

*Discurso pronunciado en la Universidad Nacional de Córdoba por el Profesor Emérito de la Universidad Nacional de Córdoba Dr .Alfredo Martínez Marull, Académico Correspondiente Miembro Honorario Nacional de la Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires y ex Decano de la Facultad de Ciencias Médicas.*

## **ANÁLISIS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA ARGENTINA**

### **¿ESTAMOS FORMANDO BUENOS MÉDICOS?**

Agradezco al Sr Decano la distinción y el honor de haberme invitado a ser el orador en esta reunión tan cara y memorable del 133 aniversario de nuestra Facultad.

Hablar con claridad es tan bueno como hablar con la verdad decía Gregorio Marañón y por ello debemos tener actitudes veraces al ejercer la capacidad de informar ante quienes deben decidir.

Sinceramente espero que este mensaje sea tomado sin más pretensión que la de especular razonando las realidades de la medicina, el medico y su ejercicio. Por cierto estas observaciones apuntan a una mayoría nacional y mundial dado que, a esos niveles se está reflejando las críticas por la mala calidad de la atención, los errores médicos y el incremento desmedido de la demanda legal sospechada como la “industria” del Juicio de Mala Práctica.

Por ello, cabe preguntarse ¿si la medicina evoluciona hacia la perfección diagnóstica-terapéutica cómo interpretar tantas quejas y juicios por mala práctica? Desde luego, algo anda mal en la medicina y su ejercicio.

Esa insatisfacción, reflejada como realidad en la prensa, podría relacionarse a un sensacionalismo pero cuando la información se publica en una de las mas prestigiosas revistas de medicina como es el JAMA donde, la Dra. Bárbara Starfield de la Escuela de Higiene y Salud Pública del John Hopkins sostiene que los errores médicos son la 3ª causa de muerte al año en EEUU (250.000) y las discrimina, no es para quedarse tranquilo; por el contrario obliga a pensar en nosotros, en el aquí y ahora; pero si a ello adicionáramos el “gasto en saluden el país comprobaríamos cifras tan elevadas como preocupantes dado que es la pluma del médico y de las Instituciones médicas quienes lo indican y por ello considero que este análisis debe enfocarse desde la eventual responsabilidad de las Instituciones que forman y gradúan al medico.

Lo importante es que nadie se ofenda ni se sienta menoscabado porque de lo que se trata es hacer un análisis sincero sin mas especulación que la de encontrar caminos para corregir eventuales insuficiencias de nuestro sistema de educación médica.

El programa nacional de educación médica nacional definido por la AFACIMERA(Asociación Facultades de Medicina de la Republica Argentina) considera que ese médico debe poder resolver las: Emergencias (saber reanimar un accidentado o enfermo) Urgencias (atención inicial de todas las especialidades) y satisfacer la Atención Primaria de la Salud, el nivel inicial básico de un policlínico o Dispensario. La pregunta entonces debería ser ¿estamos cumplimentando ese plan? ¿Cuantos médicos se necesitan?

Ahora bien, si la relación medico/ habitante ideal es de 1/700 y en la Argentina es de 1/250, y se gradúan alrededor de 4.500 a 5.000 médicos al año ¿Sobran médicos o están mal distribuidos? Sin embargo, con ironía podría decirse lo que sobra títulos de médico pero faltan médicos competentes. Entonces cabe preguntarse ¿todos los graduados logran ser competentes?

Ciertamente la educación médica es más efectiva, cuando el estudiante tiene buena formación previa y adquiere conocimientos por sus propios medios y si bien las conferencias y las clases magistrales son enseñanzas pasivas

siguen siendo los medios de información más concretos para las tareas. Antes, había que adquirir conocimientos y técnicas. Hoy, significa medios para lograr una información cambiante.

La experiencia no es lo que le pasa al hombre sino lo que ese hombre hace con lo que le pasa; decía Aldous Huxley. Por lo tanto lo importante es poner término a la improvisación, calar profundo en la raíces de un problema que involucra a todos los niveles educativos y unir decisión y capacidad para la graduación uniforme solución; el reto que varias Facultades se están debiendo.

Sin dudas cabe preguntarse ¿no estaremos pretendiendo volver al pasado de aquella medicina romántica cuando hoy está tan plasmada de perfeccionamientos?

Sólo el análisis veraz podrá mostrar la realidad de una profesión que, más allá de los fantásticos adelantos tecnológicos está sembrada, de un lado, con dudas sobre su eficacia y eficiencia frente a costos, fracasos y reclamos y del otro, un médico vituperado y sacudido por juicios de mala práctica. Una difícil encrucijada a corregir para lograr el objetivo que se plantea.

Basta recordar que desde estudiar medicina con textos se llegó al apunte, que tiempo para estudiar, aprender y desarrollar el juicio clínico es pobre o no existe y además la relación docente alumno esta totalmente rebasada y traba la verdadera enseñanza.

Sin embargo frente a la evolución de la medicina, su perfeccionamiento diagnóstico tecnológico, las maravillas terapéuticas, la cirugía mini invasiva, solo cabe admirar el vertiginoso desarrollo en especial de los últimos 25 años donde todo es tan cambiante, que entramos en la incertidumbre de lo que no se sabe y debe saberse, en los tiempos de “desaprender y aprender de nuevo..Es la experiencia “adaptativa”, resolver rápido, con decisiones de escaso control, ese dilema entre hacer y no hacer, sabiendo que, el que innova constantemente, corre el riesgo de no desarrollar la eficiencia pero el que la desarrolla, corre el peligro de quedarse en la rutina y no avanzar.

Pero, si además perdemos el sentido antropológico y humano de la medicina, la esencia de ayudar a vivir aun hasta el extremo del morir, entramos en una grave carencia de principios profesionales que solo se corrigen desde y con la educación médica sostenida. Varias causas pueden invocarse pero tienen perfil neto, la insuficiente formación médica integral, moral y cultural y las crecientes fallas éticas y de la dignidad médica.

Desde luego, no se está cuestionando el progreso sino la forma de utilizarlo dado que, como ciencia se avanzó en proporciones incalculables, pero como profesión parece haber caído en un inconcebible profesionalismo. Hoy maneja la vida y la muerte, es la razón de un necesario equilibrio entre riesgo del fracaso por error y la garantía de una acción médica bien calculada.

Recordemos simplemente que, salvo las excepciones que siempre existen, la consulta masificada, implica que ese “profesional de la salud” ve, en vez de mirar y examinar, medica síntomas y apoya su diagnóstico con tecnología cara y abusiva, sin lograr un juicio clínico razonado y adecuado.

Pensar, no es tarea fácil, pero sigue siendo el único medio de evitar el error insensato y además, no se puede negar, el sistema, condiciona al médico obligado a aceptarlo con retribuciones que atentan la dignidad profesional y estimula el proletariado de la medicina.

Para Lain Entralgo lo que no debe cambiar en medicina es la Voluntad de Ayuda integrada con tres principios: empírico, racional y creencial. Empírico (saber hacer algo). Racional (saber que es lo que se hace) Creencial (creer en lo que se hace).

Reitero, son cambios profundos y filosóficos de la educación médica de grado y de postgrado pero reconociendo los cambios generacionales centrados en valorar más la familia, la vida extra profesional y las especialidades cortas y más lucrativas.

Sin embargo, el enfermo siempre espera de su médico lo mejor, la curación rápida, poco cruenta y desde luego económica pero, también ser escuchado y entendido en su preocupación, a veces una angustia, demandante del verdadero acto médico con tiempo para dedicar y conocimiento para aplicar. “Dolor que no habla, gime en el corazón hasta que lo rompe” decía William Shakespeare.

Estas son algunas de las consideraciones y objetivos de la educación médica que el Instituto Internacional de Educación (I.I.E.M) de New York desde 1999 planifica integrada de siete competencias: 1º Valores profesionales, actitudes y ética. 2º Bases científicas de la medicina. 3º Habilidades clínicas. 4º Habilidades comunicacionales y relacionales. 5º Salud Pública y Sistemas sanitarios 6º Gestión de la Información 7º Desarrollo del pensamiento crítico, aprender a pensar y estimular la investigación. Son las competencias del llamado “Médico Global” para un mundo de distancias acortadas y sin diferencias raciales más allá de las idiomáticas...

Estamos hablando de un médico con conocimientos de medicina interna, pequeña cirugía, pediatría obstetricia elemental y conocimiento de la patología regional base del médico rural aquel que lleva su medicina hasta la última tapera dando ejemplo de dignidad y de apostolado médico. Sin embargo la actual encrucijada moral del médico es ser dependiente de intereses extraprofesionales o serlo del paciente. Por eso vale destacar que la encuesta que el Hastings Center de Bioética realizó en 14 países sobre que “Esperan de su Médico” lo define como **Altruista y Respetuoso-Erudito y Competente**.

El ingreso limitado a la real capacidad de la Facultad, aquel llamado “tamaño pedagógico lógico” por Adelmo Montenegro no debiera ser discriminatorio sino garante de buen cursado y de graduar un buen profesional, tema de trascendente responsabilidad cuando, el diploma con las firmas del Rector y el Decano implica una idoneidad, basada, a veces, en evaluaciones insuficientes toda vez que se examinan y califican conocimientos en vez de competencias, la clave central de esa idoneidad

Se trata de un planteo más profundo, enmarcado en un ingreso restringido y evaluación asegurada o el ingreso irrestricto con egreso restringido, ambos, bajo el responsable criterio de garantizar calidad de formación, la consideración central de la temática que estamos analizando.

De todas formas, se debe aceptar que, en algunas Facultades, con ingreso restringido el resultado es similar, es decir deficiencias no detectadas que además del ingreso armónico a su capacidad pedagógica, demanda docentes competentes, con plena dedicación al alumno y bien retribuidos para exigir el contralor de un cursado que al alumno le demanda tiempo para estudiar, pensar y razonar y a él la responsable evaluación de competencias pertinentes.

Saber lo que se hace, es sabiduría. Saber como hacerlo, es inteligencia. Hacerlo y bien es competencia. Ciertamente saber hacer es mucho más que como hacer. No es lo mismo construir un violín que saber tocarlo decía Louis Pasteur.

Por otro lado, de un plan de 7 años se redujo a 6 y materias de 2 o 3 años de cursados escalonados se redujeron a un año o a semanas de dictados condicionados. Es decir, desde un plan muy extendido hacia uno demasiado corto y con evaluaciones casi mensuales sobre programas distintos y con tribunales desmembrados dada la masividad de alumnos.

Lo importante es la práctica del alumno con enfermos, mirar y saber escuchar, entender el dolor y la angustia pero además, por respeto y razones humanitarias, es imprescindible contar con equipos de simulación para aprender y reiterar ciertas prácticas como punciones vasculares, examen ginecológico y o proctológico que, dada su condición de indigencia la sufren los enfermos de hospitales públicos.

Además es fundamental que el docente de los ciclos básico y clínico sea joven, tenga dedicación full-time, título bloqueado para seis horas docentes continuadas y desde luego bien remunerado. Ello permitirá que, aquella enseñanza basada en eliminar la ignorancia, se oriente más a conocer lo que no se sabe y saber buscar respuestas, “pensando y razonando” para entender al que sufre. Nada de esto está en los libros y si existiera no serian vivencias sino simplemente lectura! Solo la práctica y el error les darán experiencia, esa condición que Alberto Agrest, define como un tesoro de errores donde sabio es aquel que tiene la valentía de reconocerlos y la inteligencia de utilizarlos”

Por lo habitual, se está más inclinado a organizar contenidos y metodología didáctica que en definir las competencias olvidándonos que la idoneidad médica se centra en el manejo y enseñanza de las competencias médicas, la capacidad de saber usar el conocimiento y eso, reitero, solo se aprende estudiando, imitando, razonando y ejercitando.

Diversas publicaciones señalan que algunas de nuestras Facultades de Medicina, tienen planes de estudio rígidos, exceso de contenidos y un cursado con tiempo limitado para estudiar, pensar y razonar y clases teóricas y prácticas con mucha aula, poca sala, poco terreno y ciertamente con un alumno pasivo.

Habitualmente y más allá del diagnóstico académico de Acreditación de la CONEAU, existen dos ciclos no bien integrados dada la separación entre enseñanza, asistencia e investigación. Pareciera haber dos Facultades: una, de Ciencias Básicas hasta el 3er. Año y otra, de Ciencias Clínicas desde el 4to. Año.

De todas formas, lo importante es que el alumno comprenda **para que aprende lo que aprende**, es la responsabilidad docente de ayudar a aprender y de evaluar conocimientos y competencias, una modalidad más integrada en la enseñanza por “resolución de problemas y o de tareas (A.B.P.yA.B.T)., el conocimiento aplicado: **un saber integrado con un saber hacer**.

Hay una “suerte de frustración docente” cuando se dice **algo anda mal**, que se enseñan nuevos contenidos sin reemplazar los viejos, distribución de materias y sobrecargas horarias incumplidas, cambios por nuevas metodologías o el erróneo de libertad académica, aquello de “en mi cátedra se hace lo que yo digo” realidad que no se condice con el respeto y acatamiento a las normas estatutarias de la Facultad. o de la Universidad. No obstante, aun en la estrategia curricular clásica la planificación de los Estándares de Evaluación y Acreditación de la CONEAU demanda una integración de conocimientos y materias, tema incumplido por varias razones, entre ellas, la falta de diferenciación de objetivos de la educación de grado y postgrado médico.

Casi se podría enmarcar toda la temática con el pensamiento de uno de grandes de la medicina mundial, Sir William Osler: “Estudiar medicina sin libros, es como navegar sin mapas ni compás en un mar desconocido, pero estudiar medicina sin enfermos es como ni siquiera estar embarcado”.

Por ello es pertinente, antes de analizar propuestas sobre cambios docentes y contenidos curriculares, hacer un desapasionado análisis sobre el cuerpo docente pero de frente a la realidad de las derivaciones que esos cambios producirían.

Recordemos que, el ingreso a la carrera docente, las etapas de formación y el título que se obtiene termina colisionando con concursos limitados y discontinuos para acceder a una jerarquía estable pero de escasa y o digna retribución lo que, necesariamente, lleva a la diversificación de tareas por compensación económica. Además, habitualmente se accede a una Cátedra de Grado en la 5ª 6ª década de la vida, edad que presupone un capital de experiencia profesional y docente puestas a disposición de un alumno que debe aprender y aprobar conocimientos limitados configurándose así una suerte de malversación de “fondos científicos” que obviamente debieran brindarse al postgrado.

Por ello, vale especular lo contrario, es decir, acceso precoz a la docencia de grado, antes de los 40 años, en la plenitud física y con el tiempo para atender, guiar, ayudar y evaluar al alumno sobre conocimientos y competencias, la más trascendente responsabilidad docente: **enseñar bien y evaluar mejor..**

Me parece válido plantear una propuesta pragmática, centrada en el valor del objetivo que se persigue con ese cambio. En efecto, nuestra Facultad, siempre atendió, simultáneamente el Grado y el Postgrado con el personal docente y no docente de sus Cátedras e Institutos, una realidad difícil de sostener en la actualidad. Sólo basta recordar los exámenes mensuales, obviamente masificados, que obligan a la dispersión del tribunal y el agravante que, salvo excepciones, no se evalúan competencias sino solo conocimientos.

Por otro lado, la educación médica de postgrado (Residencias Médicas, Educación Médica Continua, Carrera Docente, Doctorado, Maestrías, Carreras de Especialización), **representan un enorme objetivo, una trascendente misión y la necesidad de medios y recursos docentes calificados y en cantidad adecuada, situación que esta lejos de la realidad actual.**

Pero, si la relación docente-alumno, se consolida mejor dado un ingreso centrado a la capacidad pedagógica de la Facultad, entonces de acuerdo a esta especulación se diferencian claramente una docencia de grado y otra de postgrado y por ello cabría aceptar la nominación de **Profesores de Grado y de Profesores de Postgrado desde luego ambos bajo el régimen del concurso de oposición.**

Resulta asombroso señalar que, nuestra Facultad atiende las necesidades de una planta de 5 o 6 mil alumnos con todo su Staff docente y no docente pero, cuando se relaciona el tema al posgrado, el potencial de “profesionales alumnos” supera toda imaginación dada la diversidad de Especialidades, Doctorados y Maestrías. Sin embargo, dicha actividad no tiene planta docente estable, no hay cátedras ni profesores, salvo la natural buena voluntad de los docentes activos y jubilados del grado.

. Por otro lado, si bien la Coneau por medio de mecanismos de autoevaluación y evaluación acredita profesiones de riesgo para el usuario, como la Medicina y que si bien hace tiempo agregó la evaluación con el ACCEDE (análisis de contenidos y competencias de estudiantes) test escrito tomado a un conjunto de alumnos como muestreo para evaluar conocimientos y comportamientos del futuro médico, sin embargo ello difiere totalmente de verlo examinar un paciente para verlo razonar ( el script.) frente a una consulta, donde se pueden analizar habilidades relacionales, comunicacionales y fundamentalmente la capacidad de razonar frente al paciente, la clave del buen médico. EL ACCEDE, sólo evalúa la base de la Pirámide de Miller, el **Saber y Saber Como** pero no analiza el **Demostrar Como y el Hacer**, la acción frente al paciente, lo primordial de la Pirámide de Miller.

**Desde luego es esencial que la Universidad en su misión de Formar al Hombre, genere espacios para el análisis y la producción de ideas sobre estas responsabilidades. Todo implica un serio debate de la responsabilidad profesional. Sin dedicación para enseñar y tiempo para estudiar es problemático graduar un profesional competente y acorde al perfil del médico generalista planteado para el país.**

Es el tema que, los Sres. Decanos reunidos en AFACIMERA durante la semana Centenario de Mayo, enfatizaron como la necesidad imprescindible, la adecuada relación alumno-docente-paciente para optimizar la enseñanza dado que la masividad es atentatoria de la excelencia académica.

No obstante, como los idealistas del pasado debemos seguir creyendo que la educación de los pueblos es la base del crecimiento moral y material de una Nación. Volver a los tiempos donde, la esperanza se amasaba con esfuerzo, trabajo, respeto y justicia, reconociendo a la familia y la escuela como la base social más trascendente del desarrollo de un país. Es fundamental que el alumno aprenda a disentir y discutir ideas en un marco de respeto a los demás y siempre con argumentos vividos desde una verdad que no siempre es absoluta.

Es en este marco, donde quiero rescatar el valor de nuestra Facultad cuya historia nos llena de orgullo dado el prestigio de sus graduados y su cuerpo docente, aquellos maestros de maestros, que han perdurado en esa tesonera realidad histórica del hacer más con menos. Por ello, por encima de la crudeza de la realidad planteada, valoro a este docente que, sólo o a veces incomprendido sigue ejerciéndola dando batallas para defender el orgullo y honor de nuestra querida Facultad de Ciencias Médica de Córdoba.

Muchas Gracias