advanced standing there shall be no discrimination against the college's full-course students.

7. Careful and intelligent supervision of the entire school by a dean or other executive officer who holds, and has sufficient authority to carry out, fair ideals of medical education as interpreted by modern demands.

8. A good system of records showing conveniently the credentials, attendance, grades and accounts of the students.

9. A fully graded course covering four years of at least 30 weeks each, exclusive of holidays, and at least 30 hours per

Original from

UNIVERSITY OF MICHIGAN

week of actual work; this course should be clearly set forth in a carefully prepared and printed schedule of lectures and classes.

10. Two years of work consisting largely of laboratory work in thoroughly equipped laboratories in anatomy, histology, embryology, physiology, chemistry (inorganic, organic and physiologic), bacteriology, pathology, pharmacology, therapeutics and clinical diagnosis.

11. Two years of clinical work largely in hospitals and dispensaries, with thorough courses in internal medicine (including physical diagnosis, pediatrics, nervous and mental diseases), surgery (including surgical anatomy and operative surgery on the cadaver), obstetrics, gynecology, laryngology, rhinology, ophthalmology, otology, dermatology, hygiene and medical jurisprudence.

12. At least six expert, thoroughly trained instructors in the laboratory branches, salaried so they may devote their entire time to instruction and to that research without which they cannot well keep up with the rapid progress being made in

clinical teaching (for senior classes of 100 students or less), these patients to represent in fair proportion all departments of medicine.

17. The college should have additional hospital facilities for children's diseases, contagious diseases and nervous and mental diseases.

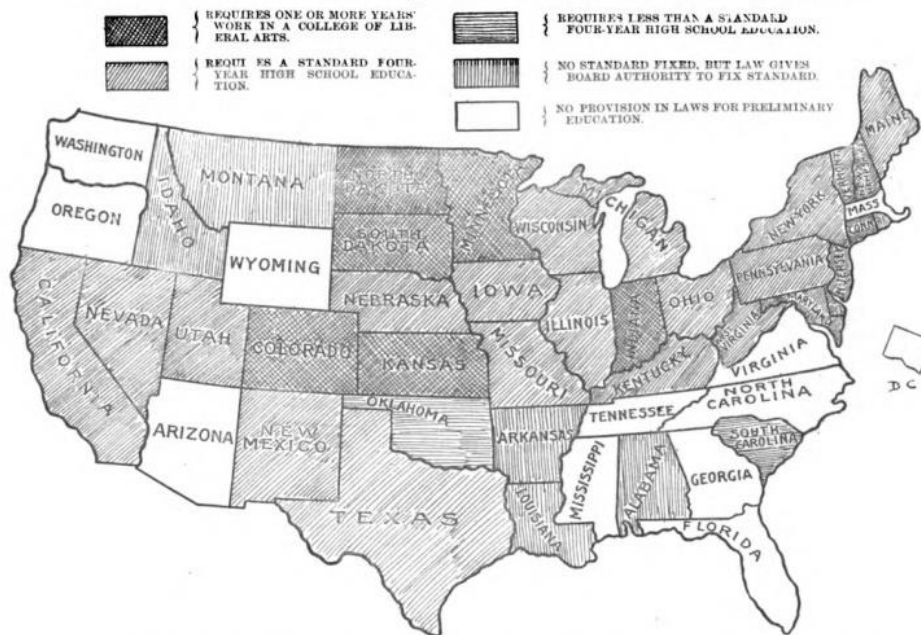
18. Facilities for at least five maternity cases for each senior student, who should have actual charge of these cases under the supervision of the attending physician.

19. Facilities for at least 30 autopsies during each college session (for senior classes of 100 students or less).

20. A dispensary, or out-patient department, under the control of the college, the attendance to be a daily average of 60 cases (for senior classes of 100 students or less), the patients to be carefully classified, good histories and records of the patients to be kept and the material to be well used.

21. The college should have a working medical library to include the more modern text and reference books and 10 or more leading medical periodicals; the library room to be

CHART I.—STATE BOARD REQUIREMENTS OF PRELIMINARY EDUCATION



their subjects. These instructors should rank sufficiently high to have some voice in the conduct of the college. There should also be a sufficient number of assistants in each department to look after the less important details.

13. The medical teaching should be of at least the same degree of excellence as obtains in our recognized liberal arts colleges and technical schools.

14. The members of the faculty, with a few allowable exceptions, should be graduates of institutions recognized as medical colleges and should have had a training in all departments of medicine. They should be appointed because of their ability as teachers and not because they happen to be on the attending staff of some hospital or for other like reasons.

15. The college should own or entirely control a hospital in order that students may come into close and extended contact with patients under the supervision of the attending staff. The hospital should have a sufficiently large number of patients to permit the student to see and study the common varieties of surgical and medical cases as well as a fair number in each of the so-called specialties.

16. The college should have easily accessible hospital facilities of not less than 200 patients which can be utilized for

easily accessible to students during all or the greater part of the day; to have suitable tables and chairs and to have an attendant in charge.

22. A working medical museum having its various anatomic, embryologic, pathologic and other specimens carefully prepared, labeled and indexed so that any specimen may be easily found and employed for teaching purposes.

23. A supply of such useful auxiliary apparatus as a stereopticon, a reflectoscope, carefully prepared charts, embryologic or other models, manikins, dummies for use in bandaging, a Roentgen ray or other apparatus now so generally used in medical teaching.

24. The college should show evidences of reasonably modern methods in all departments and evidences that the equipment and facilities are being intelligently used in the training of medical students.

25. A statement in which the college's requirements for admission, tuition, time of attendance on the classes, sessions and graduation are clearly set forth should be given, together with complete lists of its matriculants and latest graduating class in regular annual catalogues or announcements.





better schools. The members of the Council are unanimous in the belief that a degree requirement for admission to the study of medicine is too extreme to be considered in the drawing up of an American standard of medical education.

The second great advance—the addition of a clinical year—as an intern in a hospital after the completion of the work in the medical school is quite as important and in some ways more important than the requirement of the preliminary sciences for admission. This clinical year, however, is largely taking care of itself, as the modern medical student soon learns that a hospital appointment is an essential part of his medical training and makes every effort to secure it. The time will soon arrive, however, when this clinical year will be recognized as a part of the required medical course, and the whole medical curriculum will be arranged and planned with this hospital year in view.

Sixteen medical schools are now requiring as a minimum for entrance two or more years of work in a college of liberal arts in addition to a four year high school education. These col-

College.	Begins.
University of Colorado, School of Medicine.....	1910
Indiana University School of Medicine.....	1910
State University of Iowa, College of Medicine.....	1910
Drake University College of Medicine.....	1910
University of Missouri, Department of Medicine.....	1910
Dartmouth Medical School.....	1910
Columbia University College of Physicians and Surgeons.....	1910
Syracuse University College of Medicine.....	1910
University of Pennsylvania, Medical Department.....	1910
University of Utah, Medical Department.....	1910

\* One year required for the session of 1909-10.  
† One year has been required since 1906.  
‡ The printed announcement for 1909-10 contains no mention of the advance in entrance requirements but an official letter states that two years of collegiate work will be required for admission beginning September, 1910.

The twenty-one following colleges either already require in addition to a four-year high school course one year of work in a college of liberal arts, including courses in physics, chemistry and biology, or have made definite statements in their printed announcements or otherwise, that they will require that standard of preliminary education in and after the year given:

CHART 4.—CHARACTER OF THE STATE LICENSING BOARDS



leges and the years when the requirement became effective are as follows:

College.	Begins.
Johns Hopkins University Medical Department.....	1893
Harvard Medical School.....	1900
Western Reserve University Medical Department.....	1901
University of Chicago, Rush Medical College.....	1904
University of California, Medical Department.....	1905
University of Minnesota, College of Medicine and Surgery.....	1907
University of North Dakota, College of Medicine.....	1907
University of Wisconsin, College of Medicine.....	1907
Cornell University Medical College.....	1908
Wake Forest College, School of Medicine.....	1908
Leland Stanford Junior University, Department of Medicine.....	1909
Yale Medical School.....	1909
University of Kansas, School of Medicine.....	1909
University of Michigan, College of Medicine.....	1909
University of Nebraska, College of Medicine.....	1909
University of South Dakota, College of Medicine.....	1909

Ten other colleges in their printed announcements have clearly stated their intention to require two years of liberal arts' college work as their minimum standard of preliminary education for the session of 1910-11 and thereafter. These colleges are as follows:

College.	In Force.
Northwestern University Medical School.....	1908
Fordham University School of Medicine.....	1908
Hahnemann Medical College of the Pacific.....	1910
Denver and Gross College of Medicine.....	1910
Howard University School of Medicine.....	1910
Kansas Medical College.....	1910
Tulane University, Medical Department.....	1910
St. Louis University, School of Medicine.....	1910
University Medical College, Kansas City.....	1910
Washington University Medical Department.....	1910
Ohio-Miami Medical College, University of Cincinnati.....	1910
College of Physicians and Surgeons, Cleveland.....	1910
University of Oregon, Medical Department.....	1910
University of Texas, Medical Department.....	1910
University of Virginia, Department of Medicine.....	1910
West Virginia University, College of Medicine.....	1910
Marquette University, Medical Department.....	1910
Wisconsin College of Physicians and Surgeons.....	1910
Medical School of Maine.....	1912
Boston University, School of Medicine.....	1912
University of Vermont, College of Medicine.....	1912

Twelve other colleges sent official notices to the Council that an increase in requirements would be made. Six of these have since rescinded their action, two have been advised by the Council not to make the requirement at the present time and

four others have not made clear statements of the proposed increase in their printed announcements.

For a time this elevation of standards by the better class of colleges will probably be taken advantage of by commercial, low grade colleges which will continue their lack or non-enforcement of standards in order to profit from the influx of students who are turned away from the good schools. This advantage can only be temporary, however, since, in the first place, medical students and their advisors are rapidly learning that it does not pay to spend four or five years in a college of low requirements and with standards so lax that a large percentage of their graduates fail at state license examinations, and, secondly, because state boards are coming to the support of the better colleges by adopting similar standards of preliminary education and by making their examinations of such character that they cannot be passed by applicants who have not had a training in laboratories and clinics. Such action by a considerable number of state boards will make it impossible for low-grade, inefficient medical schools to continue. Even a rigid enforcement of the four-year high school preliminary

State	Examining Board of	No. of Years Required.	Affects Students Matriculating.	Affects all Applicants.
North Dakota	.....	2	1907-08	1911
South Dakota	.....	2	1907-08	1911
Minnesota	.....	2	1908-09	1912
Colorado	.....	1	1908-09	1912
Connecticut	.....	1	1910-11	1914
Kansas	.....	1	1910-11	1914
Indiana	.....	2	1910-11	1914

There are several other states which are contemplating similar increases in their requirements in the near future.

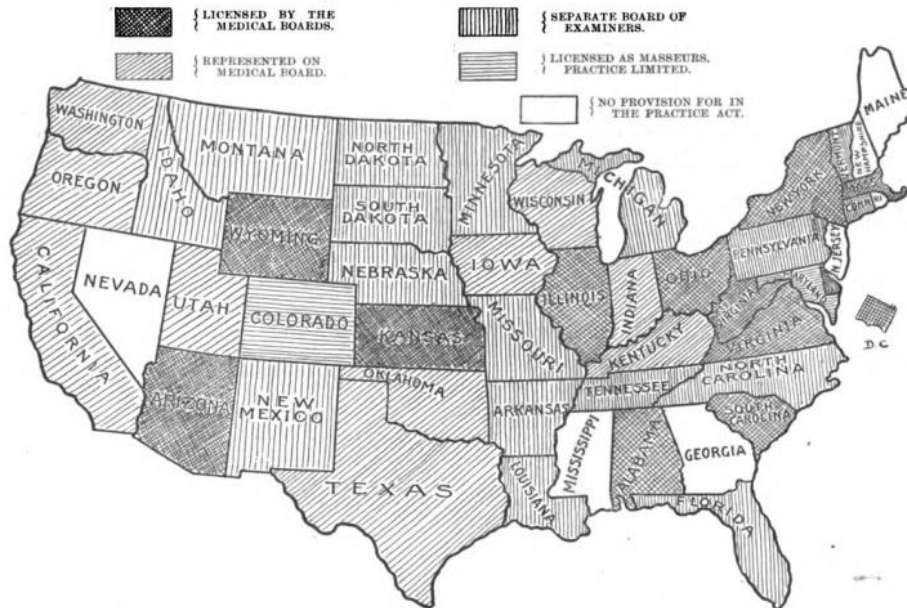
IN CONCLUSION

In conclusion it should be said that although there is still much to be done splendid progress is being made and we can all look forward to the future confident that within a few years medical education and medical licensure in this country will be on a satisfactory basis. Respectfully submitted,

ARTHUR DEAN BEVAN, Chairman.  
N. P. COLWELL, Secretary.

On motion of Dr. C. E. Cantrell, Texas, which was seconded by several, the House of Delegates then adjourned until 2 p. m.

CHART 5.—THE OSTEOPATHIC SITUATION



requirement would force several of these commercial schools to the wall.

At least six medical colleges have provided an optional fifth year of hospital work for which the degree of M.D. *cum laude* is granted. These colleges are:

- Boston University School of Medicine.
- Indiana University School of Medicine.
- Rush Medical College.
- St. Louis University School of Medicine.
- University of Nebraska College of Medicine.
- University and Bellevue Hospital Medical College.

The deans of at least 25 medical colleges have stated that they have more internships each year than they can fill. For these schools, therefore, the final requirement of the American Medical Association's "Ideal Standard," namely, "A sixth year as an intern in a hospital," could be easily enforced.

From the fact that 47 medical colleges have adopted higher entrance requirements it is interesting to note that seven state examining boards have also adopted preliminary requirements in advance of a four-year high school education. These are as follows:

Second Meeting — Monday Afternoon, June 6

The House of Delegates convened at 2 p. m., and was called to order by the Third Vice-President, Dr. Alexander Lambert, New York.

The minutes of the previous meeting were read and approved. Dr. H. Bert Ellis, Chairman, made a supplementary report of the Committee on Credentials.

Dr. John G. Clark, Pennsylvania, Chairman, read the report of the Board of Public Instruction on Medical Subjects.<sup>1</sup>

On motion of Dr. C. S. Bacon, Illinois, it was referred to the Reference Committee on Legislation and Political Action.

The report of the Committee on Organization was called for, but by request deferred until Tuesday afternoon.

Dr. John H. Blackburn, Kentucky, presented his report as Director of Post-Graduate Work.

On motion, the report was referred to the Reference Committee on Medical Education.

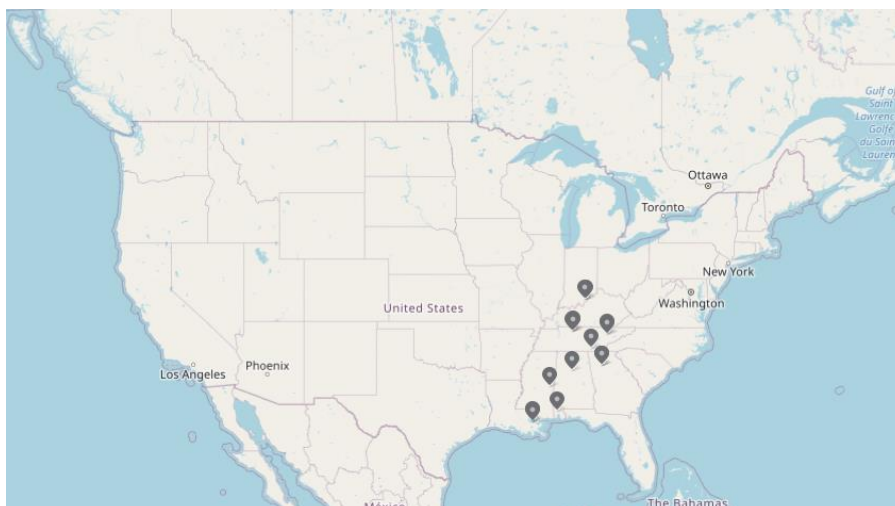
1. All committee reports referred to reference committees, will be published in THE JOURNAL, June 18.



### 9.3. ANEXO 3: LOS VIAJES DE ABRAHAM FLEXNER

En las tablas a continuación, en el caso de las universidades canadienses visitadas, el nombre del estado respectivo aparece sobre fondo amarillo para marcar estas incidencias con claridad.

#### 9.3.1. Enero de 1909



Número del Informe	Escuela	Ciudad	Estado / Territorio
1	Birmingham Medical College	Birmingham	Alabama
2	University of Alabama, Medical Apartment	Mobile	Alabama
20	Atlanta College of Physicians and Surgeons	Atlanta	Georgia
21	Atlanta School of Medicine	Atlanta	Georgia
48	Southwestern Homeopathic Medical College	Louisville	Kentucky
49	Louisville National Medical College	Louisville	Kentucky
50	Tulane University of Louisiana, Medical Department	New Orleans	Louisiana

---

51	Flint Medical College	New Orleans	Louisiana
71	Mississippi Medical College	Meridian	Mississippi
127	Chattanooga Medical College (University of Chattanooga)	Chattanooga	Tennessee
128	Tennessee Medical College (Lincoln Memorial University)	Knoxville	Tennessee
129	Knoxville Medical College	Knoxville	Tennessee
133	Universities of Nashville and Tennessee. Medical Department	Nashville	Tennessee
134	Vanderbilt University. Medical Department	Nashville	Tennessee
135	Meharry Medical College (Walden University)	Nashville	Tennessee

### 9.3.2. Febrero de 1909



Número del Informe	Escuela	Ciudad	Estado / Territorio
22	Georgia College of Eclectic Medicine and Surgery	Atlanta	Georgia
23	Hospital Medical College	Atlanta	Georgia
24	Medical College of Georgia (University of Georgia)	Augusta	Georgia
100	University of North Carolina, Medical Department	Chapel Hill	North Carolina
101	North Carolina Medical College	Charlotte	North Carolina
102	Leonard Medical School (Shaw University)	Raleigh	North Carolina
103	Wake Forest College, School of Medicine	Wake Forest	North Carolina
125	Medical College of the State of South Carolina	Charleston	South Carolina
142	University of Virginia. Department of Medicine	Charlottesville	Virginia
143	Medical College of Virginia	Richmond	Virginia
144	University College of Medicine	Richmond	Virginia

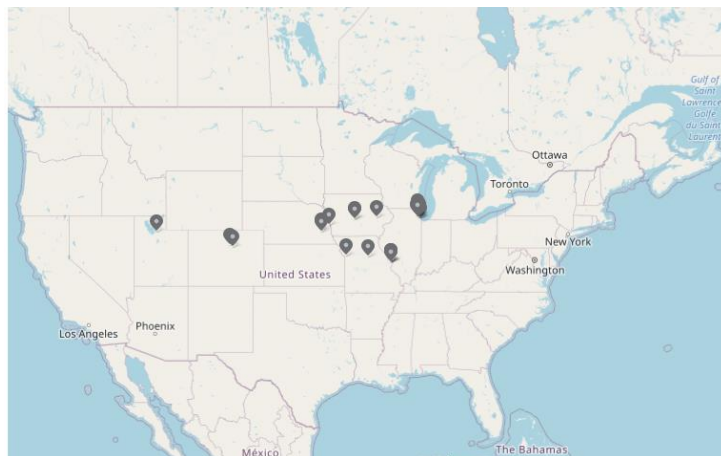
### 9.3.3. Marzo de 1909



Número del Informe	Escuela	Ciudad	Estado / Territorio
54	College of Physicians and Surgeons (Baltimore)	Baltimore	Maryland
55	University of Maryland. School of Medicine	Baltimore	Maryland
56	Baltimore Medical College	Baltimore	Maryland
57	Woman's Medical College of Baltimore	Baltimore	Maryland
58	Maryland Medical College	Baltimore	Maryland
59	Atlantic Medical College	Baltimore	Maryland
65	University of Michigan, Department of Medicine and Surgery	Ann Arbor	Michigan
66	University of Michigan Homeopathic College	Ann Arbor	Michigan
93	Eclectic Medical College of the City of New York	New York	New York
95	Long Island College Hospital	New York	New York
151	University of Toronto, Faculty of Medicine	Toronto	Ontario
117	University of Pennsylvania, Department of Medicine	Philadelphia	Pennsylvania
118	Jefferson Medical College	Philadelphia	Pennsylvania
119	Medico-Chirurgical College of Philadelphia	Philadelphia	Pennsylvania
120	Woman's Medical College of Philadelphia	Philadelphia	Pennsylvania
121	Hahnemann Medical College, Philadelphia	Philadelphia	Pennsylvania

122	Temple University, Department of Medicine	Philadelphia	Pennsylvania
154	McGill University, Medical Faculty	Montreal	Quebec
155	Laval University Medical Department, Organized 1878	Montreal	Quebec
145	West Virginia University, College of Medicine	Morgantown	West Virginia

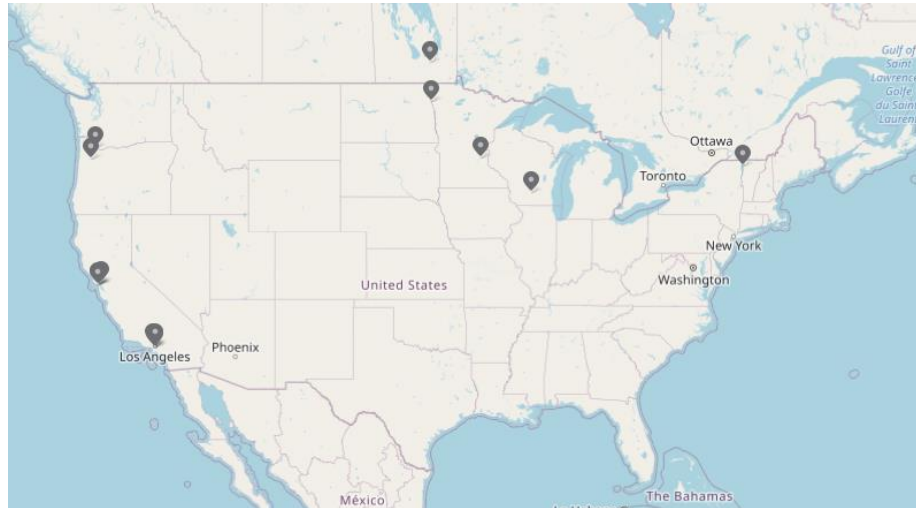
### 9.3.4. Abril de 1909



Número del Informe	Escuela	Ciudad	Estado / Territorio
14	University of Colorado, School of Medicine	Denver	Colorado
15	Denver and Gross College of Medicine (University of Denver)	Denver	Colorado
25	Rush Medical College (University of Chicago)	Chicago	Illinois
26	Northwestern University Medical School	Chicago	Illinois
27	College of Physicians and Surgeons (University of Illinois)	Chicago	Illinois
28	Hahnemann Medical College and Hospital of Chicago.	Chicago	Illinois
29	Chicago College of Medicine and Surgery	Chicago	Illinois
30	Hering Medical College.	Chicago	Illinois
31	Illinois Medical College.	Chicago	Illinois
32	Bennett Medical College.	Chicago	Illinois
33	College of Medicine and Surgery – Physiomedical	Chicago	Illinois
34	Jenner Medical College	Chicago	Illinois
?	Americab Medical Missionay College	Chicago	Illinois
35	National Medical University	Chicago	Illinois
36	Reliance Medical College	Chicago	Illinois
?	Postgrade Medical School and Hospital	Chicago	Illinois
40	Drake University College of Medicine	Des Moines	Iowa
41	Still College of Osteopathy	Des Moines	Iowa

43	State University of Iowa, College of Homeopathic Medicine	Iowa City	Iowa
73	University of Missouri, School of Medicine	Columbia	Missouri
79	Washington University, Medical Department	St. Louis	Missouri
80	St. Louis University School of Medicine	St. Louis	Missouri
81	St. Louis College of Physicians and Surgeons	St. Louis	Missouri
82	Barnes Medical College	St. Louis	Missouri
83	American Medical College	St. Louis	Missouri
84	Hippocratean School of Medicine	St. Louis	Missouri
?	Postgraduate Hospital School	Kansas City	Missouri
85	University of Nebraska. College of Medicine	Lincoln / Omaha	Nebraska
86	Lincoln Medical College (Coiner University)	Lincoln / Omaha	Nebraska
87	John A. Creighton Medical College (Creighton University)	Omaha	Nebraska
140	University of Utah. Department of Medicine	Salt Lake City	Utah

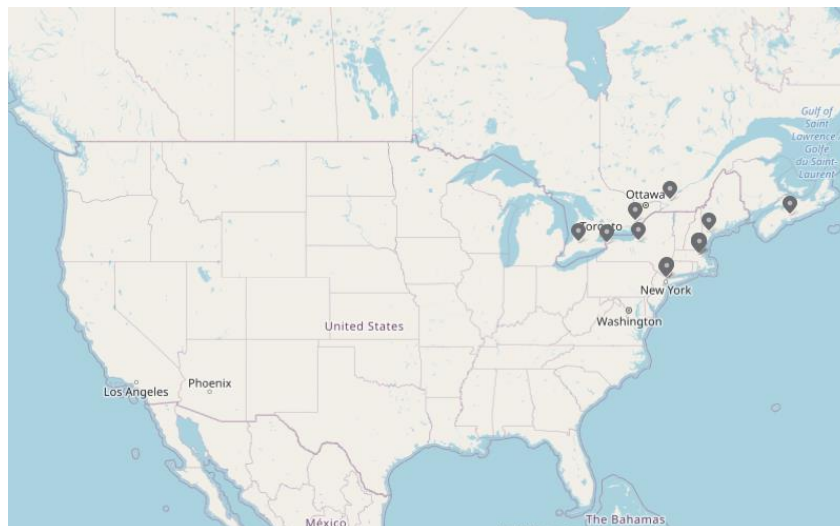
### 9.3.5. Mayo de 1909



Número del Informe	Escuela	Ciudad	Estado / Territorio
5	College of Physicians and Surgeons (Los Angeles)	Los Angeles	California
?	University of California. Medical Department	Los Angeles	California
6	California Eclectic Medical College	Los Angeles	California
7	Los Angeles College of Osteopathy	Los Angeles	California
8	Pacific College of Osteopathy	Los Angeles	California
9	Oakland College of Medicine and Surgery	Oakland	California
10	Hahnemann Medical College of the Pacific	San Francisco	California
11	College of Physicians and Surgeons (San Francisco)	San Francisco	California
12	Leland Stanford Junior University, College of Medicine	San Francisco	California
13	University of California. Medical Department	San Francisco	California
149	Manitoba Medical College (University of Manitoba)	Winnipeg	Manitoba
70	University of Minnesota, College of Medicine and Surgery	Minneapolis / St. Paul	Minnesota
104	State University of North Dakota, College of Medicine	Grand Forks	North Dakota
115	University of Oregon, Medical Department	Portland	Oregon
116	Willamette University. Medical Department	Salem	Oregon
141	University of Vermont. College of Medicine	Burlington	Vermont
146	University of Wisconsin, College of Medicine	Madison	Wisconsin

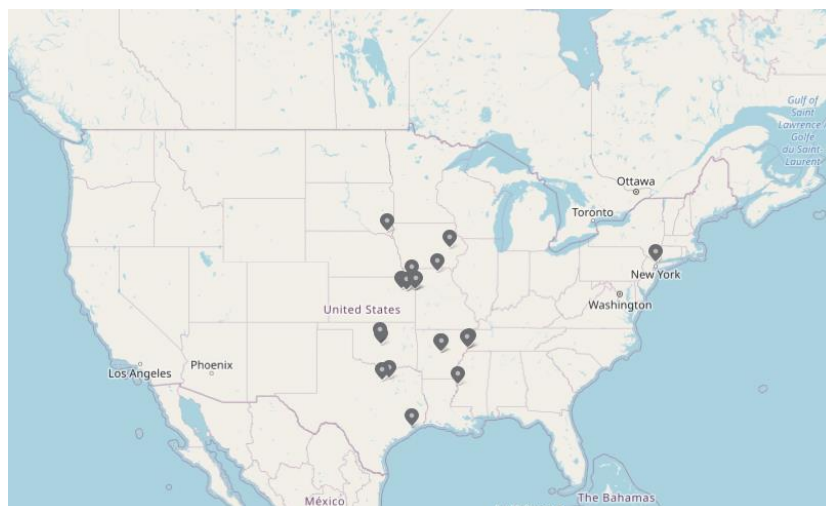


### 9.3.6. Octubre de 1909



Número del Informe	Escuela	Ciudad	Estado / Territorio
52	Medical School of Maine (Bowdoin College)	Brunswick / Portland	Maine
60	Harvard University Medical School	Boston	Massachusetts
61	Boston University School of Medicine	Boston	Massachusetts
62	Tufts College Medical School	Boston	Massachusetts
63	College of Physicians and Surgeons (Boston)	Boston	Massachusetts
64	Massachusetts College of Osteopathy	Cambridge	Massachusetts
90	University of Buffalo Medical Department	Buffalo	New York
91	College of Physicians and Surgeons. New York City (Columbia University)	New York	New York
94	Fordham University School of Medicine	New York	New York
97	New York Medical College for Women	New York	New York
99	Syracuse University. College of Medicine	Syracuse	New York
150	Halifax Medical College (Dalhousie University)	Halifax	Nova Scotia
152	Queen's University, Medical Faculty	Kingston	Ontario
153	Western University. Medical Department	London	Ontario
Sin número	Laval University Medical Department, Organized 1848	Montreal	Quebec

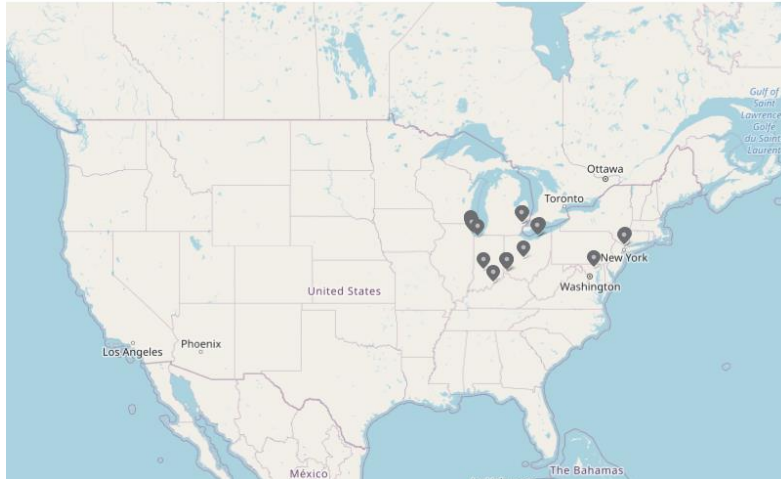
### 9.3.7. Noviembre de 1909



Número del Informe	Escuela	Ciudad	Estado / Territorio
3	University of Arkansas, Medical Department	Little Rock	Arkansas
4	College of Physicians and Surgeons (Little Rock)	Little Rock	Arkansas
42	State University of Iowa. College of Medicine	Iowa City	Iowa
44	University of Kansas, School of Medicine	Lawrence / Rosedale	Kansas
45	Western Eclectic College of Medicine and Surgery	Lawrence / Rosedale	Kansas
46	Kansas Medical College (Washburn College)	Topeka	Kansas
72	University of Mississippi. Medical Department	Oxford / Vicksburg	Mississippi
74	University Medical College	Kansas City	Missouri
75	Kansas City Hahnemann Medical College	Kansas City	Missouri
76	Central College of Osteopathy	Kansas City	Missouri
77	American School of Osteopathy	Kirksville	Missouri
78	Ensworth Medical College	St. Joseph	Missouri
98	University and Bellevue Hospital Medical College (New York University)	New York	New York
113	State University of Oklahoma, School of Medicine	Norman	Oklahoma
114	Epworth University College of Medicine	Oklahoma City	Oklahoma

<b>126</b>	University of South Dakota. College of Medicine	Vermilion	South Dakota
<b>130</b>	College of Physicians and Surgeons (Memphis)	Memphis	Tennessee
<b>131</b>	Memphis Hospital Medical College	Memphis	Tennessee
<b>132</b>	University of West Tennessee. Medical Department	Memphis	Tennessee
<b>136</b>	Baylor University. College of Medicine	Dallas	Texas
<b>137</b>	Southwestern University, Medical College	Dallas	Texas
<b>138</b>	Fort Worth University, Medical Department	Fort Worth	Texas
<b>139</b>	University of Texas. Medical Department	Galveston	Texas

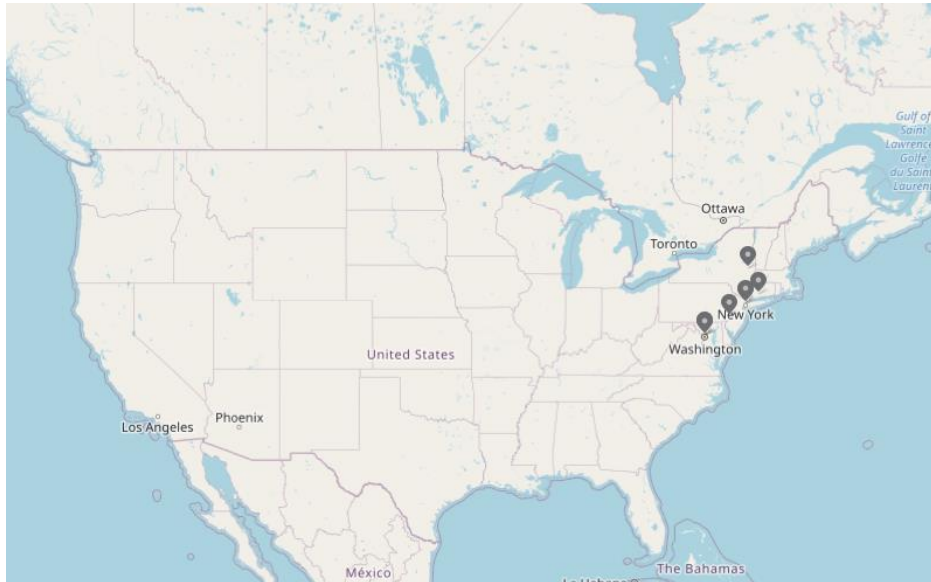
### 9.3.8. Diciembre de 1909



Número del Informe	Escuela	Ciudad	Estado / Territorio
26	Northwestern University Medical School	Chicago	Illinois
27	College of Physicians and Surgeons (University of Illinois)	Chicago	Illinois
31	Illinois Medical College	Chicago	Illinois
36	Reliance Medical College	Chicago	Illinois
37	Littlejohn College of Osteopathy	Chicago	Illinois
?	Chicago Polyclinic	Chicago	Illinois
?	Chicago Ear, Eye, Nose and Throat College	Chicago	Illinois
?	Illinois Postgrade School	Chicago	Illinois
38	Indiana University, School of Medicine	Bloomington / Indianapolis	Indiana
39	Valperaiso University, Medical Department	Valparaiso	Indiana
47	University of Louisville, Medical Department	Louisville	Kentucky
53	Johns Hopkins University. Medical Department	Baltimore	Maryland
68	Detroit College of Medicine	Detroit	Michigan
69	Detroit Homeopathic College	Detroit	Michigan
96	New York Homeopathic Medical College	New York	New York
?	New York Polyclinic Medical School and Hospital	New York	New York
105	Ohio-Miami Medical School (University of Cincinnati)	Cincinnati	Ohio

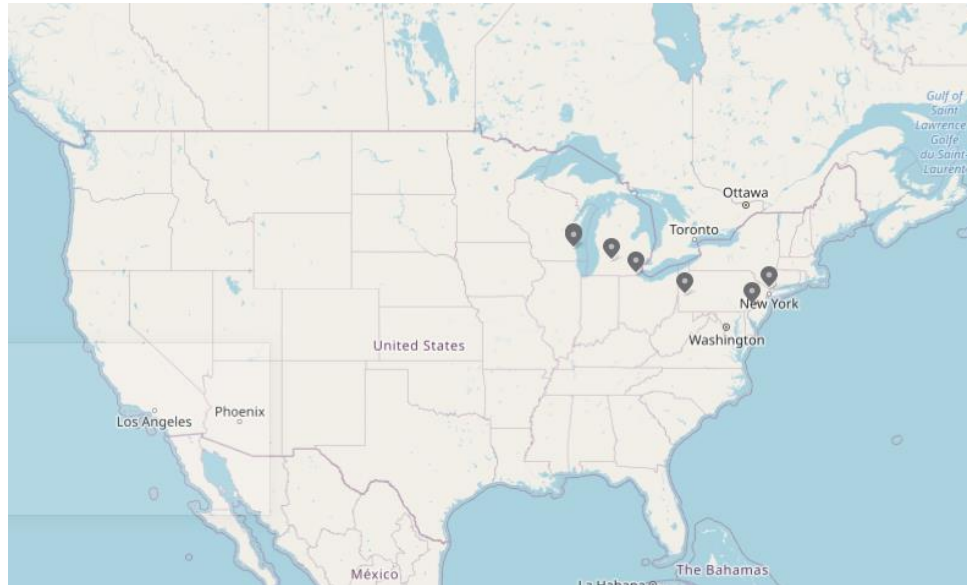
106	Eclectic Medical Institute	Cincinnati	Ohio
107	Pulte Medical College	Cincinnati	Ohio
108	Cleveland College of Physicians and Surgeons	Cleveland	Ohio
109	Cleveland Homeopathic Medical College	Cleveland	Ohio
110	Western Reserve University, Medical Department	Cleveland	Ohio
111	Starling-Ohio Medical College	Columbus	Ohio

### 9.3.9. Enero de 1910



Número del Informe	Escuela	Ciudad	Estado / Territorio
16	Yale Medical School	New Haven	Connecticut
19	Howard University. Medical College	Washington	District of Columbia
Sin número	Army Medical School	Washington	District of Columbia
Sin número	Navy Medical School	Washington	District of Columbia
89	Albany Medical College (Union University)	Albany	New York
Sin número	Brooklyn Postgraduale Medical School	New York	New York
Sin número	New York Postgraduale Medical School	New York	New York
123	Philadelphia College and Infirmary of Osteopathy	Philadelphia	Pennsylvania

### 9.3.10. Febrero de 1910



Número del Informe	Escuela	Ciudad	Estado / Territorio
67	American Medical Missionary College	Battle Creek	Michigan
92	Cornell University Medical College	New York	New York
112	Toledo Medical College	Toledo	Ohio
124	University of Pittsburgh, Medical Department	Pittsburgh	Pennsylvania
?	The Philadelphia Polyclinic	Philadelphia	Pennsylvania
147	Milwaukee Medical College (Marquette University)	Milwaukee	Wisconsin
148	Wisconsin College of Physicians and Surgeons	Milwaukee	Wisconsin

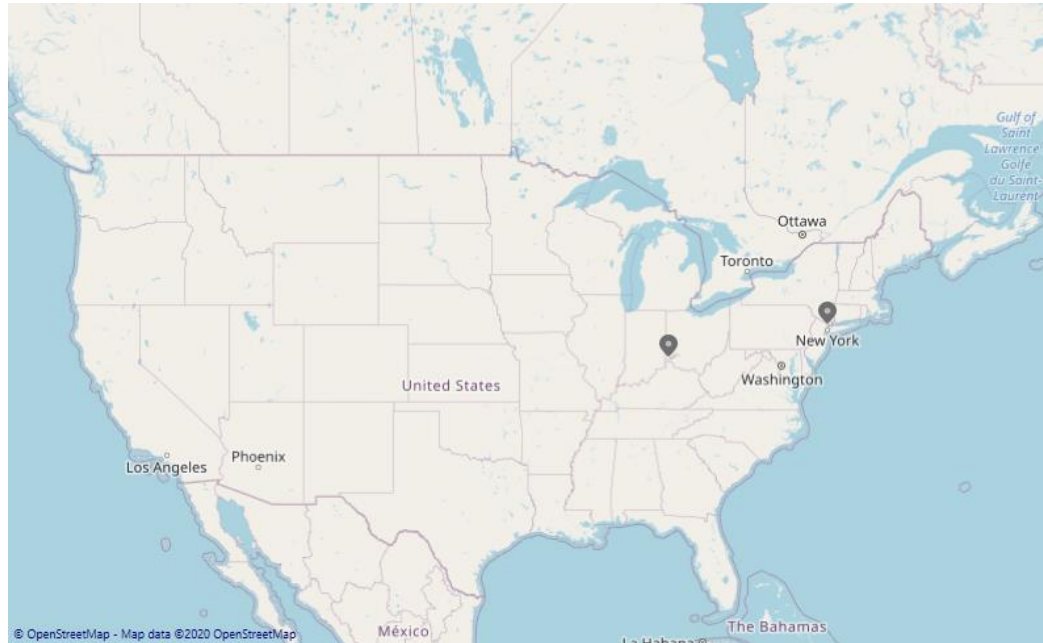
### 9.3.11. Marzo de 1910



Número del Informe	Escuela	Ciudad	Estado / Territorio
17	George Washington University, Department of Medicine	Washington	District of Columbia
18	Georgetown University, Department of Medicine	Washington	District of Columbia
88	Dartmouth Medical School (Dartmouth College)	Hanover	New Hampshire



### 9.3.12. Abril de 1910



Número del Informe	Escuela	Ciudad	Estado / Territorio
Sin número	Manhattan Eye, Ear, and Throat Hospital Postgraduate School	New York	New York
106	Eclectic Medical Institute	Cincinnati	Ohio