

La educación y el futuro del médico

Conferencia "Alberto Marsal"

Por Guillermo Jaim Etcheverry*

Es con particular emoción que agradezco la generosa designación de Miembro Correspondiente de esta prestigiosa Academia. Se trata de una distinción que me honra, inesperada y, según lo creo, inmerecida. De allí que constituya para mí un motivo de singular orgullo, el incorporarme a esta comunidad de profesionales tan destacados, que han tenido y tienen una participación decisiva en la medicina argentina.

Asimismo, me siento honrado por haber sido invitado a pronunciar en oportunidad de mi incorporación, la conferencia "Alberto Marsal", establecida para recordar a un maestro interesado desde siempre en la formación de los jóvenes estudiantes. Testimonio de esa pasión docente de Marsal son las numerosas generaciones de médicos cordobeses que se han educado bajo su influencia. El de este recuerdo permanente constituye, sin duda, el mejor homenaje que se puede rendir al profesor Marsal, tan comprometido con la tarea de enseñar, una de las más altas a las que se puede dedicar el ser humano.

El escenario cambiante de la práctica médica

El tema que me propongo desarrollar invita a la habitual enunciación de frases remanidas, a la reiterada letanía de buenos propósitos, ya gastados de tan dichos y tan poco concretados. Por eso, he optado por encarar el análisis de algunas tendencias vinculadas con el marco general en el que, según creo, se desenvolverá en el futuro la actividad médica. En ese escenario deberán actuar quienes hoy son educados para ejercer nuestra profesión y, por eso, condiciona la tarea formativa.

Como pocas actividades, la educación está poderosamente influida por lo que sucede en el contexto social más amplio. Es por eso que educamos mucho

más mediante nuestra conducta cotidiana, es decir, por lo que nos ven hacer nuestros estudiantes que por lo que les decimos en las clases. La actividad que desarrollamos como profesionales reviste una gran importancia porque es el modelo de vida que ofrecemos a nuestros jóvenes alumnos.

El camino por el que les invito a acompañarme ha sido trazado con rasgos violentos, lo caracterizan fuertes contrastes. Es evidente que el sendero de la realidad es enormemente más complejo y rico en matices, pero lo que se busca mediante esta pintura impactante, es llamar la atención sobre cuestiones acerca de las cuales conviene reflexionar. El análisis que sigue está fuertemente influido por la compleja situación actual de la salud en los Estados Unidos de América porque la penetración de la "cultura única" a la que asistimos, no sólo se manifiesta en los productos culturales de los conglomerados de la información y del espectáculo, lo que los sociólogos denominan la "McDonalización" del mundo, sino que ya se advierte en muchos otros ámbitos, como el de la medicina.

El médico ante el conflicto de la doble lealtad

Un mensaje anónimo aparecido hace algún tiempo en una página del ciberespacio, sirve para definir el estado actual de nuestra actividad profesional. Dice así:

Antes era un doctor....

ahora soy un prestador de atención médica

Antes practicaba la medicina

ahora funciono en un sistema de atención gerenciada

Antes tenía pacientes

ahora tengo una nómina de consumidores

Antes diagnosticaba

ahora se me aprueba una consulta

Antes trataba

ahora espero la autorización para proveer atención

Antes dedicaba mi tiempo a escuchar a mis pacientes

ahora lo hago justificándome ante mis empleadores
Antes tenía sentimientos
ahora tengo una actitud
Antes era médico...
ahora, ya no se lo que soy.

Poco tiempo atrás, el presidente de los EE.UU., Bill Clinton, refiriéndose al sistema de atención médica de su país, decía a los integrantes de la "Asociación Médica Americana" (AMA):

"Algo anda mal...

... cuando un médico pasa más tiempo con un contador que al lado de su paciente

... cuando dedica más horas a completar formularios que a hacer revistas de sala

... cuando no es el médico quien toma decisiones médicas

... cuando esas decisiones tienen en cuenta consideraciones diferentes al mejor interés del paciente

... cuando el paciente no es informado acerca de todas las opciones disponibles, sino sólo sobre las más económicas

... cuando se obliga a recibir atención primaria, evitando la consulta a un especialista, aún cuando sea necesaria

... cuando se deja de lado el Juramento Hipocrático mediante el que el médico se ha comprometido a seguir el método de tratamiento que, de acuerdo con su conocimiento y juicio, considere el mejor para beneficiar a su paciente.

Algo anda mal...".

Estas breves referencias sintetizan acertadamente la sensación actual del médico, tironeado por un conflicto que le reclama una doble lealtad. Por un lado se

debe al compromiso de ayudar a sus pacientes, a aquellos a quienes ha jurado ayudar con lo mejor de su saber.

Por el otro, está sometido a las presiones de un sistema que, en estos momentos, le impone como imperativo supremo el de la "eficiencia". De cómo cumpla con él dependerá su estabilidad en el trabajo.

Es preciso reconocer que la medicina se encamina hacia un veloz proceso de industrialización y que, por lo tanto, está siendo sometida a los mismos criterios de productividad que caracterizan a cualquier industria. Numerosas organizaciones que actúan como intermediarias entre el paciente y su médico, algunas sin fines de lucro, otras destinadas a dar ganancias, interfieren hoy con la autoridad del médico, con su trabajo, con su remuneración y, en última instancia, con la naturaleza misma de la atención que presta. La actividad profesional no sólo se está pauperizando, sino que también se precariza aceleradamente.

En los EE.UU. se está generando un poderoso movimiento crítico de la situación actual, originado en la Universidad de Harvard y en sus instituciones asociadas, que se ha extendido ya por todo el país. Su manifestación visible, el "Comité Ad-Hoc para la Defensa de la Atención Médica", emitió un documento fundacional a fines de 1997, en uno de cuyos párrafos señala: "Sombras crecientes oscurecen nuestra vocación y amenazan transformar la curación de un convenio interpersonal en un contrato de negocios. Es cierto que la eficiencia es importante, pero no hasta el punto de comprometer el juramento que ha hecho el médico para privilegiar la ayuda al paciente".

La evolución histórica de la atención médica

¿Cómo se ha llegado a esta situación? El creciente desarrollo científico y técnico producido durante la segunda mitad del siglo XX, ha generado una medicina cada vez más compleja y costosa. Durante este proceso, las organizaciones que pagaban por la atención de la salud, permitieron una cierta libertad en la actividad del médico. Este, por lo general, contrataba directamente sus servicios con el paciente y, sobre todo, indicaba también libremente, los procedimientos diagnósticos y seleccionaba el plan terapéutico a seguir. En este

esquema de "pago por prestación", crecieron los honorarios médicos, sobre todo los de los especialistas, y aumentaron los costos de la atención hospitalaria. Los pacientes también contribuyeron a este estado de inflación al requerir todo tipo de servicios médicos, los necesitaran o no.

Los problemas causados a todas las economías mundiales por el costo incontrolable de la medicina, llevaron a que se intentara detener este crecimiento, mediante el diseño de diversas estrategias de control. El principal recurso al que se echó mano fue el de incorporar abiertamente la medicina al proceso de industrialización, convirtiendo a la salud en un bien de mercado. Es entonces cuando surge la atención gerenciada ("managed care") que, a través de sus distintos mecanismos supone, como la define Jon Iglehart, "una variedad de métodos de financiamiento y organización de la prestación de la atención médica mediante los que se intenta disminuir los costos mediante el control de la provisión del servicio" .

En realidad, no se trata sólo de un mecanismo de gerenciar la atención para distribuirla en forma más racional y equitativa sino, fundamentalmente, de una estrategia destinada a reducir los costos a través del control de la provisión del servicio.

Este objetivo es teóricamente simple de lograr, ya sea reduciendo la cantidad de unidades de atención prestadas, disminuyendo el costo de cada una de esas unidades o eliminado la cobertura de ciertas unidades, llegando hasta restringir el acceso del paciente a ellas. Todas estas opciones están siendo exploradas activamente ya que hoy se busca limitar la elección del médico por parte del paciente, controlando su acceso a los especialistas, así como reducir la autonomía y la remuneración del profesional. En otras palabras, el poder se está transfiriendo de las organizaciones sin fines de lucro a las que lo tienen y de los médicos y hospitales a las grandes corporaciones privadas.

Esta política plantea, además, graves interrogantes acerca de la estructuración futura y el financiamiento de la educación y la investigación médica. Pero, lo que es sin duda más importante, es que amenaza los fundamentos éticos de la práctica profesional.

El cambio en el negocio, ¿un cambio en la misión?

Es preciso admitir que no todos los resultados de esta estrategia han sido negativos. Efectivamente, ha introducido algunas tendencias muy beneficiosas ya que:

1. considera la satisfacción del antiguo paciente (el actual "cliente")
2. permite analizar más detalladamente el trabajo del médico
3. favorece la utilización de normas clínicas y de calidad en la atención
4. se interesa por la prevención, lo que resulta positivo aunque sea promovido para ahorrar costos de atención
5. desincentiva el interés económico para ingresar a la carrera médica, porque quienes vivirán bien de la medicina son los gerentes y los accionistas de las compañías pero no los médicos
6. demuestra el valor potencial de mejorar la integración y el resultado de la atención médica.

Es en este escenario donde surge el conflicto ético insinuado al comienzo. ¿A quién debe el médico su lealtad: a su juramento que lo liga al interés del paciente o al contrato que lo vincula con quién paga por sus servicios? Es más, en general el paciente desconoce los términos en que se ha pactado esa relación contractual. Por ejemplo, no sabe que, en muchos casos, el médico es recompensado financieramente por hacer menos (menos estudios, menos tratamientos) o por ver más pacientes en menos tiempo. Se trata de los mismos criterios con los que las empresas manejan la producción industrial, en este caso aplicados a los seres humanos indefensos, afligidos, necesitados de compasión y atención. Se insinúa aquí la posibilidad de corrupción de la integridad médica, sumamente peligrosa porque mina el profesionalismo y amenaza la calidad de la atención.

Es preciso admitir que cuando los aseguradores otorgaron a los médicos carta blanca para manejar el costo, muchos lo hicieron abusivamente. Pero la ética profesional dominante, que imponía buscar el bien del paciente, impidió que la mayoría abusara del sistema que, además, condenaba esos excesos.

Ingresamos ahora a una situación novedosa en la que las instituciones con fines de lucro tienen como imperativo ético el propósito lógico de ganar dinero. El problema es que sus médicos corren el riesgo de terminar por compartir ese espíritu. La disposición a escuchar, aprender y atender a los semejantes necesitados, está siendo reemplazada por la de hacer convenios, gerenciar, comercializar.

Antes se hacía muchas veces innecesariamente de más. Ahora se tiende a no hacer todo lo que sería necesario. Desde el punto de vista de la ética médica, hacer lo innecesario era criticable. Desde el punto de vista de la ética de los negocios, no hacer todo lo necesario puede llegar a ser la conducta estimulada, hasta premiada. En síntesis, el rasgo distintivo de la situación actual es que el cambio en el negocio amenaza con convertirse en un cambio de la misión.

La medicina del mercado trata a los pacientes como centros productores de ganancias. Es cierto que la atención médica no puede ni debe estar guiada por el deseo de hacer fortuna personal del médico pero tampoco puede estarlo por la lógica implacable de generar beneficios a las corporaciones. A este respecto resulta oportuno citar un párrafo del economista Milton Friedman, tomado de su libro "Capitalismo y Libertad" (1962), que arroja luz sobre las ideas predominantes en la actualidad y que permite vislumbrar lo que puede llegar a suceder con nuestra profesión dominada por las leyes del mercado. Dice así: "Pocas tendencias pueden minar tan seriamente el basamento mismo de nuestra sociedad libre como la aceptación por parte de los directivos de las corporaciones de otra responsabilidad social que no sea la de hacer tanto dinero para sus accionistas como les resulte posible".

Allí queda expuesto el problema que nos afecta en toda su desnudez. Corremos el peligro de mejorar la forma de multiplicar el dinero en lugar de mejorar el modo en que cuidamos a la gente enferma. Es posible que el esfuerzo se concentre en gerenciar el dinero y racionalizar la atención. Hasta se ha llegado a decir que lo que se destina a la atención médica representa "las pérdidas del sistema". Es decir, que la prestación del servicio, la razón de ser del sistema de salud, es considerada como una pérdida.

Poco a poco, los mecanismos amorales e impersonales del mercado irán determinando la forma en que se presta la atención médica. En los EE.UU. no hace mucho, los titulares de los periódicos recogieron el cambio de política de una de las grandes empresas dedicadas a la salud que decidió eliminar controles a la actividad del médico, señalando: "Los médicos vuelven a decidir". Esa frase resume la gravedad de la situación que atravesamos y destaca la importancia que adquieren las organizaciones profesionales para lograr que tanto los profesionales como el público tomen conciencia de la gravedad del problema y reaccionen ante estas tendencias avasalladoras que provienen de los centros mundiales del poder.

Al restringirse los fondos disponibles para la atención médica, los aseguradores delegarán en los médicos la responsabilidad de racionar sin que se advierta. En nuestro carácter de "doble agente" estaremos requeridos por la doble lealtad: para conservar el trabajo, dejaremos de hacer todo lo que sabemos que corresponde hacer para cumplir con nuestro deber frente al paciente. Protegerlo, informarlo de todas las opciones disponibles, explicarle cómo somos retribuidos. Recientes estudios demuestran la predisposición del médico, víctima de este conflicto ético, a engañar a su empleador si entiende que así logra que éste cubra los procedimientos diagnósticos o los tratamientos que considera apropiados. Hemos llegado a la instancia de necesitar mentir acerca de la condición del paciente para conseguir que se haga lo que consideramos necesario. Aunque somos más propensos a mentir cuánto más seria es la condición del paciente, no todos los médicos están dispuestos a hacerlo. Esta situación encubre un problema ético de enormes dimensiones que es el que caracterizará, cada vez más, el ámbito en el que desarrollamos nuestra actividad.

El límite de las concesiones

Es cierto que en nuestra actividad siempre hemos debido hacer concesiones. A veces elegimos un camino que no consideramos como el mejor para el caso en cuestión por razones de equidad social o por la necesidad de adherir a esquemas institucionales de atención. Pero en algún momento futuro

estas concesiones dejarán de ser razonables para llegar a comprometer los estándares que hasta ahora ha mantenido la profesión.

Es entonces cuando los valores del mercado habrán pasado a constituir el fundamento del sistema de atención médica. En busca de ganancias para sus accionistas y como estrategia para controlar el costo, las empresas terminarán comprometiendo la atención. Es en este escenario de lealtades conflictivas donde se jugará en el futuro el dilema de la integridad de nuestra profesión. Lo ha expresado acertadamente el cardenal Carlo Maria Martini, arzobispo de Milán, cuando dijo: "No se puede concebir a la sanidad como a un negocio, a la salud como a un producto, al paciente como a un cliente. Hay bienes que, por su propia naturaleza, no se pueden y no se deben vender ni comprar. Resulta necesario volver a proponer la centralidad de la persona humana".

Por todas esas razones, resulta imprescindible hacer ver a los administradores y a las corporaciones que comprendemos la necesidad del lucro pero, al mismo tiempo, hay que mostrarles que sus reglas han cambiado al ingresar en nuestro medio singular. Nuestras leyes son diferentes a las del comercio. No vendemos hamburguesas, estamos dedicados a salvar vidas. Hasta hemos jurado hacerlo y eso es importante, aunque los bancos no acepten pagos en juramentos. La primacía del paciente no puede ser reemplazada por una fidelidad perversa a contadores, a inversores, a burócratas. Por eso, al involucrarse con la salud, los administradores y los líderes de las corporaciones, deben adherir a nuestro mismo juramento. Porque ayudar al prójimo no es sólo nuestra obligación. Es nuestra razón misma de existir.

Desafíos para el futuro

En adelante deberemos responder a una demanda creciente de los pacientes en un contexto de limitación del gasto en salud y de mayor presión para justificar nuestra conducta profesional, que deberá transparentarse cada vez más, lo que tiene aspectos beneficiosos.

Hay que advertir que el renovado interés en el médico generalista o de familia está impulsado por razones económicas, convenientemente disfrazadas de

una nostalgia por la medicina del pasado, idealizada imagen que la gente confusamente comparte.

Sin embargo, el grado creciente de alerta de las personas cada vez mejor educadas, que comienzan a advertir signos del conflicto de la doble lealtad, las está llevando a explorar directamente las opciones disponibles en cada momento. Están surgiendo organizaciones que, una vez que el paciente cuenta con su diagnóstico, se encargan de confeccionarle un informe detallado con todas las alternativas terapéuticas para que, en la próxima entrevista con el médico, pueda interpellarlo acerca de la conducta que propone seguir. Se favorece el escrutinio de la actividad médica en cada paso, al perderse la confianza en la que se sustenta la relación médico-paciente, basada en la convicción de que el médico hará lo más conveniente para su enfermo en cada oportunidad. Esa pérdida de la confianza constituye otro de los rasgos distintivos de la situación actual.

El intento de desarrollar un modelo que se acomode a todos, en el que el acceso a la atención sea controlado por el "médico portero", parece ser un experimento condenado al fracaso. La atención tenderá a ser adecuada a las necesidades del individuo: algunos requerirán un médico de atención primaria, otros un especialista, otros un administrador de la atención coordinando las actividades del generalista y los especialistas.

Pero, independientemente de quién administre el cuidado, éste nunca será completo si el responsable no comprende mejor que ahora los contextos sociales, económicos y ecológicos del paciente. Advertir las barreras psicológicas y personales que lo separan de la atención efectiva, constituye una parte esencial de este tipo de atención. Y es aquí donde adquiere su importancia la transformación imprescindible en la educación del médico.

La educación en el escenario cambiante de la práctica médica

Acabamos de analizar la tendencia contemporánea a considerar a la medicina como a un negocio, a la atención médica como uno más entre los bienes comerciables, a los pacientes como consumidores, como "vidas con cobertura" y a los médicos como proveedores. Esta visión amenaza también a la educación

médica porque cuestiona los valores centrales, los supuestos fundantes de nuestra profesión.

En el contexto descripto, ¿cómo debe ubicarse la educación médica? ¿Debemos formar a los estudiantes para incorporarlos a este sistema? ¿Debemos dotarlos de un bagaje de conocimientos que trasciendan lo específicamente médico para permitirles concebir y proponer modelos alternativos?

En primer lugar, como toda la educación, la de los médicos debería proponerse, sobre todo, formar personas con el suficiente espíritu crítico e imaginación como para encarar soluciones innovadoras a estos problemas que hemos descripto.

Posiblemente sólo mediante una educación general (la "liberal education" de los anglosajones), podrán asentarse firmemente los valores de nuestra profesión, que es una actividad humanista como pocas porque tratamos con personas que nos confían lo único valioso que tienen, su propia vida. Utilizamos herramientas de la ciencia pero lo hacemos al servicio de una acción profundamente humana, la de ayudar al necesitado, rasgo que no debemos dejar de advertir y que debiera guiar el esfuerzo de formación de las nuevas generaciones.

Como afirma James Freedman, es esa educación general la que "familiariza a los estudiantes con los logros culturales del pasado y los prepara para las exigencias de un futuro impredecible. Les proporciona un estándar con el que medir el logro humano. Les brinda la posibilidad de desarrollar empatía hacia el otro y coraje moral. Les ayuda a encontrar su propio camino a través del proceso complejo e incierto que conduce a su maduración intelectual y moral. En el centro de este tipo de educación reside la concepción de lo intelectual como una totalidad".

Precisamente por eso resulta imprescindible que la medicina se enseñe en una universidad. Porque la razón de ser de esa institución social es la de producir aprendizaje y no sólo la de proporcionar instrucción. Es en el ámbito de la universidad donde se educa y no simplemente se entrena a la gente. Al menos así debería ser aunque, en muchos casos, estamos muy lejos de poder cumplir con

tan ambicioso objetivo. Cuando el entrenamiento eclipsa a la educación, no se cumple el fin de la universidad.

Por eso, sin una estrecha relación con una universidad, las escuelas de medicina corren el riesgo de volver a ser lo que eran a comienzos del siglo XIX: escuelas de oficios y los médicos corremos el peligro de dejar de ser "profesionales cultivados", para convertirnos en meros técnicos.

Resulta, pues, altamente inconveniente estrechar el horizonte cultural de nuestros jóvenes a edades tan tempranas, como lo estamos haciendo. A este respecto, decía hace poco el Premio Nobel de Medicina Harold Varmus: "Suponiendo que debo tener respuestas simples para todo, los padres a veces me preguntan si una educación más general es una alternativa adecuada para un estudiante que ya ha decidido encarar una carrera en la biología molecular. Como biólogo molecular que sólo se siente estimulado por la actividad en el laboratorio después de interesarse por la literatura y la medicina clínica, soy un entusiasta de la adolescencia prolongada y de la indecisión vocacional. Hay pocas cosas que valore tanto como la diversidad de mi educación inicial". Interesante reflexión para quienes, a pesar de lo que declamamos, formamos hombres y mujeres cada vez más limitados, cada vez más unidimensionales.

No es casual que muchas grandes universidades del mundo sigan centrando sus programas de formación en la construcción de una sólida base general. Por ejemplo, la Universidad de Columbia en Nueva York, dedica dos semestres a que todos sus alumnos, cualquiera sea la carrera que se propongan encarar, estudien los grandes libros que recogen el pensamiento occidental y las grandes obras de ficción. Un camino que no debiéramos dejar de considerar aunque no resulte sencillo proponerlo en la Argentina donde, irresponsablemente, descuidamos los fundamentos en aras de una especialización precoz y empobrecedora.

Las revoluciones en la atención médica

Pero así como es preciso apostar al futuro a través de la educación general

del médico, también lo es dotarlo de herramientas intelectuales para desenvolverse en el escenario cambiante de la profesión.

Es posible advertir que en la atención médica se están produciendo tres grandes revoluciones, que la signarán en el próximo siglo, y que encierran en si mismas el germen de graves conflictos. En primer lugar, tal como lo hemos analizado anteriormente, se incrementarán los intentos por controlar los costos crecientes de la atención.

Asimismo, algunas de las macrotendencias sociales que describimos, nos están encaminando hacia un estilo de práctica profesional basado en la población. La tradicional relación del médico con su paciente, de uno a uno, está cambiando para pasar a ser de uno a n, incorporándose así sus obligaciones hacia la comunidad. Este modelo está sustentado en la epidemiología, que recibe hoy muy poca atención y escasos fondos. Este enfoque pretende, además, lograr una distribución equilibrada de los recursos, tarea que poco se enseña en las facultades de medicina, y que requiere una atención permanente a las necesidades de quienes no son servidos por el sistema de atención médica.

La apelación a subordinar nuestra relación individual con el paciente a las consideraciones generales, genera serias tensiones. Se trata de un delicado equilibrio que deberán aprender a conservar las futuras generaciones. Estamos exageradamente influidos por los resultados de investigaciones estadísticas, por números no siempre exactos o inocentes. Esta tendencia, que ha tenido beneficios indudables, devalúa un factor esencial de la actividad médica que es el juicio crítico, la experiencia adquirida, la valoración de lo aprendido durante la actividad profesional, elementos que siguen manteniendo el valor de siempre.

Finalmente, las ciencias moleculares, con su enfoque reduccionista de la enfermedad, prometen cambiar por completo la práctica clínica y la industria farmacéutica. Aunque esto puede reflejarse en tratamientos menos invasivos, brutales y deshumanizadores que la actual práctica de la alta tecnología, también pueden ser más costosos.

Sin embargo, la respuesta a la dolencia humana no siempre provendrá de la búsqueda de sus causas genéticas, de la aplicación de un enfoque

reduccionista. Es preciso tener en cuenta los múltiples y complejos determinantes de la enfermedad, lo que debería reflejarse en la formación de nuestros estudiantes. La salud y la enfermedad son procesos muy sutiles y complejos porque abarcan desde las moléculas hasta la comunidad. La necesidad de atender a esa complejidad tiñe a todo el esfuerzo de la educación médica.

¿Colisionan la aproximación científica a la medicina y su esencial función pastoral? Por el contrario. Al desarrollar esquemas más sofisticados de práctica clínica, aún con todos los problemas éticos que plantean, será mayor cada vez la necesidad de tratar a los pacientes como personas. Resulta esencial que, al intentar el imprescindible mejoramiento de las habilidades pastorales, sociales y de comunicación de nuestros futuros médicos, no terminemos por diluir su educación científica como ya lo estamos haciendo en estos momentos en los que prestamos escasa atención a la formación en las ciencias que proporcionan un basamento sólido para la práctica profesional en el futuro. Si no imprimimos precozmente en nuestros estudiantes la convicción de que, crecientemente, las ciencias básicas tendrán una enorme importancia para el desarrollo de su práctica clínica, ellos perderán la capacidad de actuar en la interfase entre los dos mundos que convergen aceleradamente y ni siquiera podrán evaluar críticamente la nueva información.

De allí que el mayor problema de la educación médica actual sea conseguir el equilibrio entre una educación basada en la ciencia y una que introduzca nuevas aproximaciones para formar médicos más atentos al cuidado del otro, a sus necesidades y a las cuestiones sociales. Debemos entender que la actividad de formación médica es una exploración, no sólo del cuerpo del hombre sino también de su alma. No es casual que en algunas universidades del mundo los jóvenes estudiantes de medicina tengan cursos en los que, formalmente, leen grandes novelas porque así como aprenden la intimidad del cuerpo, mediante la frecuentación de la gran literatura, se ejercitan en el conocimiento del alma humana que tiene tanta importancia como el cuerpo que han de tratar.

La situación argentina

Bastan unas pocas palabras para describir el estado de estas cuestiones en la Argentina. La situación actual entre nosotros se resume en una breve frase: una total falta de seriedad.

No conocemos la cantidad de médicos con que cuenta el país, ignoramos lo que hacen y no sabemos cómo están distribuidos. Admitiendo que somos alrededor de 100.000, formando 1.500 por año lograríamos mantenernos en ese nivel, uno de los más altos del mundo en cuanto a la relación médico/habitante. El promedio de graduados anuales, entre 1985 y 1995, fue de alrededor de 3.500 a 4.000. En promedio, entre 1986 y 1996, ingresaron a nuestras facultades 12.500 alumnos por año. En los EE.UU. lo hicieron 16.000, con una población nueve veces mayor. Asistimos a una ola de creación irresponsable de nuevas facultades de medicina en un país que no las necesita, muchas de ellas sin la más mínima garantía de calidad. En 1990 había siete facultades de medicina de gestión estatal y dos de gestión privada. Hoy hay once nuevas facultades en el ámbito privado y una en el estatal. Como muchas de esas instituciones carecen de facilidades hospitalarias, los empobrecidos hospitales públicos "alquilan" sus servicios a quienes los pueden pagar. Algunas de las nuevas escuelas planean convertirse en "megafacultades" extendiéndose a todo el país. Para caracterizar este proceso, hasta se ha acuñado una expresión: "extensión áulica". Los profesores, en su mayoría provenientes de las facultades de gestión pública, se están convirtiendo en "docentes taxis", al igual que sus colegas de la enseñanza media. Finalmente, no resulta posible que todos nuestros graduados accedan a una buena capacitación de posgrado.

Debemos admitir que el tema de la formación profesional carece entre nosotros de toda relevancia social. De tenerla, no veríamos la capacidad de nuestras facultades desbordada más allá de toda posible lógica de funcionamiento, la tarea docente no sería retribuida sólo nominalmente como lo es, la investigación científica no sería ignorada o, peor aun, despreciada. Así podríamos seguir identificando los males que nos afectan, entre los que cabe

destacar el crónico desinterés del Estado por ejercer sus funciones de control y garante de la calidad y la equidad en este ámbito.

El problema más serio tal vez sea el que, encaramados a esta pretendida ola modernizadora, asimilamos rápidamente a medias lo que los vientos nos traen de otras partes. En esta especie de "yuppismo a la criolla", nos quedamos con las palabras - la excelencia, por ejemplo - creyendo que basta con enunciarlas para apresar su sustancia. Es frecuente escuchar describir intentos de renovación de la enseñanza en nuestras escuelas de medicina que no contemplan la necesidad de contar con los recursos ni materiales ni humanos que permitan encararlos.

La misión permanente del maestro

De todos modos, aun en tiempos duros como éstos, las organizaciones de enseñanza no pueden dejar de preocuparse por cuidar al semejante. Siguen siendo símbolos de moralidad social y si dejan de atender a las necesidades de los demás, también lo hará la sociedad con consecuencias impredecibles.

Debemos seguir el camino que comenzó con los hospitales docentes y que nos conduce a los complejos sistemas docentes, que comenzó en las instituciones y que terminará en las comunidades, que comenzó concentrado en lo agudo y terminará ocupándose de todo el espectro de la atención de la salud.

Este camino se inició con los maestros y aún es hecho por el andar de los maestros. No importa cuánto cambie el resto, al final siempre nos encontraremos con los maestros. E independientemente de la tecnología que logremos introducir en la educación, la que realmente importa seguirá pasando por el contacto con las personas. No debemos dejarnos influir tan fácilmente por las corrientes renovadoras que nos prometen resolver todos nuestros problemas con la tecnología. No los resolverá para todos. No son pocos quienes piensan que, en el futuro, los maestros quedarán para quienes puedan pagarlos mientras que el resto será educado en masa por métodos electrónicos. Muchos procesos de modernización nos pueden conducir al descenso en la calidad de la enseñanza y lo que es peor, a un desprestigio de la figura del docente, que es quien representa el valor social del conocimiento. Al desvalorizar su tarea, mostramos a las jóvenes

generaciones que lo que ellos hacen no nos interesa. Lo que enseñan, a quienes enseñan y el dónde y el cómo enseñan, continuarán cambiando. Pero lo que no debería cambiar es lo que esa enseñanza significa para la sociedad.

Por eso es tan importante educar, más que entrenar, al futuro médico, para que al menos conserve el núcleo de convicciones que han distinguido a nuestra profesión, hoy tan gravemente amenazada. Convicciones que nos han llegado prácticamente intactas desde la época de Hipócrates, como se advierte en el Juramento Hipocrático, uno de los más bellos documentos que ha producido la ética humana. Esa línea sigue inmutable, porque hoy los médicos seguimos haciendo lo mismo. Aunque utilicemos técnicas muy distintas a las de entonces, no debemos perder de vista la esencia de nuestra misión

Decía hace poco el experto en administración, Peter Drucker: "Cada tanto en la historia occidental se cruza una frontera. En unas pocas décadas la sociedad se reestructura a sí misma, cambian su visión del mundo, sus valores básicos, su estructura política y social, su arte, sus instituciones fundamentales. Estamos atravesando una de esas transformaciones".

Esto resulta evidente. Pero como médicos y educadores, al decir de una expresión muy difundida, estoy seguro que, si bien "no podemos dirigir el viento que sopla en torno a nosotros podemos, al menos, ajustar las velas".

* Conferencia pronunciada con motivo de su incorporación como Académico Correspondiente Nacional de la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba.