

Profesionalismo médico. Rupturas y continuidades

Dr. Baltasar Aguilar Fleitas¹

Palabras clave: HUMANIDADES MÉDICAS
PROFESIONALISMO MÉDICO

Key words: MEDICAL HUMANITIES
MEDICAL PROFESSIONALISM

No hace tanto tiempo, apareció en Buenos Aires un libro titulado *Ser médico ayer, hoy y mañana* del médico clínico y académico argentino Alberto Agrest (1923-2012). En un pasaje caracteriza de manera polémica y provocativa a la medicina contemporánea:

“La medicina hoy es más científica, más ética, más económica, más organizada y más controlada que hace cincuenta años. Más científica, más basada en evidencias demostrativas, pero menos observacional y menos basada en la importancia. Más ética, más respetuosa, pero menos comprometida, menos afectuosa y menos generosa. Más jurídica pero más temerosa, más preocupada por el consentimiento –un documento– que por la información que exige comprensión y comunicación. Más económica pero menos equitativa. Más organizada pero menos creativa y menos estimulante de generosidad. Más controlada pero con evaluaciones más rígidas, más preocupada por las guías y reglas que por la individualización, la propia experiencia y la capacidad de mantener la atención. Más preocupada por cometer el menor error posible, que por obtener el mayor beneficio probable para el enfermo. Más preocupada por el oro que por el bronce”.

“Es cierto, –concluye Agrest– la medicina es más científica, más ética, más jurídica, más económica, más organizada y más controlada... pero es menos medicina. Lo deseable es que la medicina sea más sin ser menos”⁽¹⁾.

Esta confesión de Agrest da cuenta de algunos de los cambios que ha tenido la práctica de la medicina en las últimas décadas. Algunos de esos cambios son ciertamente incitantes y estimulantes, como los derivados del avance en el conocimiento cien-

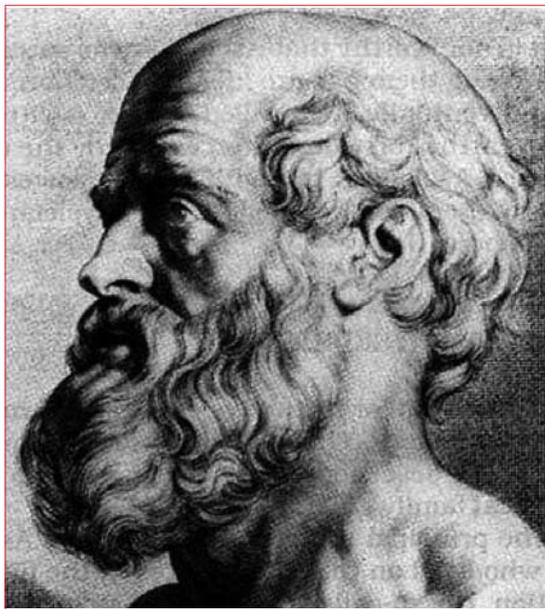
tífico y tecnológico aplicable a los pacientes e incluso a las personas sanas. Pero aun estos avances plantean problemas muy importantes en cuanto a la ética y los costos sociales de sus intervenciones. No nos engañemos, precisamente, los asuntos complejos que esos saltos científico-tecnológicos suscitan están, junto con los horrores de la guerra y de algunas investigaciones, en el origen de la Bioética como disciplina⁽²⁾.

El cambio es el signo más relevante de nuestra época. Esta afirmación es casi un lugar común. Pero también es permitido afirmar que debe haber pocas profesiones que hayan sufrido un embate tan ambiguo –estimulante y desestimulante a la vez– para su ejercicio como la medicina. Las condiciones de su práctica se han modificado y complejizado. Los actores tampoco son los mismos. Para los que cabalgamos entre dos épocas (final del siglo pasado y comienzo del actual), la obra que se representa ante nuestros ojos parece desconocida y con algunas facetas de surrealismo.

A este panorama han contribuido, en proporciones variables, diversos elementos: no solo los problemas propios del avance citado, sino también las nuevas exigencias y expectativas –frecuentemente exageradas– de los usuarios de los sistemas de salud respecto a las posibilidades de la medicina, la medicalización de la sociedad, la judicialización de la asistencia y la práctica de medicina defensiva, las dificultades y desorientaciones en la formación de los médicos y demás integrantes del equipo de salud, la manera en que se administra la atención médica a la población –en grandes instituciones y a través de sistemas fuertemente regulados–, el creciente costo para los Estados que supone prestar asis-

1. Médico Cardiólogo. Co-coordinador y docente del curso de Humanidades Médicas “Pensando en lo que hacemos” para estudiantes de medicina. Facultad de Medicina, UdelaR.

Correo electrónico: baltasaraguilarfleitas@gmail.com



Hipócrates (460-370 aC)

tencia de calidad y la necesidad de distribuir con justicia recursos escasos, la incorporación de nuevas áreas de conocimiento... la lista es larga y el análisis detallado de cada uno de estos factores excede el alcance de este artículo.

Este cambio, esta ruptura, no tiene la apariencia de ser coyuntural y transitorio, sino de largo plazo, tal vez definitivo. Tampoco es benigno o intrascendente: es posible observar alteraciones profundas en el comportamiento de las personas y de los integrantes del equipo de atención. No se trata de un vendaval que afecta solo a nuestra profesión sino que se da en un contexto global, sociopolítico y cultural muy particular, seguramente irreversible, que se puede caracterizar desde diferentes acercamientos o miradas, siendo el enfoque metafórico de Zygmunt Bauman (1925) uno de los más fecundos. Bauman sostiene que vivimos en una “sociedad líquida” y en tiempos de “ceguera moral”. El estado sólido conserva su forma y tiene la propiedad de durar; esta imagen –sostiene el sociólogo polaco– fracasa si se la aplica a la configuración social actual; en cambio, los líquidos son informes, fluyen, cambian constantemente de apariencia; esta metáfora se muestra más adecuada a la hora de representar el mundo contemporáneo^(3,4).

Profesionalismo médico

En ese contexto de transformación líquida permanente los médicos estamos obligados a definir y mantener líneas claras de continuidad con el fin de **preservar los contenidos y dimensiones sustanciales, aquellos elementos medulares, las**

señas de identidad de nuestra profesión, resguardándolos de los avatares de los tiempos y de intereses ajenos a nuestro quehacer. Es la lucha a la que estamos convocados para combatir el riesgo del que hablaba Arthur Schopenhauer a principios del siglo XIX y que se puede aplicar a cualquier época de la humanidad en la que se registran adelantos impactantes: “*Regresa la barbarie a pesar de los ferrocarriles, los cables eléctricos y los globos aerostáticos*”.

Esa identidad del arte médico, el alma y razón de ser de la medicina tienen que ver con el **profesionalismo médico**.

¿Qué es el profesionalismo médico? Existen muchas definiciones, entre ellas la de la Real Academia Española: “*Cultivo o utilización de ciertas disciplinas, artes o deportes, como medio de lucro*”. Esta definición es limitante e insuficiente (y hasta denigrante) para nuestros fines y es por ello que adoptaremos la de la Organización Médica Colegial de España: “*Conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos*”⁽⁵⁾.

Los médicos poseemos conocimientos, habilidades, destrezas, juicio clínico, principios y valores éticos que ponemos al servicio de la preservación y recuperación de la salud, el cuidado de los individuos vulnerables, el alivio del sufrimiento y para mantener y mejorar la calidad de vida de la sociedad. No tiene otra finalidad la capacitación básica y especializada que recibimos de nuestros maestros.

Platón en el consultorio o el mundo de las Ideas

Para mejor comprender de qué estamos hablando cuando nos referimos a profesionalismo médico se me ocurrió reflexionar sobre la relación que existe entre nuestra práctica profesional y el **ideal de médico**. En síntesis: con qué modelo de médico nos comparamos día a día.

Frecuentemente ocurre que cuando tenemos que definir un **paradigma** (modelo, patrón o ejemplo a seguir) con todos sus atributos, decimos que nos estamos refiriendo a un cuadro o situación “ideal”. Esta expresión proviene de idea y nos remite casi inmediatamente al filósofo griego Platón. Según Platón, todo lo que vemos y concebimos es pura apariencia, son sensaciones o concepciones engañosas que provienen de los sentidos o de la razón. La esencia última del mundo, según el filósofo ateniense, está constituida por **Ideas**, que a diferencia de lo



Maimónides (1138-1204)

que nos es dado por los sentidos son de carácter inmaterial, no tienen cuerpo, no cambian y poseen la propiedad de ser eternas.

Las cosas particulares (un escritorio) lo son en tanto participan de la Idea general (de escritorio). La “...realidad verdadera no está en el nivel de lo sensible y debe ser descubierta a través del esfuerzo de la contemplación de las Ideas, de las que los objetos particulares son tan solo una participación, una realización siempre imperfecta”⁽⁶⁾.

Estas reflexiones tienen sentido porque las cualidades, las propiedades del *ser médico* son abstractas y componen una Idea general de médico construida históricamente y de la que los médicos particulares, como seres individuales y concretos, participamos en forma imperfecta.

Esta idea general de médico está en el imaginario colectivo desde lo más hondo de la historia. No es solamente una abstracción intelectual de los tiempos que corren. Está en la sociedad, transita por los consultorios y pasillos de hospitales. Actúa ya sea como recuerdo de una época en que los médicos “atendíamos mejor”, como comparación con “los médicos de antes”, como deseo, fantasía, exigencia o reclamo. La categoría universal de médico, la “Idea platónica de médico”, nos interpela desde lo social a todos los médicos en particular.

Lo que debe permanecer ante los cambios

Si todo cambia a ritmo tan rápido, si todo se transforma en torbellino, ¿cómo se mantienen las identidades? ¿Cómo las cosas, en este caso la profesión médica, se distinguen y se identifican entre otras actividades? Los conocimientos y las técnicas varían, las personas



William Osler (1849-1919)

cambian, los sistemas de salud también se modifican. Pero lo que permanece y debería cultivarse es el **acervo del profesionalismo médico**. Vale decir, el capital ético y humanístico de la profesión.

Si bien toda la sociedad y los galenos en particular nos vemos forzados a adaptarnos a esta nueva etapa civilizatoria, ese acomodo lo tenemos que hacer reservándonos el derecho (y la obligación) de resistir la desnaturalización de la medicina por fuerzas que provienen de afuera y de dentro mismo del arte hipocrático. Después de todo es fácil sucumbir a las aristas más degradantes de los cambios si no se tiene una actitud alerta y vigilante en defensa del núcleo fundamental de los principios, valores y conductas que constituyen la matriz humanista de la profesión.

En ese sentido, lo importante es rescatar lo que bien dice el Prof. Julio Cabrera en su obra citada: es preciso realizar permanentemente el **esfuerzo** de descubrir, en la maraña y hasta en la maleza y hojarasca de los actos particulares de los médicos, aquello que nos es propio, que nos dignifica, que es consustancial a la profesión médica. Lo que impulsa a la medicina y trasciende la rutina y la deformación. Ese esfuerzo, esa tarea, de fundirnos en el paradigma-Idea del profesionalismo es impostergable y debería ser un ejercicio cotidiano.

No hay muchas novedades en materia de profesionalismo: no han variado sustancialmente las coordenadas instauradas por los grandes maestros



Luis Jiménez Aranda. *Visita de sala* (1889). Óleo sobre tela, 290 por 445 cm. Museo del Prado, Madrid

Las dimensiones visibles del profesionalismo

No figuran en ninguna hoja de ruta de las asociaciones internacionales dedicadas a estudiar y promover el profesionalismo médico.

Sin embargo, se puede afirmar con certeza que influyen de manera preponderante en el respeto que los pacientes tienen por el médico y en la calidad de la atención.

No son ideas abstractas, ni un principio ni un valor en sí mismas. Son elementos concretos del quehacer cotidiano que le otorgan calidad y jerarquía a la profesión. Son detalles, algunos sutiles y elegantes. Pero son muy importantes. Por eso forman parte, a mi entender, del profesionalismo médico.

En este cuadro del pintor español Jiménez Aranda se representa la visita de médicos a una sala de hospital.

El Profesor examina a la paciente, visiblemente enferma, mediante auscultación directa. Puede estimarse entonces que el hecho ocurrió antes de la invención del estetoscopio por René Laënnec en 1816. La paciente está vestida con un camisón y gorro blancos y ello podría significar que se tenían algunos conocimientos de higiene. La enferma apenas puede incorporarse o es incapaz de hacerlo por sí misma y por eso un ayudante del Profesor la auxilia y colabora para que se mantenga en esa posición.

Otro ayudante, a los pies de la cama, con unos papeles en las manos toma notas referidas a la historia clínica. Cerca de la cabecera de la cama están colgadas las indicaciones y encima de un estante se pueden observar una botella y un tazón.

Los alumnos, entre ellos una mujer, se arremolinan cubiertos sus vestidos de calle por un delantal.

Podríamos seguir completando el cuadro de forma creativa y así imaginarnos que el Profesor y sus alumnos han llegado a la sala respetuosamente, en perfecto orden. Se han acercado a la paciente, el Profesor se ha presentado con su nombre y cargo, y ha hecho lo propio con sus alumnos. Todo pese a que lucen en su atuendo un letrero con el nombre, profesión y especialidad.

Acto seguido le ha preguntado sobre su nombre, edad, ocupación, domicilio y se ha interesado por la composición de su núcleo

familiar. La ha interrogado acerca de su estado general y su disposición de ánimo. Le ha dicho de qué va aquella visita, la ha tranquilizado y le ha solicitado su consentimiento para examinarla.

Con mucho cuidado y con movimientos suaves el Profesor y su ayudante recorrieron las cubiertas de la cama y expusieron el cuerpo de la paciente con gran celo por su pudor. En la cara de la enferma no se ha advertido ningún gesto de malestar, antes bien, es patente su disposición a colaborar.

Los alumnos escuchan atentamente, sin distracciones ni distractores. Estamos en un hospital español de principios del siglo XIX, lejos de adminículos sonantes y pantallas individuales. No se escuchan comentarios de ningún tipo y lo que se habla se habla en voz baja. Nadie ha entrado a la sala sin pedir permiso ni se ha escuchado ningún grito fuera de lugar. Nadie alrededor comenta a viva voz asuntos personales ni realiza comentarios que no vienen al caso.

Se miden las palabras. Se sopesa lo que se debe decir y lo que no se debe decir. Cada palabra emitida por el Profesor tiene gran densidad conceptual desde el punto de vista científico y está desprovista de resonancias innecesarias. Nunca la paciente advirtió tecnicismos que la hicieran sentir un simple objeto de investigación o estudio. El lenguaje empleado, académico pero sin exceso, nada hace sospechar que detrás de esas palabras tan brillantes se oculta algo importante para ella. De tanto en tanto, el Profesor comunica brevemente algún detalle reconfortante para la enferma y le hace saber que entre todos lograrán reflexionar mejor sobre su estado de salud. Durante la breve estadía del grupo con la paciente, nadie exhibió signo alguno de narcisismo médico.

El silencio reina pese a las presencias y movimientos.

Como el silencio de Pablo Neruda: “*Y su vestido suena, callado como un árbol*”.

O el silencio de Jorge Luis Borges: “*Suave como un sauzal está la noche*”.

humanistas de la medicina universal: Hipócrates, Maimónides, Semmelweis, Osler, Schweitzer...

¿Por qué tanta preocupación entonces por el profesionalismo médico? La respuesta es clara: porque estamos ante el riesgo de la desprofesionalización de la medicina. Esta preocupación es común a todo Occidente⁽⁷⁾.

Siguiendo a Patiño Restrepo, expresidente de la Asociación Colombiana de Cirugía, la desprofesionalización de la medicina es esa "...ominosa incipiente realidad... (por la cual la medicina)... pasaría de ser una noble profesión a convertirse en un simple oficio al servicio de los intereses corporativos"⁽⁸⁾.

Por eso se han conformado, entre otras, organizaciones como el Medical Professionalism Project, un movimiento que tiene como objetivo reforzar el profesionalismo médico basado en principios y compromisos.

Principios

De acuerdo con el mismo autor los tres principios fundamentales que integran el concepto de profesionalismo médico son:

1. **Principio de superioridad del bienestar del paciente.** Quiere decir que la resolución juiciosa y técnicamente rigurosa de los problemas de salud del enfermo, la consideración a su biografía, vivencias y sufrimiento están por encima de cualquier otro tipo de interés personal, corporativo o institucional.

En relación con este principio, se discute actualmente en muchos países del orbe el tema de la integridad física del propio médico cuando no están garantizadas las condiciones mínimas de seguridad y proliferan los casos de violencia contra médicos y personal de salud. ¿Hasta dónde debe llegar la exposición del médico y del personal de salud el asumir riesgos en procura de privilegiar el bienestar del paciente? ¿Cuáles son los riesgos inherentes a la profesión y cuáles no?

2. **Principio de autonomía del paciente.** Como consecuencia del reconocimiento y defensa de los derechos humanos (Declaración de los Derechos Humanos, 1948; Código de Núremberg, 1947; Informe Belmont, 1978; Principles of Biomedical Ethics, 1979) asistimos desde hace décadas a la muerte del paternalismo médico: las personas son las que deciden, en última instancia, lo que desean hacer con su cuerpo tanto en la asistencia como en la investigación. Eso no quiere decir que haya desaparecido la asimetría entre médico y paciente en cuanto a saber y expe-

riencia. El conocimiento técnico siempre asesora, aconseja, encauza la conducta a seguir en cada caso.

La base práctica, ineludible de este principio, la forma operativa de garantizarlo es el consentimiento informado cuando este se realiza de manera adecuada.

3. **Principio de justicia social.** Los médicos somos en última instancia corresponsables en la asignación de recursos. El equilibrio con el que debemos desempeñarnos es el producto de una tensión entre la obligación de eliminar de nuestra práctica cualquier tipo de discriminación, por un lado, y el cuidadoso manejo de los recursos que siempre son finitos, por otro.

Compromisos

Los compromisos que establece el Medical Professionalism Project (con variantes que introduzco para simplificar o abundar en algunos aspectos más adecuados a nuestra realidad) son:

1. **Compromiso con las competencias profesionales.** El médico posee un capital de saberes certificado por la escuela de medicina que lo formó, pero este compromiso va más allá y significa que asume la necesidad de mantener actualizados esos conocimientos. Al mismo tiempo se acepta la obligación de contribuir de manera directa o indirecta al avance científico y a la difusión del mismo.

El empleo del saber médico implica desarrollar y aplicar el **juicio clínico** que permita vérselas con el paciente como individuo único e irrepetible por más que en su cuerpo reproduzca tal o cual patología. Además de su enfermedad el paciente posee carga biográfica, su afección se refracta según su contexto, sus expectativas y valores, está atravesado por una vivencia de amenaza e interrupción de sus proyectos vitales debido a la irrupción de la enfermedad.

Esta consideración hacia la globalidad del paciente a la hora de aplicar el conocimiento debe complementarse con el arte de manejar la inseguridad y la perplejidad: la práctica médica es un campo de actividad regido por la **incertidumbre** y la **variabilidad**, que son propias de la lógica biológica. Citando a William Osler (1849-1919): "*La buena medicina clínica siempre mezclará el arte de la incertidumbre con la ciencia de la probabilidad*"⁽⁹⁻¹¹⁾.

A la hora de obtener y aplicar el saber médico al paciente particular es preciso un manejo cuidadoso de las evidencias científicas y el análisis crítico de sus fuentes. Esta destreza es trascenden-

te en la época actual en la que los médicos nos vemos forzados a capacitarnos y mantenernos actualizados, hurgando en lo que algunos autores han dado en llamar “neblina informativa”, donde lo serio y riguroso se mezcla con lo interesado y hasta burdo⁽¹²⁾.

La formación médica continua y la recertificación son temas de debate actualmente en nuestro país.

2. **Compromiso de honestidad con los pacientes.** Significa que siempre debemos informar al paciente de manera sincera, íntegra y clara sobre los beneficios y riesgos de las intervenciones, sobre la evolución de su enfermedad y complicaciones, y toda vicisitud en el curso de acción de nuestro servicio profesional.

A nivel práctico este compromiso se relaciona con las dificultades que el cuerpo médico tiene en general con el reconocimiento y análisis del error en medicina.

3. **Compromiso de confidencialidad.** El médico recibe información personal y familiar relevante que debe resguardar del uso por terceros salvo que esté en riesgo un bien público superior. En la actualidad este tema se considera prioritario en atención a las nuevas tecnologías: difusión por redes sociales de casos que pueden violar la confidencialidad, garantías de confidencialidad en el uso de la historia clínica electrónica y comunicación entre médicos de material clínico por vía correo electrónico y WhatsApp⁽¹³⁾.
4. **Compromiso de mantener adecuadas relaciones con pacientes y familiares.** La relación médico-paciente es asimétrica y lo seguirá siendo. El poder médico que surge de esa asimetría y del simbolismo subyacente –el individuo que tiene en sus manos la salud y hasta la vida de las personas– no debe llevar, so pena de un fuerte reproche ético, a derivar las relaciones con las personas hacia ámbitos ajenos al ejercicio profesional.
5. **Compromiso de mejorar la calidad de la atención** (incluido el acceso a atención de calidad). La calidad en la atención se logra por la conjunción de múltiples factores y decisiones de los que solo una parte depende de los médicos. Pero los médicos nunca estamos eximidos de brindar una prestación calificada y virtuosa. Si bien la medicina no es una ciencia exacta y reducirla a números es un grave error, no podemos ignorar que en la época contemporánea la calidad no solo se percibe, sino que también se

mide con indicadores. El apego a este compromiso significa, entonces, que además de estar atentos a estas modernas herramientas de gestión, los médicos debemos formar parte de la primera línea en el reclamo de mejora de los indicadores relevantes de calidad.

Los indicadores usados en medir la calidad en salud no son todos relevantes sino que lo son solo aquellos que demostradamente tienen impacto sobre la salud individual y colectiva. Se debe rechazar por inconducente –y hasta antiético– cualquier otro indicador que traiga consigo la burocratización innecesaria de la asistencia médica y que sirva solo para disquisiciones administrativistas.

La calidad también se preserva y fomenta con el celo con que se indican todos los procedimientos, en particular los de alto costo: eso quiere decir que debe ponerse foco en las relaciones costo/eficacia y riesgo/beneficio.

La indicación de procedimientos injustificados o la promoción de una excesiva medicalización de la sociedad está demostrado que no solo no logra beneficios sino que atenta contra la seguridad de los pacientes.

6. **Compromiso de manejo adecuado de los conflictos de interés.** Este es un tópico que ha adquirido particular relevancia en nuestro tiempo y ha provocado legislación y normatizaciones específicas por parte de Estados, Colegios Médicos y Sociedades Científicas. La actividad del médico, que comparte junto con el paciente el centro de la atención, es sometida a frecuentes presiones y tentaciones, unas veces soterradas y otras desembozadas, que lo pueden apartar de la rectitud y virtuosismo profesional. El ocultamiento o utilización de intereses espurios es una grave falta ética.

7. **Compromiso de autorregulación.** La profesión médica debe ser capaz de autorregularse, vale decir que en base a los principios y valores que la rigen debe poder identificar y sancionar las conductas y prácticas que coliden con esos mismos principios y valores. La herramienta para ello es la colegiación obligatoria que permita someter a consideración de pares esas prácticas sospechosas de reproche ético comparándolas con un código deontológico, como el Código de Ética Médica.

La sanción penal, en cambio, es de incumbencia de la Justicia, y la defensa de otros intereses (corporativos, económicos, de condiciones de trabajo, salariales, etcétera) lo son de los gremios médicos.

Bibliografía

1. **Agrest A.** Ser médico ayer, hoy y mañana. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2008: 75-6.
2. **Jonsen A.** The Birth of Bioethics. New York: Oxford University Press; 1998.
3. **Bauman Z.** La modernidad líquida. México: Fondo de Cultura Económica de España; 2002.
4. **Bauman Z, Donskis L.** Ceguera moral. La pérdida de la sensibilidad en la sociedad líquida. Barcelona: Espasa Libros; 2015.
5. **Organización Médica Colegial de España.** Profesión Médica. Profesional médico. Profesionalismo médico. Madrid: Viguera Editores; 2010 [consulta 4 Ago 2016]. Disponible en: <https://www.cgcom.es/sites/default/files/profesionalismo.pdf>
6. **Cabrera J.** Cine: 100 años de filosofía. Barcelona: Gedisa; 2015: 59.
7. **Berwick DM, Nolan TW.** Physicians as leaders in improving health care: a new series in Annals of Internal Medicine. Ann Int Med 1998; 128(4): 289-92.
8. **Patíño Restrepo JF.** El profesionalismo médico. Rev Colomb Cir 2004 [consulta 21 Mar 2016];19 (3). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v19n3/v19n3a2.pdf>
9. **Moreno Rodríguez MA.** La medicina basada en la evidencia y la práctica médica individual. Rev Cubana Med 2005 [consulta 9 Jul 2016];44 (3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232005000400015&lng=es&nr m=iso&tlng=es.
10. **Sandoya E.** La incertidumbre en medicina. Tendencias en medicina 2014; 22 (44): 131-8.
11. **Otero Bosque AM.** Por ser médico. Reflexiones de un médico clínico. Montevideo; 2016: 63-73.
12. **Manzano D.** Correlación no es causalidad. Madrid: Jot Down; 2016 [consulta 9 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.jotdown.es/2016/06/correlacion-no-implica-causalidad/>
13. **Tajer C.** La cardiología en la era de las redes sociales. Las revistas científicas, la inteligencia colectiva y los prosumidores digitales. En Tajer C. La medicina del nuevo siglo. Bs. As: libros del Zorzal; 2011: 127-54.