

## Artículo especial

# Criterio médico. Definición, proceso y evaluación (1ª parte)

Lic. SHIRLEY Y. DRESCH\*, Dr. JORGE R. MURNO\*, Lic. RUBEN NARVAEZ\*, Dra. MARIA E. SORDO\*,  
Lic. MARTA AINSZTEIN\*, Dr. MARIO ROCCATAGLIATA\* y Dr. CARLOS NEEDLEMAN\*

ARCH ARG PEDIATR / 1998 / VOL. 96:  
39

## INTRODUCCION

La Unidad Docente del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" trató, desde sus inicios, los problemas educacionales cotidianos en reuniones semanales del grupo de médicos docentes y tres consultores expertos en sociología-epistemología, en psicología institucional y en educación médica.

En una de esas reuniones se explicitó el conflicto generado por la necesidad de evaluar el "criterio médico", evaluación puntualmente exigida en los documentos empleados para la calificación y promoción de estudiantes y residentes. Este asunto atrajo la atención del grupo que decidió estudiarlo particularmente, constituyéndose las preguntas: ¿Se puede evaluar el criterio médico? y ¿Cómo hacerlo?, en el problema del presente trabajo.

Ante la tarea que se vislumbraba, la asesora pedagógica pudo advertir que no se trataba simplemente de preparar una planilla con formulaciones analíticas "itemizadas" acordadas por el equipo docente, sino que la necesidad de definir operativamente el "criterio médico" iba a dar lugar a una interesante reflexión acerca de intrincadas cuestiones que van más allá de la racionalidad técnica. A su vez, esto llevaría, probablemente, a reconsiderar la validez de la metodología pedagógica utilizada hasta el momento.

Este trabajo da cuenta, entonces, de un proceso de indagación grupal y sus resultados, en un encuentro de "profesionales" que persiguieron un objetivo común desde la interdisciplina.

## CAPITULO I

### Objetivos

1. Elaborar una definición operativa de criterio médico sustentada teóricamente.
2. Determinar si es posible evaluar el criterio médico en las etapas de grado y posgrado inmediato.
3. Si se decide que 2 es afirmativo, proponer indicadores que faciliten la construcción de instrumentos de evaluación del criterio médico en el grado y posgrado inmediato.

Este trabajo fue producido por un grupo de profesionales que exponen una secuencia de conceptos teóricos surgidos de experiencias individuales, trabajos de campo, entrevistas y encuestas que, a su vez, requirieron diferentes alternativas metodológicas, desde verificaciones de investigaciones estructuradas, con cumplimiento de pautas lógicas y reconocidas, hasta afirmaciones reflexivas que constituyen un marco teórico cuyas hipótesis deben someterse a verificación.

Asimismo, toda la exposición está contenida en un marco epistémico (marco referencial o conceptual) que encuadra importantes corrientes del pensamiento científico actual, según las cuales el vocablo y prefijo "inter" tiene entidad ontológica y estatus científico aplicado a un objetivo de estudio. Aplicación que se hace posible a través de la interdisciplina, la interdependencia, la teoría general de los sistemas, los atributos del pensamiento complejo, etc.

Por supuesto, las características de este conocimiento son acotadas, relacionadas al diagnóstico, a la solución de los problemas sin que quedarán inhibidas la relevancia de las disciplinas y la especialización tradicional que fue considerada con real vigencia según objetivo.

A continuación, el trabajo. En la primera parte, "¿Qué es el criterio médico?", tratamos de mostrar nuestra evolución en el conocimiento del tema.

\* Dpto. de Pediatría. Unidad Docente Académica. Hosp. de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez". Gallo 1330.

Este trabajo obtuvo el Premio SAP José Raúl Vázquez 1996, ha sido sintetizado por razones de espacio. Aquellos lectores que lo soliciten podrán encontrar en la Biblioteca de la institución su versión completa.

Partimos del análisis de dos definiciones. Una correspondiente al Diccionario Castellano de la Real Academia y, la otra, al Diccionario Filosófico de Ferrater Mora. A continuación, pasando por las representaciones que los médicos docentes y residentes tienen sobre el criterio médico, redactamos el apartado "Antecedentes". A partir de allí nos ocupamos de las etapas del razonamiento médico para concluir con una definición operativa de criterio médico. En los capítulos posteriores, se toma cada una de esas etapas, desmenuzándolas en la medida en que la evidencia lo permitió. Se formularon, para cada etapa, indicadores útiles para diseñar programas de enseñanza-aprendizaje que, a su vez, permitieran elaborar instrumentos para estimar los logros alcanzados durante los estudios de grado, internado rotatorio y posgrado inmediato.

"Criterio médico" es en la actualidad una expresión muy difundida que figura, por ejemplo, en casi todos los instrumentos destinados a evaluar médicos residentes. No obstante, resulta tarea infructuosa rastrear sus orígenes en los textos especializados.

Al inicio del trabajo se distribuyó a los docentes una encuesta donde se les requería información referida a qué evaluaban, cómo realizaban la evaluación y qué entendían, además, por criterio médico.

Como los resultados fueron sorprendentes, se intentó verificarlos incluyendo en la encuesta mayor número de docentes, incorporando a los de otras cátedras.

Las conclusiones, referidas a criterio médico específicamente, pueden sintetizarse así:

- Los docentes diferían sustancialmente en cuanto a la definición de criterio médico; por lo tanto, los instrumentos para evaluarlo también eran diferentes según sus opiniones individuales.
- Por otra parte, pudo observarse con bastante frecuencia escasa correspondencia entre lo que pretendían evaluar y los procedimientos que utilizaban para tal fin.

Intentando ampliar el horizonte de profesionales encuestados se entrevistó a los diez jefes y a los cuatro instructores de la Residencia Municipal de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez". Se les solicitó opinión sobre los aspectos que tenían en cuenta para contestar el ítem "criterio médico" que figuraba en la planilla empleada para la evaluación cuatrimestral de los residentes a su cargo.

Del análisis de las catorce entrevistas se obtu-

vieron las siguientes conclusiones:

- Los indicadores para evaluar criterio médico no eran acordados explícitamente en instancias previas a la situación de evaluación.
- No se observó diferencias notables en el nivel conceptual de las respuestas. En general, se registraron definiciones muy amplias o muy parciales. En ningún caso hubo aproximación a una definición operativa comprensiva de criterio médico.

Siguen dos ejemplos.

...*"Para mí, criterio médico es la capacidad de aplicar conocimientos..."*

...*"Es el planteo racional del paciente, incluyendo diagnóstico y conductas; uso de conocimientos teóricos y sentido común..."*

- Sólo unos pocos de los encuestados establecían explícitamente niveles de exigencia diferentes según el estadio de capacitación de los residentes. Citamos, a manera de ejemplo, una de las respuestas:

...*"yo evalué en esta rotación solamente a residentes de primer año. El criterio médico en este nivel pasa por la capacidad de discernir la gravedad de un chico y saber actuar. También le exijo que sepa plantear diagnósticos diferenciales"*.

Otros, a su vez, distinguieron algunos aspectos de esa exigencia:

...*"en un residente de primero, cuando evalúo criterio médico pienso si tiene capacidad para reconocer gravedad y plantear las conductas a asumir. También presto atención a la capacidad de un 'enfoco sindrómico' más allá de la patología específica..."*

- Alguno de los encuestados estableció diferencias según el área de rotación:

...Un instructor refiriéndose a "sus" residentes en la pasantía por terapia intensiva expresó: *"en la unidad de terapia intensiva evalúo el enfoque de la urgencia..."*

Estas observaciones extraídas de las entrevistas alertaron sobre las dificultades para el diseño de evaluaciones confiables.

## HACIA LA DEFINICION DE CRITERIO MEDICO

El rastreo bibliográfico correspondiente al período 89-96 fue infructuoso en cuanto a la búsqueda de una definición de criterio médico. Tampoco fue posible encontrar consenso en las definiciones de los profesionales encuestados.

Se resolvió entonces analizar dos definiciones de "criterio", una correspondiente al Diccionario de la Real Academia Española y otra formulada por

Désiré Mercier en el Diccionario de Filosofía de José Ferrater Mora.

Para el primero, significa "reglas y métodos para conocer la verdad"\*; y el segundo lo entiende como "el signo, la marca, característica o nota mediante la cual algo es reconocido como verdadero..."; "el criterio de verdad, —escribe Mercier— es la prueba por la cual distinguimos entre verdad y error".

El primero indica método, para el segundo son los fundamentos en calidad de prueba de que se llegará a resultados ciertos.

Concluimos que el criterio está constituido por un marco conceptual y cierto modo de indagación.

### Modo de indagación

Es ya conocido que la resolución de problemas en medicina es compatible con los postulados de la metodología de la investigación científica y más precisamente con el método hipotético deductivo. Esta afirmación es compartida por los autores consultados.<sup>1,2</sup>

Podríamos inferir que si se correspondieran siempre razonamiento clínico y método hipotético deductivo tendríamos asegurado un accionar criterioso y habría un solo criterio médico posible. En consecuencia, la estrategia terapéutica también sería única. La práctica diaria muestra que esto no es así, puesto que el método se aplica a una realidad, la del paciente, en un momento singular de su vida, bajo circunstancias particulares y en un contexto determinado. A su vez, cada médico tiene su propio esquema referencial para interpretar esa realidad, que no es del todo distinta pero que tampoco es idéntica a la de otros médicos.

...“La investigación sobre lo real no puede ser meramente deductiva”, enfatiza Saltalamachia.<sup>3</sup>

“La racionalidad técnica descansa en una concepción objetivista de la relación del práctico competente con la realidad que conoce. Desde este punto de vista, los hechos son lo que son y la verdad de las creencias se comprueba con toda exactitud mediante la referencia a los hechos”.

El grupo de autores coincide con Shön,<sup>4</sup> cuando señala que, desde la perspectiva de la racionalidad técnica, el médico práctico competente se ocupa de los problemas instrumentales y que hay dos tipos de situaciones y dos formas de conocimiento que resultan apropiadas: las reconocidas, en las que resuelve el problema aplicando rutinariamente acciones, reglas y procedimientos derivados del

tronco del conocimiento profesional, como por ejemplo la aplicación de normas; y otras, donde el problema no resulta totalmente claro y no hay un ajuste evidente entre las características de la situación y el corpus disponible de teorías y técnicas. El médico necesita entonces clarificar la situación de incertidumbre, singularidad y conflicto; experimenta una sorpresa que lo lleva a replantearse sus conocimientos en la acción, y en aspectos que van más allá de las reglas, las teorías, los hechos y las operaciones disponibles. Reacciona ante lo inesperado o extraño reestructurando alguna de sus estrategias de acción, teorías de los fenómenos o modos de configurar el problema.

Las distintas escuelas de grado y posgrado inducen el aprendizaje de principios, leyes, normas, actitudes, etc., previamente estructurados por el profesor o especialista de cada materia. El cuerpo docente, a su vez, responde a la escala de valores\*\* de la institución donde actúa y realiza su propio aprendizaje. Se organiza así un estilo de pensamiento apoyado en el discurso del “que sabe más”, en el libro de texto prefijado o en las normas de procedimientos que sostienen y orientan las conductas diagnósticas y terapéuticas. Este conjunto de conocimientos funciona como principios generales que intentan resolver el problema puntual del paciente.

No sería acertado que el lector interpretara estas ideas como una postura en contra de las normas de diagnóstico y tratamiento que, con mucho esfuerzo, las instituciones confeccionan para la mejor atención de sus pacientes, disminuir costos, facilitar auditorías, etc.

Desde la mirada pedagógica se puede afirmar que en la formación de recursos humanos, estas normas han promovido apoyo y sostén al personal en formación en sus años iniciales, evitando errores en pacientes conducidos por médicos jóvenes con insuficientes sistemas de supervisión y control. Pero ocurre que son pasibles de normatizar aquellos problemas con evoluciones conocidas. Dentro de esta categoría, se encuentran las patologías orgánicas que figuran en los libros de texto y en las que se apoyan la mayor parte de los sistemas de enseñanza-aprendizaje de las escuelas de medicina y de residencias médicas de nuestro país. Conocimientos que los sistemas de evaluación utilizados por estas instituciones exigen en su exámenes finales. En este

\* En este caso no pensamos en “la verdad” a la que hay que arribar sino en la “realidad” que hay que conocer.

\*\* Entendiéndose por tal al conjunto de datos, sentimientos, creencias, juicios, prejuicios, estereotipos, pertenencias valorativas, etc. en los que se apoya el profesional para pensar y actuar.

sentido, es muy aclaratoria la opinión de G. Miller<sup>5</sup> cuando advierte que los verdaderos programas de las materias son sus exámenes finales, dado que los alumnos estudian sólo los contenidos necesarios para aprobarlos.

No promueven así en el joven profesional o el estudiante la aptitud para considerar al paciente como un ser único y particular, ni tampoco un pensamiento médico original y autónomo. Se organizan, en consecuencia, estructuras de pensamiento difíciles de modificar en el posgrado inmediato. De esta manera, las estrategias diagnósticas y terapéuticas utilizadas generan comportamientos estereotipados no adaptados a cada paciente, sino al paciente tipo y, lo que es más grave, con la idea final de que el "motivo de consulta" fue resuelto.

### Marco conceptual

Entendemos que el marco conceptual o esquema referencial incluye, por lo menos, tres componentes estrechamente relacionados entre sí:

- . conocimiento técnico y profesional;
- . historia personal;
- . escala de valores.

Este esquema referencial se ha organizado a lo largo de la vida del médico y, al tomar contacto con una situación nueva, es susceptible de ser movilizado. Coincidimos con Bleger<sup>6</sup> cuando señala que lo importante del esquema, no son sólo sus componentes concientes, sino también los inconcientes que entran en juego y que, no reconocidos, pueden distorsionar el abordaje de cada paciente. Por lo tanto, el esquema referencial es el "a priori irracional" del conocimiento racional y de la tarea científica. En este sentido, es uno de los determinantes del contenido y la modalidad del acto médico. En otras palabras, el esquema referencial encuadra las características de las decisiones que se toman, como así también, el estilo operativo.

Por otra parte, el acto médico es también influido por un contexto inmediato: hospital, consultorio, cátedra, sala, etc. y por otro mediato: el entorno espacio-temporal con sus componentes culturales, económicos, históricos, etc. de la sociedad en su conjunto.

De este modo, existen en el acto médico dos esquemas referenciales: el del médico y el de su paciente, que en algunos aspectos pueden ser sintónicos, en otros asintónicos, o presentar toda la gama de variables intermedias. Así la información que intercambian médico y paciente puede ser negada, alterada, mediatizada, modificada, reelaborada, etc. por este interjuego. En consecuencia, el proceso de resolución de los problemas es una actividad dinámica y permanentemente

reajutable.

Por ello consideramos el paso del tiempo como atributo ineludible del criterio médico, que evoluciona constantemente por decantación de conocimientos, experiencias, síntesis, reelaboraciones, nuevos aportes y evaluaciones. Se trata entonces de un desarrollo, ya que cada una de estas operaciones queda —a la manera de una taxonomía— incluida en la siguiente.

De lo planteado hasta aquí se desprenderían, por lo menos, tres reflexiones que nos aproximan a la definición operativa de criterio médico.

1. El criterio médico no sería una meta estática por alcanzar, sino un proceso a desarrollar. Se entiende así que se pone en marcha un particular momento de la formación profesional en el que las normas de diagnóstico y tratamiento son sólo la etapa inicial del razonamiento profesional y no el exclusivo apoyo para el accionar habitual.
2. No habría, en realidad, ausencia de criterio médico sino características adscriptas a las distintas etapas formativas del profesional. Ahora bien: pueden describirse situaciones en las cuales el criterio médico se encuentra alterado en su desarrollo. Serían ejemplos:
  - criterio médico detenido o cristalizado que sólo se atiene a la aplicación de normas;
  - criterio médico empobrecido que tiene en cuenta un insuficiente número de variables y no reúne datos para una comprensión totalizadora del paciente;
  - criterio médico condicionado; es decir, sujeto a la aprobación tácita o explícita de superiores o instituciones.
3. En el profesional formado, su criterio médico caracteriza un particular estilo a través del cual analiza y resuelve un problema. El entorno mediato e inmediato y su esquema referencial con sus respectivos componentes señalan en cada profesional el desempeño de un rol distinto, aunque la función médica sea para todos similar.

Tal vez, un ejemplo aporte mayor claridad al punto. Si un niño de cuatro años concurre al hospital por dolor abdominal, es probable que recorra caminos diversos según el consultorio donde es atendido inicialmente. Cada uno de los profesionales que lo examinaron estaría en condiciones de plantear ante un auditor hipótesis científicas, estadísticas, experiencias personales, etc., además de una particular jerarquización de cada uno de estos tópicos, como para que en el mismo paciente se "justifique" solicitar exámenes tan disímiles como

un psicodiagnóstico o una ecografía renal.

### Intento de verificación

En esta etapa del trabajo se entendió que había llegado el momento de evaluar estas conclusiones, (producto de lecturas compartidas, discusiones y reflexiones) y de ponderar el papel del marco referencial en el proceso de la resolución de problemas.

Se decidió entonces continuar la tarea en el análisis grupal de entrevistas pediátricas utilizando el método mixto de observación e introspección. Se grabaron y desgrabaron consultas de primera vez, llevadas a cabo por médicos con más de diez años de práctica y se analizaron grupalmente cada uno de sus momentos, desde la perspectiva de procesamiento de la información, registrándose los pasos del pensamiento del médico interviniente. En cada ocasión participaron los autores de este trabajo, el profesor titular de la cátedra y varios de los ayudantes y jefes de trabajos prácticos. Los médicos responsables debían comentar sistemáticamente qué “pensaban” o “buscaban” al efectuar cada una de las preguntas formuladas al paciente o a su familia.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

1. ninguno de los profesionales consultados era conciente de que utilizaba el método hipotético deductivo;
2. aunque pudo observarse correspondencia con la secuencia del método hipotético deductivo, sólo unos pocos médicos pudieron expresar claramente “en qué pensaban” ante cada dato solicitado y obtenido;
3. otros tuvieron dificultades para explicar cómo habían llegado a pensar en determinados puntos, aunque pudieron tomar decisiones – solicitar análisis, indicar tratamiento, etc.– que fueron más tarde entendidas por sus pares como adecuadas;
4. en todos los casos hubo diferencias en el significado otorgado al contenido de las grabaciones. Por ejemplo, la información solicitada, los hechos observados y los datos obtenidos de un mismo paciente no fueron ponderados de igual manera por todos los participantes del análisis.
5. en cuanto a la secuencia del proceso de resolución de problemas, se observó que el “diálogo verbal” se inició, en casi todos los casos, por el punto de mayor preocupación del paciente, es decir, por el motivo de consulta.

Lo observado se podría explicar así: el proceso diagnóstico es, en unos momentos, racional y, en otros, puede darse por comprensión súbita del pro-

blema, a nivel casi inconciente. Arribamos así a la hipótesis de que en estos casos se pondría en funcionamiento el denominado “ojo clínico”, definido como “rápida comprensión (insight) generalmente coronada por el diagnóstico adecuado”.

Resumiendo, el “ojo clínico” consistiría en la habilidad diagnóstica caracterizada por su rapidez y eficacia. Sería el producto de sucesivas síntesis elaboradas a partir de experiencias decantadas durante años de práctica profesional, muchas de ellas borradas ya del plano conciente o memoria de corto plazo.

Respecto del punto 4, los elementos racionales e inconcientes del proceso diagnóstico determinaban las características de cada entrevista. Por ejemplo, algunos de los médicos no registraban los síntomas de ansiedad de una mamá, mientras que otros sí lo hacían y, entre éstos últimos, la jerarquía otorgada a ese dato dentro del conjunto de signos y síntomas era diferente.

Se concluyó entonces, que el paciente aporta sólo un discurso, a partir del cual el médico “construye” los datos. Vale decir que no se trata simplemente de una recolección y decodificación de signos y síntomas del paciente, sino de operaciones mentales sobre la información recogida, apoyada en hipótesis técnico-científicas.

Desde el punto de vista del constructivismo teórico, la interpretación consistiría en que las percepciones, apreciaciones y creencias tienen sus raíces en los mundos que nosotros mismos configuramos y que terminamos por aceptar como realidades. La estructura participa así en la conformación de las imágenes percibidas. El conocimiento y el aparato conceptual intervienen activamente en la formación de los datos, o sea de lo real captado intelectualmente.

En cuanto al punto 5, luego de la primera exposición, en algunos casos se relataron secuencias de síntomas y signos actuales; en otros, historias de problemas previos. Luego, los profesionales utilizaron dos técnicas comunes en la tarea cotidiana: el “interrogatorio” y “la anamnesis”, con las que se intentó establecer y precisar el problema del paciente. Se procuró así restringir el área de conflicto a espacios ya conocidos por el médico. Vale decir, focalizar el problema planteado según las hipótesis de cada profesional.

Mediante el interrogatorio se revieron y ampliaron puntos del relato inicial, para discriminar en el discurso, lo principal de lo accesorio o irrelevante. Por medio de la anamnesis se estimuló en el paciente la evocación de recuerdos mediatos e inmediatos.

Del análisis de estas entrevistas grabadas surgió que, luego de construir el dato, los médicos lo incluían en un orden de prioridades, etapa a la que se convino en denominar "jerarquización de datos".

Este orden respondió a diversos criterios, alguno de los cuales se detallan:

- a. Relación contundente entre los elementos.  
Ejemplo: asociación inmediata con probable diagnóstico de meningitis ante un paciente con fiebre, convulsiones y petequias.

- b. Indicadores de estado de gravedad.  
Ejemplo: oligoanuria e insuficiente perfusión periférica en un paciente con diarrea aguda.

- c. Identificación como variables dependientes e intervinientes.

Ejemplo: ante un niño con diarrea aguda bacteriana, la baja condición socio-económica sería la variable interviniente y la contaminación bacteriana de los alimentos, la variable dependiente.

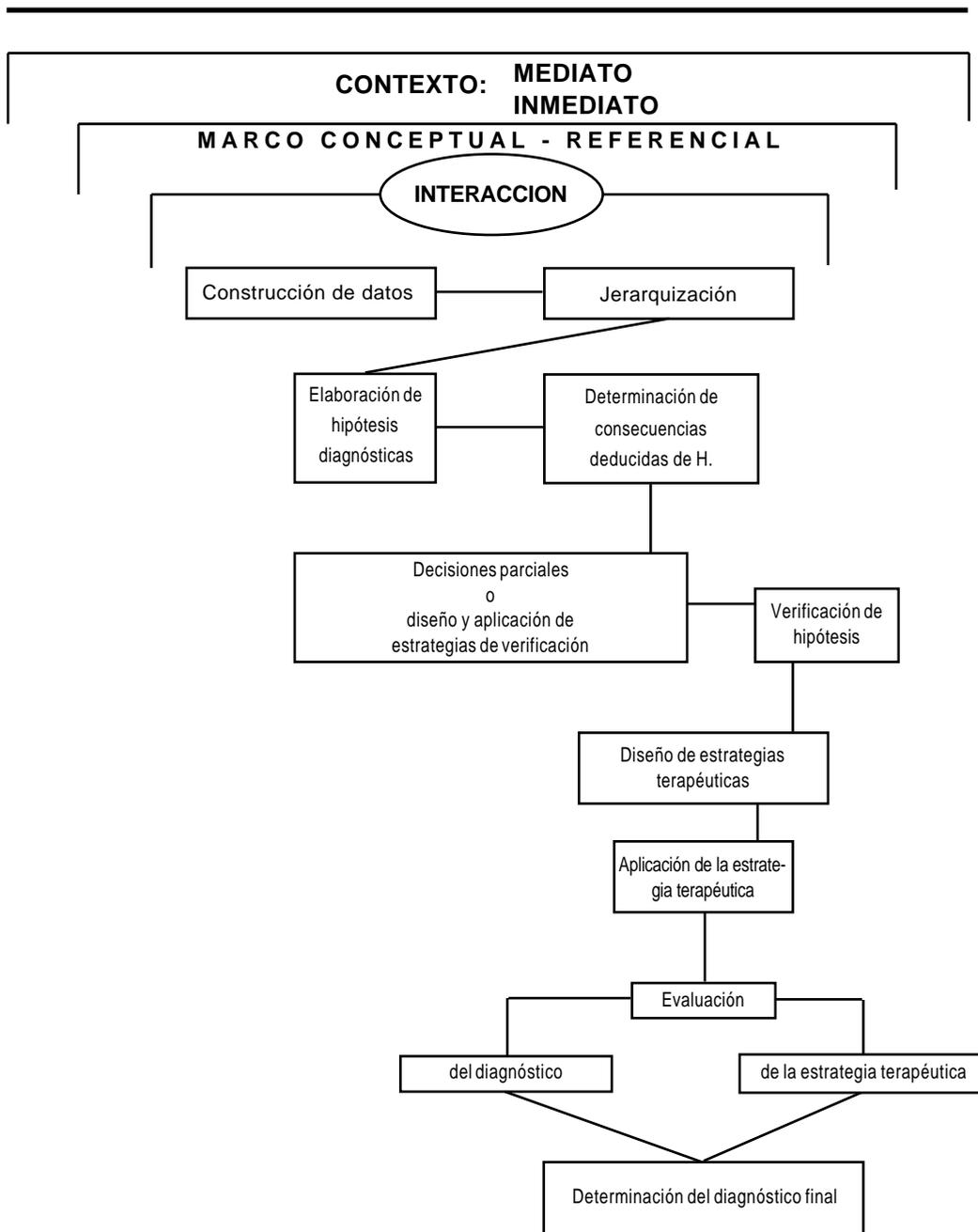


GRÁFICO 1

- d. Datos que esclarecen la patología específica.  
Ejemplo: desarrollo de *E. coli* en el cultivo de orina.

De esta manera, "jerarquización" implica un juego complejo de clasificaciones. El valor otorgado a cada dato o conjunto de ellos determinará, luego, la especificación de las hipótesis diagnósticas y de las decisiones para proceder a su verificación, vale decir, revisión física, exámenes complementarios, reinterrogatorio, etc.

Finalmente, se actúa sobre la hipótesis más probable mediante el diseño y aplicación de las estrategias terapéuticas orientadas a resolver el problema del paciente.

Se observó, en este sentido, que las estrategias, referidas a un mismo caso diferían entre los profesionales incluidos en la experiencia.

A continuación se concluyó que sólo el seguimiento del paciente permitiría confirmar el diagnóstico definitivo, a partir del cual podrían reorientarse las estrategias terapéuticas. Pero considerando que no todas las estrategias terapéuticas coherentes con el diagnóstico aportan necesariamente soluciones al problema de "este" paciente, se convino en definir las como el conjunto de acciones interrelacionadas dirigidas a la obtención de un objetivo. Se precisó, además, en diferenciarlas en estrategias válidas, confiables y eficaces.

"Estrategia válida" es la congruente y consistente con el objetivo buscado, es decir, que apunta al logro de los resultados esperados por el médico.

"Estrategia confiable" es la que el grupo de pares considera que ha resultado útil con una frecuencia significativa, como ocurre con las normas de tratamiento.

"Estrategia eficaz" es la que alcanza el objetivo efectivamente; vale decir, que conduce a obtener evidencias suficientes de la mejoría de un paciente singular.

Esta clasificación implica que una estrategia puede ser válida y confiable, pero no necesariamente eficaz. Sin embargo, una estrategia eficaz es necesariamente válida, aunque puede no ser confiable cuando es aplicada a otro paciente.

El grupo coincidió entonces en que criterio médico, además de habilidad diagnóstica, incluye la elección de la mejor estrategia terapéutica para un paciente singular en un momento determinado y de acuerdo con sus circunstancias particulares. Dicha elección implica prever dificultades y explorar los caminos para elegir la alternativa que se propondrá al paciente. La determinación fundamental para estos logros es la ponderación de la realidad apoyada en un "pensamiento complejo".<sup>7</sup>

Como resultado del análisis de las grabaciones, hubo consenso en esquematizar el proceso del acto médico en una sucesión de pasos que no siguen una secuencia lineal, sino que varios de ellos pueden ser concomitantes. Sin embargo, por razones didácticas se ajustó la exposición a un ordenamiento secuencial que, se estimó, facilitaría la comprensión del proceso que se pretende describir (*Gráfico 1*).

Con lo observado y discutido hasta aquí se definió criterio médico.

Este tiene dos componentes básicos: el modo de indagación (método de investigación científico) y el marco conceptual determinante de las características del proceso del pensamiento médico. Ambos componentes posibilitan "la generación de hipótesis válidas y estrategias eficaces, de acuerdo a las circunstancias presentes y corroborables por la evolución y propia apreciación del paciente".

En los próximos capítulos se ampliarán las observaciones sobre los aspectos del acto médico y se propondrán indicadores posibles para la elaboración de instrumentos que permitan la evaluación de logros en cada una de ellas.

## BIBLIOGRAFIA\*

1. Castiglia V. Introducción al método científico. Ed. EUDEBA. 1980.
2. Bergoglio R, Daín A. Infectología Razonada. 3a. ed Ed ISBN Bs. As. Panamericana, 1996.
3. Saltalamachia H. Metodología de la investigación científica. Instituto de desarrollo económico y social. Bs As., 1995.
4. Shön D. La formación de profesionales reflexivos. Ed Paidós. Barcelona, 1992.
5. Miller G. Enseñanza aprendizaje en las escuelas médicas. Ed. Alfa, Bs As., 1969.
6. Bleger J. Estudio de la dependencia e independencia en la relación con el proceso de proyección-introyección. Rev Psicoanálisis. 1960; 17: 28.
7. Morin E. Introduction à la pensée complexe, ESF. ed, París, 1990.

\* La bibliografía de referencia completa será presentada con el Capítulo V.