

LEONARDO STREJILEVICH

**POLÍTICA EDUCATIVA EN EL ÁREA
DE LA SALUD EN LA ARGENTINA DEL
SIGLO XXI**

Salta (Argentina) 2013

“Ars longa, vita brevis”

"El arte (la ciencia) es duradero, pero la vida es breve"

Séneca, *De brevitate vitae*

El original de esta frase es griego, obra del padre de la medicina Hipócrates (Aforismos, I, 1): Ὁ βίος βραχύς, ἢ δὲ τέχνη μακρῆ, ὁ δὲ καιρὸς ὀξύς, ἢ δὲ πείρα σφαλερῆ, ἢ δὲ κρίσις χαλεπή

Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experimentum periculosum, iudicium difficile

"La vida es breve, el arte, largo; la ocasión, fugaz; la experiencia, confusa; el juicio, difícil."

Bajo el título “Política Educativa en el área de la salud en la Argentina del siglo XXI” queremos aportar por medio de este compilado que reúne ocho entregas sucesivas ya publicadas en este año de 2013 en varios medios, diversas miradas acerca del acontecer de la formación de recursos humanos para la salud en nuestro país y motivar opiniones reflexivas y críticas acerca de los numerosos problemas que potencialmente encierran algunas iniciativas, falencias, inmovilismo en este sentido a partir de las instituciones de educación terciaria y superior en ciencias de la salud.

INTRODUCCIÓN

No hay ninguna duda acerca de la veracidad de que la Argentina exhibe una de las mayores proporciones de médicos por habitante del mundo. De acuerdo con el estándar de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las únicas provincias argentinas con déficit de profesionales médicos son Formosa y Tierra del Fuego. En 1998 teníamos 108.000 médicos, un 22,5% más que en 1992. El promedio anual de egresados entre 1986 y 1996 fue de 12.000 médicos en un país 10 veces menos poblado que los Estados Unidos, donde se forman 16.000 profesionales por año. Frente a los números considerados mundialmente como óptimos (750 a 1000 habitantes por médico), en ciudades como La Plata alcanza a menos de 100 habitantes por médico.

Más grave aún es la formación inadecuada de los egresados, como consecuencia inevitable de la superpoblación universitaria, a la que se agrega un cuerpo docente desmotivado por razones económicas y carencias de medios de enseñanza, y seleccionado en muchos casos con criterios que poco tienen que ver con su capacidad para la docencia. Y con respecto al excesivo número de estudiantes –como surge de los datos aportados por las facultades estatales y privadas que existen en el país- podemos dar como ejemplo que en la ciudad de Ottawa (Canadá) con un millón de habitantes solo ingresan 75 alumnos a la Facultad de Medicina. Calculados para una ciudad como Rosario, por dar un ejemplo, 75 educandos ingresarían cada año a las facultades locales. Seamos generosos y dupliquemos las cifras para abarcar toda la provincia de Santa Fe: serían 150 alumnos nuevos por año los ingresantes.

En la mayoría de los países desarrollados existe una rigurosa selección de los alumnos que aspiran a entrar en la carrera de Medicina. Esta selección comienza en la escuela secundaria, ya que es muy difícil que alumnos con un promedio inferior al 80% puedan ingresar a una carrera de ciencias. El segundo filtro consiste en una licenciatura de Ciencias que dura 3 o 4 años. Aquel postulante que no obtenga un promedio del 90% en esta licenciatura no podrá ingresar en Medicina. Los candidatos que superen estas barreras deberán aprobar la evaluación de un comité universitario. Finalmente, quienes reúnan un determinado puntaje son sometidos a una entrevista personal con el comité. Es pertinente aclarar que hay un número fijo de plazas porque el Departamento de

Colegios y Universidades y el Colegio Médico de cada provincia determina las necesidades en términos del número de médicos existente. Lo mismo ocurrirá cuando el estudiante llegue al nivel del Residente.

En Argentina, en cambio, la superpoblación estudiantil genera costos muy altos, despilfarros de recursos y facilita, generalmente por motivos políticos y de demagogia, el mantenimiento de una burocracia administrativa, de una pléyade de tecnócratas y gastos en consecuencia innecesarios.

La formación inadecuada al egreso encuentra un serio escollo adicional en la formación de post-grado. Sólo el 30% de los graduados argentinos pueden acceder a las Residencias Médicas, único método apto que permite la transición del egresado al médico general o al especializado. La mayoría de nuestros jóvenes profesionales, víctimas de un ineficiente sistema autopetruado, deberá lanzarse al ruedo como pueda y con grandes limitaciones de formación, con los consecuentes riesgos para los pacientes. Es muy perverso permitir el ingreso a las facultades de Medicina de un número excesivo de alumnos que una vez egresados se encontrarán invariablemente imposibilitados de desarrollarse humana y técnicamente.

Esta realidad está reflejando la elección académica errónea de muchos de nuestros jóvenes que no podrán insertarse en el mundo laboral y económico de la Argentina.

No se está pensando, por ejemplo, que gran parte del peso económico de nuestra canasta exportadora está determinada por la producción de agroalimentos y que se necesitan más técnicos e ingenieros agrónomos para optimizar la producción con genética sana, calidad y alto rinde con protección del medio ambiente, utilizar cada vez mejores máquinas eficientes, comercializar la producción en las mejores condiciones posibles. Por suerte, aumentó la cantidad de alumnos estudiando carreras agropecuarias (en 1999 cursaron 23.000 alumnos y más de 37.000 en 2010 – crecimiento del 60% o 5,54% anual promedio-).

El Ministerio de Educación de la Nación relevó en el año 2010 la cantidad de 37.309 estudiantes de ciencias agropecuarias y 208.937 estudiantes de derecho; ese mismo año se volcaron al mercado laboral 1.695 nuevos profesionales agrónomos y 14.034 abogados. Las ciencias sociales, la psicología, las ciencias de la comunicación y ahora

las ciencias políticas son especialmente atractivas para los jóvenes de la Argentina pero no tienen el potencial laboral de otras disciplinas. Los egresados de los colegios secundarios parecen no tener interés en la forestación de la tierra, la tecnología de alimentos, la biotecnología, la bioquímica, la ingeniería química, la agronomía, la medicina veterinaria, que en la Argentina tienen y tendrán un potencial brillante. Hay que definir con urgencia desde la política que perfil queremos para nuestro país en los próximos veinte años y más y alentar, promover, sostener desde el sector público y el privado el estudio y la capacitación en otras áreas del conocimiento que no sean las tradicionales “profesiones liberales”.

Estamos, entre otras cosas, inmersos en una economía global basada en el conocimiento, en la que la ciencia y la ingeniería determinan cada vez más la riqueza de las naciones.

Muchos científicos latinoamericanos, individualmente, sobresalen en las principales universidades del mundo pero pocos en nuestro país. Estamos aún muy lejos para formar parte de la vanguardia científica mundial.

Hay que llamar a invertir más y mejor en la investigación científica que más le convenga a nuestro país.

Esta es la realidad y debemos acordar que deben egresar de nuestras Escuelas médicas profesionales competentes desde los puntos de vista teórico y práctico. Pero esto exige que previamente el Estado determine, a través de una cuidada planificación, cuáles son las reales necesidades de médicos y qué tipo de médicos el país necesita. En la actualidad se estima que sólo un 20-25% son médicos generales y un 75-80% son especialistas, cuando debería ser a la inversa.

En casi todos los países hay sistemas de regulación. En México, el Gobierno establece cuántos médicos se deben formar, cuántos especialistas, cuántas Escuelas de Medicina se deben habilitar. En los Estados Unidos se manejan con parámetros diferentes, relacionados indirectamente con el estándar, pero el tema de los recursos es fundamental: si los recursos no son suficientes, se autoriza a la Escuela a tener un número determinado de alumnos. En Holanda es el Estado quien financia a la

Universidad, y por lo tanto, es el Ministerio de Salud quien determina cuántos alumnos deben ingresar a la Carrera de Medicina.

Los médicos son – junto a los enfermos – actores principales de todo sistema de salud. Por su individualismo y por la sobreoferta es que carecen de poder de decisión. Los administradores y tecnócratas pueden organizar la burocracia médica, pero en la mayoría de los casos son teóricos de escritorio aunque usufructúan del sistema. Los economistas podrán asesorar sobre la factibilidad económica de un proyecto o sobre sus mecanismos rentables. Pero la calidad de la asistencia depende de los médicos, de su capacidad y conocimientos, de su voluntad de hacer, de sus condiciones éticas y de los medios que se le proporcionen. Es una cadena de eslabones sin espacio para la irresponsabilidad, la ligereza, la ignorancia o la ceguera conceptual. El rol de las organizaciones médicas deberá ser asumido en su integridad.

Los temas de la superpoblación universitaria en Medicina, el exceso de médicos, o las deficiencias formativas de pre y postgrado no parecen interesar a la Argentina de hoy, a los responsables de la educación universitaria, a los responsables de las asociaciones profesionales. Los problemas de seguridad, desempleo, la memoria del tiempo pasado, han sido y son motivos casi excluyentes de análisis, cuestionamientos y críticas. No ocurre lo mismo con los temas vinculados a la salud. Tal vez sea algo que no se discute porque muchos temen ser considerados como impopulares o enemigos del pueblo. Recordemos lo que le ocurrió a René Favaloro cuando alguna vez sugirió el cierre transitorio de los centros universitarios de formación médica y al exministro de Salud Pública de la Nación Ginés González García cuando dijo que la Argentina no necesita más médicos sino mejores médicos. Se debe recordar que el derecho de uno termina cuando empieza el derecho de los otros, y que el derecho individual debe coexistir armónicamente con el derecho selectivo de la sociedad. Esto se ha olvidado en nuestro país, como también se ha olvidado el respeto a la opinión ajena (Dr. Juan Carlos Linares Casas. Ex Presidente Federación Argentina de Cardiología).

Hay mala distribución de médicos en Argentina. La cantidad de médicos es excesiva y su distribución es peor ya que la mayor parte de los 200 mil profesionales de la salud que hay en el país está concentrada en grandes metrópolis, mientras que en el interior hay escasez de facultativos. La Argentina es el segundo país con más médicos por habitante, detrás de Italia, al contar con un médico cada 200 personas. Pero mientras en

la Capital ejerce un médico cada 30 habitantes, la provincia de Chaco tiene apenas uno cada 1.000 personas, y además con una situación epidemiológica más complicada. Pese a la abundancia de profesionales en muchos centros asistenciales porteños y bonaerenses puede llevar varios meses de espera obtener un turno con un especialista.

La Argentina –con 40.117.096 habitantes según el Censo 2010– es el segundo país, como dijimos, con más médicos por habitante, detrás de Italia, cuya proporción es un médico cada 200 personas. La distribución desapareja en favor de los conglomerados urbanos también se advierte en materia de tecnología de avanzada.

Se observa, asimismo, un proceso de feminización profesional: datos del último censo (2001) ya indicaban que los varones eran el 61 por ciento del total de los médicos del país, pero, analizado por edad, estos porcentajes varían de manera rotunda: entre los profesionales mayores de 65 años, el 80 por ciento eran hombres, y entre los de 20 a 29 años el 59 por ciento mujeres.

Desde entonces, la incorporación de la mujer continuó aumentando. Hoy, más del 80 por ciento de los estudiantes de medicina son mujeres, que predominan en pediatría, dermatología o tocoginecología, y se desempeñan cada vez más en especialidades tradicionalmente masculinas como la cirugía o la traumatología.

La medicina es la disciplina con mayor cantidad de profesionales matriculados, seguida por el derecho, con 148.306; las ciencias económicas con 105.987; la psicología, 63.804 y la odontología, 53.011. Así, los médicos representan el 23,26 por ciento del total, seguido por los abogados (17,28) y los profesionales de las ciencias económicas (12,35), según proyecciones del INDEC. La provincia de Buenos Aires, con su populoso conurbano, es uno de los distritos que más padece la problemática de la falta de médicos, sobre todo especialistas.

En el distrito más poblado del país hay apenas un médico cada 514 habitantes y en Misiones uno cada 800. El ranking sigue con Santiago del Estero, 670; Chaco, 600; San Juan, 580; Corrientes, 535; y La Rioja 530.

Gran parte de los médicos que se recibe no encuentra siquiera lugar para hacer la residencia, sobre todo en algunas especialidades, lo cual supone un problema de planificación educativa para las universidades. En la Ciudad de Buenos Aires se postulan anualmente unos 7.000 médicos que buscan acceder a una residencia, pero las vacantes son escasas y muchos no logran insertarse en el sistema sanitario, al menos de inmediato, y deben esperar incluso años para lograrlo.

En la Argentina hay un enfermero cada 480 habitantes. Tenemos muchos médicos matriculados, pero carecemos de la cantidad necesaria de enfermeras.

Se estima que cuatro de cada diez egresados de las carreras de medicina no logra hacer la residencia (formación de posgrado) y hay áreas médicas críticas no cubiertas. En el concierto internacional, Argentina sólo es superada por Italia (180 habitantes por médico), y aventaja a España (240), Alemania (290), Francia (330), EE.UU. (360), Canadá (440), Japón (520) y Reino Unido (600).

Hace tiempo que el número de profesionales médicos crece a una tasa anual mayor que la población.

La Academia Nacional de Medicina reveló que sólo 2.300 de los 4.000 médicos que se reciben por año en el país logran hacer la residencia, el resto se queda sin esa posibilidad.

Según cifras confiables en la Argentina hay 75 mil estudiantes de medicina y cada año se reciben más de 4 mil. A la vez, 14 mil alumnos se inscriben en alguna de las 24 universidades que dictan la carrera, de las que las diez que pertenecen al Estado concentran el 87,5 por ciento del alumnado.

Reiteramos que en la Argentina existen al menos el doble de médicos de los que se necesitan y sólo el 38 por ciento de las enfermeras requeridas.

El promedio argentino de un médico cada 200 personas más que cuadruplica al de Chile, donde hay un médico cada 900, y al de Brasil, que cuenta con uno cada 780. Mientras la tasa de crecimiento de la población crece a un ritmo de un 1,5% anual, la de médicos recibidos lo hace a un 5% en el mismo período. Esto lleva a que, en la Argentina, desarrollen sus tareas cerca de 200 mil profesionales de la medicina.

La eficiencia en el control de los costos y de la calidad en la atención de la salud y la enfermedad no debe basarse en soluciones simplistas cuya variable de ajuste sean los ingresos de los profesionales o la limitación de los servicios para los usuarios, sino el mejoramiento de los mecanismos de autogestión entre ambos, tendientes a consolidar la eficiencia del sistema.

La paridad aceptada es de tres enfermeros por cada médico que estableció la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como meta del milenio para 2015.

Los trabajadores de enfermería en instituciones públicas alcanzan los 65.806. Un 7% son licenciados de carreras universitarias y el 30%, de tecnicaturas. El 63% restante son auxiliares de enfermería.

Dijimos y reiteramos que el sistema de atención médica de la Argentina tiene un déficit que supera las 90 mil enfermeras mientras que la cantidad de médicos excede largamente la media internacional. En el país hay una enfermera cada cuatro médicos, cuando debería ser a la inversa.

Por cada cinco médicos que egresan al año, se recibe un solo enfermero, que obtendrá alrededor de 1.500 pesos como ingreso mensual promedio.

Hay 83 mil profesionales en el país y mientras la Capital tiene 6.000 cargos sin cubrir, en los hospitales bonaerenses se necesitan al menos 4.000 enfermeros, de acuerdo con datos del Observatorio de Recursos Humanos de la provincia de Buenos Aires. Tan sólo 1.000 licenciados en enfermería egresan por año de todas las universidades del país, mientras que alrededor de 5.000 médicos se suman anualmente al mercado de trabajo, una relación que agravará el faltante de enfermeras en los próximos años. Según datos de la Federación de Trabajadores de la Sanidad (Fatsa), el déficit de enfermeros que existe a nivel país es una de las principales debilidades del esquema sanitario, ya que faltan 90 mil profesionales en todo el país.

La enfermería entonces y no los médicos es el recurso crítico en el mundo; la situación descrita para la realidad de la Argentina en materia de recursos humanos para la salud implica la necesidad de un cambio en la formación del recurso humano y las propuestas para un cambio de modelo. En el país, el 85% del personal de enfermería está compuesto por mujeres, que dedican su vida a la profesión.

El 98% de los graduados en enfermería encuentra trabajo de inmediato, ante la elevada demanda, aunque los salarios son magros.

El problema es que al déficit actual se sumará el vacío que dejarán las enfermeras que se jubilen, ya que se estima que en cinco años un 40% del personal en actividad estará en condiciones de jubilarse.

El trabajo de la enfermería es clave para mejorar los servicios de salud; se estima que al aumentar un 10% las enfermeras formadas en la Universidad, disminuye un 6% el número de muertes de los pacientes hospitalizados.

Las clínicas y hospitales requieren personal con cada vez mayor especialización, y la necesidad de enfermeras impulsó a instituciones de enseñanza de todo el país a establecer carreras para la formación de profesionales.

Tanto las universidades nacionales de Buenos Aires, de la Patagonia, del Nordeste (Corrientes), Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Formosa, La Plata, La Rioja, Mar del Plata, Misiones, Río Cuarto, Rosario, Salta, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán, como las privadas Austral, Católica de Cuyo, Cemic, de Morón, Maimónides y Hospital Italiano, entre otras, cuentan con carreras para la formación profesional que requieren entre dos y cinco años de estudios.

RETOS PARA LAS FACULTADES DE MEDICINA EN EL SIGLO XXI

En el siglo XXI los retos que se plantean a las facultades de medicina son intensos, trascendentes e insoslayables. Se necesitarán nuevos paradigmas, nuevas reflexiones, nuevas formas de conducta, nuevos tipos de liderazgo y el análisis crítico de los progresos todavía no considerados ni incorporados que nos esperan en el futuro. Los avances acontecidos en el siglo XX, incluidos los antibióticos, los psicofármacos, los trasplantes, la cartografía del genoma, los ordenadores, Internet, la bioética, la muerte digna, los cuidados paliativos, la medicina personalizada... La profesión médica, deberá responder a varias preguntas y entre otras la siguiente: ¿seguiremos siendo una profesión que sostiene que el servicio, la integridad y la relación médico-paciente son sagrados?

La comunidad global

Se puede admitir que desde que el ser humano, en cualquier parte del mundo, inició la actividad de intercambio comercial ha ido emergiendo una comunidad global. No obstante, en el siglo XX, se unieron diversas fuerzas que han acelerado la formación de esta comunidad como nunca antes había ocurrido en la historia de la humanidad. Estas fuerzas son las siguientes:

– **Una economía global**, que se creó con la actividad comercial y la inversión en el exterior.

- **Una lengua global**, el inglés, que se ha convertido en la lengua de la ciencia, de la técnica, del comercio, los negocios y hasta cierto grado de la educación.
- **Un sistema de comunicación global**, que se creó con los satélites de comunicación y los cables ópticos, en los que se ha desarrollado un sistema de internet global.
- **Un sistema de transporte global** que traslada a la gente y la mercancía alrededor del globo de modo relativamente eficiente y rentable.

Una comunidad global está acercando más a todos los habitantes de la Tierra.

Una comunidad global de estas características exige acuerdos globales y normas de conducta que sean aceptadas por todos en la comunidad. Esto, a su vez, necesita un mecanismo que obligue a cumplir las conductas aceptadas y corrija las desviaciones de las normas globales. Para alcanzar este mecanismo, es preciso disponer de una estructura administrativa global, que sirva de base para ésta y otras funciones requeridas por la comunidad global para que funcione de forma eficaz y sobreviva. En el horizonte inmediato, no hay nada significativo que indique que este proceso de globalización y la creación de una comunidad global sean reducidas en el corto plazo, por el contrario hay muchos signos que indican que el ritmo de la globalización se acelerará. Más pronto o más tarde, esta aceleración requerirá nuevas formas de pensar y nuevos paradigmas. Con independencia de que nos guste o no, todos nosotros estamos atrapados en la red de esta nueva realidad.

La ciencia se ha convertido en una empresa global. Ejemplo de ello son la cartografía del genoma, el desarrollo de una estación espacial internacional, el laboratorio de energía de fusión que se está terminando de construir en Francia, y el acelerador de partículas más potente del mundo, el LHC (Large Hadron Collider [gran colisionador de hadrones]), que efectuará una búsqueda de partículas en la “materia oscura” del Universo. En parte, determinan la globalización científica los costos de estos proyectos y, en parte, el hecho de que la ciencia da lugar a productos que pueden comercializarse en la comunidad económica global. Por lo tanto, la ciencia contribuye al desarrollo del producto interior bruto de cada país. Está claro que en el siglo XXI las facultades de

medicina se sienten atraídas por numerosas fronteras científicas, y muchas de ellas son de naturaleza global.

Hoy por hoy se están produciendo fármacos "a medida", ingeniería de tejidos, intervenciones sobre la memoria, telediagnósticos y monitoreos online; aplicaciones para autochequeo desde el móvil y las psicoterapias vía Skype. Muchos medicamentos y tratamientos son diseñados y ensayados por computadora (mediante programas de simulación), y las llamadas terapias génicas prometen revolucionar el cuidado de la salud.

Se está conociendo la información genética de las personas y su predisposición a determinadas enfermedades. Se están fabricando prótesis biónicas que se accionan con impulsos cerebrales, prótesis bioeléctricas, y administrando tratamientos con células madre extraídas de embriones.

Se están diseñando y experimentando con dispositivos y mecanismos externos para ser aplicados en algunas funciones cognitivas como las implicadas en memorizar o realizar operaciones matemáticas,

Cultivo de órganos para reemplazo para ser aplicados en la medicina regenerativa y la ingeniería de tejidos permitiendo el reemplazo de órganos dañados como consecuencia de diversas enfermedades.

Se están desarrollando órganos bioartificiales combinando células y biomateriales.

El implante de células madre (también llamadas stem cells) de las que se conocen tres tipos: las embrionarias o totipotenciales, capaces de transformarse en cualquiera de los 220 tejidos del organismo; las provenientes de tejidos adultos o somáticas, que sólo pueden usarse en el órgano del cual provienen, y las que los investigadores pueden volver al estado de pluripotencialidad en el laboratorio (sólo existen hasta hoy dos tratamientos con células madre autorizados a nivel mundial que son el trasplante de células madre de médula ósea y sangre de cordón umbilical). Estas dos variantes se utilizan para tratar algunos tipos de cáncer, el síndrome de inmunodeficiencia combinada severa, la adrenoleucodistrofia y osteopetrosis, entre otros. No hay evidencia clínica de que funcionen en los tratamientos de otras enfermedades. Las terapias génicas abren la puerta a una medicina personalizada.

Un virus diseñado en el laboratorio es utilizado como vehículo para ingresar al núcleo de una célula y dejar allí genes con "instrucciones" especiales. El fin es desactivar o

reemplazar el ADN que no funciona correctamente. Este procedimiento se llama terapia génica y, aunque aún está en desarrollo, hay evidencias clínicas de que podría usarse para ciertos tipos de cáncer

La Universidad de Montreal desarrolló en 2011 una droga, la metyrapone, que borró malos recuerdos en un grupo de voluntarios. Además de “borrar” recuerdos se podrá expandir la memoria como extensión de la memoria humana que permitirá guardar, indexar y hacer accesible en todo momento la información personal desde una computadora, un celular o una tableta.

Las fuerzas de la globalización alcanzan a la medicina. Estas fuerzas son: una economía global, una lengua global –el inglés–, un sistema de comunicación global y un sistema de transporte global. Hace tiempo que se están transformando los fundamentos tradicionales de la medicina incluidas la ciencia, la asistencia al paciente, la educación y la ética. Estas fuerzas están creando nuevas fronteras, nunca antes experimentadas.

Los nuevos papeles y responsabilidades de las facultades de medicina en los próximos años tienen que ver con los objetivos y la praxis de la ciencia, las fronteras de la investigación se ensancharán para incluir las ciencias exactas (la física, la química, las matemáticas y la informática), los estudios de medicina básicos y clínicos, la educación médica, la asistencia al paciente, la ética y la salud pública. Para permanecer a la vanguardia, serán necesarios nuevos métodos de investigación y diferentes asociaciones.

En educación médica, el aprendizaje a distancia y el electrónico se convertirán en un lugar común y se aceptarán criterios globales y comunes de resultados; se impondrá el *continuum* de la educación médica y nacerá la obligatoriedad de la formación médica continuada. Esto último tendrá lugar a través de la fusión de las historias clínicas informatizadas de los pacientes y las variables indirectas que pueden usarse para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria. A través de estos cambios educativos, emergerá un nuevo paradigma en el que los logros serán la constante (aptitudes) y el tiempo, y los métodos de formación serán las variables en el sistema educativo.

En la asistencia a los pacientes, aparecerán epidemias globales, porque tanto los seres humanos como los animales viajan por todo el mundo. Los pacientes comprarán por todo el mundo trasplantes de órganos, procedimientos médicos y los fármacos no disponibles en su país de origen, al igual que la asistencia disponible de costo menor. Aparecerán epidemias globales con una frecuencia cada vez mayor.

En ética, se deberá obtener una redefinición de los valores esenciales de la clase médica y los médicos tendrán que enfrentarse y combatir contra la falta de ética profesional de algunos colegas. Los cambios transformarán la opinión de sí mismas de las facultades de medicina, lo que creen ser hoy y que deberán reelaborar su misión.

Los nuevos campos que las facultades de medicina deberán tener en cuenta son:

- * la **medicina genómica** con el control génico, proteómica, biología del ácido ribonucleico, bases genéticas de las enfermedades y la genoterapia, que están transformando nuestros conceptos de salud y enfermedad. Estos progresos están empezando a proporcionar una base científica para el debate secular sobre la naturaleza y la educación.

- * la **medicina conductual**. Con la explosión de las neurociencias, se está construyendo una nueva comprensión de la conducta humana. Esto tiene una importancia decisiva, ya que el mundo se enfrenta a una epidemia conductual de tabaquismo, drogadicción (tanto a las drogas legales como ilegales), violencia, obesidad y estilo de vida sedentario. Sin unas modificaciones de la conducta, apenas podremos hacer progresos frente a estas epidemias.

- * la **fusión de la ciencia informática y la biología**. De modo creciente, la biología está utilizando la metodología y la información de la física, las matemáticas, química e informática para estudiar los fenómenos biológicos. Esto permite a los científicos estudiar las enfermedades a un nivel progresivamente inferior, alcanzando incluso el nivel del átomo.

En la educación médica se han emprendido esfuerzos para establecer criterios globales. Éstos se han producido en dos ámbitos: *a*) los resultados de la experiencia de educación médica, y *b*) el proceso de la educación médica, o reconocimiento. En el ámbito de los resultados, se han definido unas capacidades esenciales mínimas globales de educación en las facultades de medicina, al igual que los métodos para evaluar si un graduado médico posee estas aptitudes. Además, se han establecido “puntos de corte” globales del rendimiento de los estudiantes individuales y de las facultades de medicina y se han desarrollado fichas de informes cuantitativos que demuestran los puntos fuertes y débiles y los rendimientos límite. En el área del proceso, se han establecido normas de reconocimiento u homologación para las facultades de medicina, al igual que para la educación médica de los graduados y la formación médica continuada. Estos procesos se han examinado y se examinan en forma permanente en diversos países de todo el mundo.

Educación a distancia y aprendizaje electrónico. La tecnología ha permitido el desarrollo de redes regionales de aprendizaje electrónico y educación virtual. En la actualidad, se está examinando un sistema universitario global y se ha ensayado un plan de estudios electrónico para la educación médica. Puesto que en el mundo virtual no existe la distancia, el tiempo y las fronteras nacionales, la globalización es un hecho y la comunidad global ya es una realidad.

Continuum de la educación médica. Hasta ahora, la educación en las facultades de medicina, la educación médica para graduados o posgraduados y la formación médica continua han existido como entidades distintas, separadas. En la actualidad, la tendencia es la fusión en un *continuum* perfecto. Se han definido las aptitudes esenciales para todos los residentes que se superponen con las definidas para los graduados de las facultades de medicina, y dependen de ellas.

En el ámbito de la formación médica continua, las historias clínicas informatizadas de los pacientes y la aparición de criterios de valoración indirectos de la calidad de la asistencia sanitaria están creando el marco de excelencia exigible; así será posible supervisar el rendimiento de un médico. Por esta razón, usando normas aceptadas, será posible definir, en términos precisos, dónde falla su rendimiento y diseñar programas educativos dirigidos para reforzar estos puntos débiles. Por último, después de un período de ejercicio de la medicina, será posible evaluar de nuevo el rendimiento para verificar si la educación tuvo el efecto deseado o esperado.

Asistencia sanitaria global. La asistencia médica se está convirtiendo rápidamente en una empresa global. No sólo los médicos, sino también los pacientes (los que pueden), emigran dentro de su propio país o de su país a otro. Esto último tiene lugar de 3 formas diferentes. En primer lugar, los pacientes se van al extranjero para encontrar un trasplante de órgano, procedimientos médicos y medicación no disponible en su país natal, y una asistencia médica de menor costo a través de un proceso conocido como “turismo médico”. En segundo lugar, con el sistema de transporte global que lleva a la gente a todos los rincones del mundo con objetivos recreativos y laborales, son frecuentes las enfermedades y es preciso proveer asistencia. En tercer lugar, puesto que muchas empresas son de ámbito mundial, se pide a los empleados que dejen su “hogar” y trabajen y vivan en países extranjeros. En estos lugares, el trabajador espera la misma calidad y opciones de servicios sanitarios que tenía en su país natal.

Calidad de la asistencia. Además de las historias clínicas informatizadas de los pacientes y de los criterios de valoración indirectos de la calidad, han aparecido redes globales de centros de medicina basada en la evidencia y forman parte de una asociación global dedicada a mejorar la asistencia sanitaria de todas las personas.

Epidemia global. Además de incorporar los nuevos conocimientos de los progresos científicos, la medicina clínica se enfrenta a una variedad cada vez más compleja de epidemias globales. En el terreno de las enfermedades infecciosas, éstas incluyen la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana/sida, tuberculosis, paludismo, enfermedades de transmisión sexual, síndrome respiratorio agudo grave o severo y numerosos procesos en los que el agente infeccioso se ha transmitido de los animales, incluidos los pájaros, al ser humano; el 75 % de las enfermedades infecciosas emergentes se originan en animales. Puesto que los seres humanos y los animales de compañía viajan globalmente, las enfermedades lo hacen de la misma forma. Por lo tanto, es posible afirmar con certeza, “cualquier enfermedad observada en *cualquier* parte del mundo, puede detectarse en *todo* el mundo”. Recientemente, Margaret Chan, directora de la Organización Mundial de la Salud (OMS), refirió que, cada año, aparece una nueva epidemia global. Y continuó, “es un hecho sin precedentes” y, en parte, refleja el aumento de los “viajes globales”.

La ética médica se ha convertido en una disciplina académica. La ética médica o ética médica clínica se acepta cada vez más como una disciplina legítima de la medicina. En todo el mundo están apareciendo programas, centros e institutos de ética médica. Son cada vez más habituales los intercambios globales sobre dilemas éticos complejos a los que se enfrenta la medicina. Además, en todo el mundo están apareciendo programas para graduados que conceden una licenciatura o un título universitario en esa especialidad.

Clase médica global. La cuestión no está bien definida de si hay una clase médica global. Si se considera que hay una sola clase médica, esto implica que ha de estar presente una serie de valores comunes, esenciales de la profesión. Es preciso definir estos valores y alcanzar un acuerdo sobre aspectos como la primacía del bienestar, el servicio, la confidencialidad y la defensa del paciente, así como la inviolabilidad de la relación médico-paciente. El camino hacia una definición de los valores esenciales depende, entre otras cosas, de las diferentes culturas.

Salud pública o la salud de la población. Esta área abarca campos como la contaminación y su impacto en la salud, la distribución de asistencia sanitaria, incluidos los costos, las epidemias de conductas, caso del tabaquismo, la violencia doméstica, los accidentes, la obesidad y las enfermedades infecciosas.

En un mundo cada vez más globalizado, estos retos irán en aumento y será preciso abordarlos. Debemos seguir empeñados en la medicina con su énfasis curativo, y en la salud pública de la población, poniendo el acento en la prevención y en la participación y convergencia de la investigación, la educación y la asistencia sanitaria del paciente/población.

Las facultades de medicina seguirán implicadas en los retos locales, regionales y nacionales, pero ahora estas preocupaciones se considerarán y planificarán frente al telón de fondo de la comunidad global. Como tal, cada facultad formará parte de la empresa global de facultades de medicina. Esto se traducirá en la formación de una Asociación Mundial de Facultades de Medicina (hubo en la Argentina, hace varios años, una Asociación de Facultades de Medicina que como tantos otros de nuestros emprendimientos dejamos agostar y ni siquiera asistimos al velatorio y al entierro; lo mismo pasó en Salta con el Centro de Estudios de Salud Pública (CESAP) de la Unsa o el Ateneo de Medicina), la celebración de una reunión anual de la Asociación, y la recopilación de una base de datos expandida sobre educación médica que abarque el *continuum* de la educación en la facultad de medicina, incluida la educación médica para graduados y la formación o educación médica continua. De esta empresa, surgirá una sociedad colectiva global de facultades de medicina y se exigirá a estas sociedades que cumplan la misión de la facultad tanto en investigación como en asistencia al paciente, educación y ética.

La investigación tecnocientífica en medicina se torna demasiado amplia para una escuela individual. Las escuelas deberán seleccionar las áreas de interés de su propio terreno en las que desarrollarán sus objetivos en materia de conocimientos y aptitudes y en otros casos deberán asociarse con otras facultades de medicina para acceder a sus objetivos y cooperar en la conducción de múltiples proyectos.

Las fronteras de la investigación de las facultades de medicina se expandirán cada vez más para incluir el *continuum* de la física, la química, la biología (básica y clínica), la

educación médica, la salud pública, la ética y la informática. La informática, al igual que la ética, estará presentes en todo el *continuum* y se convertirá en un componente esencial de cada proyecto de investigación, todavía más amplio que ahora. Las facultades de medicina asumirán un papel de liderazgo mayor en la traducción de los progresos científicos en mensajes inteligibles para la comunidad no científica.

Asistencia a los pacientes. Las facultades de medicina han de prepararse para prevenir, diagnosticar y tratar cualquier enfermedad detectada en el mundo, con independencia de que afecte a pacientes individuales o a poblaciones de individuos. De ello se deduce que las facultades de medicina deben incorporar los conocimientos y las habilidades en los programas de formación para que los médicos que se gradúen en ellas tengan la capacidad para desempeñar esta tarea.

Las facultades de medicina tendrán en forma creciente un importante papel en la definición de la calidad asistencial, las variables indirectas para evaluar la calidad y el establecimiento de programas para valorar el rendimiento de cada médico o de un grupo de médicos.

Las facultades tendrán que contribuir a la definición de los beneficios básicos de la asistencia sanitaria que es previsible que reciban los individuos. Además, tendrán que ayudar a abordar las expectativas del público por lo que respecta a la asistencia sanitaria y cómo financiarla.

Las facultades continuarán traduciendo los progresos científicos en la asistencia a los pacientes. La diferencia será un mayor número de avances desde más lugares del mundo en un período más breve.

Las facultades aceptarán que forman parte de un sistema global de educación médica. Al hacerlo, aceptarán la existencia de una experiencia educativa esencial que ha de ser común a todas las facultades de medicina.

Las facultades aceptarán normas globales para los resultados de sus programas educativos. Esto significa que tendrán que definir los conocimientos necesarios para que los estudiantes se gradúen, cuáles deben ser sus capacidades y aptitudes, y cómo debe ser su proceso de razonamiento y su conducta. Estas normas se establecerán en forma de aptitudes y, para el reconocimiento/aprobación del título/diploma, cada facultad tendrá

que demostrar que sus resultados educativos poseen estas aptitudes. Esto cambiará el paradigma de la educación médica por otro, en el que los logros son la constante, y las variables serán el tiempo y los métodos educativos.

Dado que puede detectarse cualquier enfermedad en cualquier lugar, y dada la aparición y reaparición de numerosas enfermedades, las facultades deberán ampliar y profundizar sus planes de estudio. A través de asociaciones educativas, también tendrán que mandar a los estudiantes alrededor del mundo con el objetivo de que encuentren ejemplos de enfermedades insólitas. Esto plantea la posibilidad de calificaciones otorgadas por más de una universidad.

Las facultades han de adoptar la formación o educación médica continua obligatoria que integrará las historias clínicas informatizadas, criterios indirectos de valoración de la calidad de la asistencia sanitaria y la educación médica orientada en los resultados. Las facultades encontrarán necesario disponer de programas de investigación en educación médica. Entre otras cosas, estos programas examinarán la eficacia de los diferentes métodos de educación, los diferentes estilos de aprendizaje, y los distintos marcos de tiempo, cuando los logros sean el objetivo constante.

Todas las facultades participarán en la educación a distancia, individualmente o en asociación con otras facultades. Esto tendrá lugar a través de un *continuum* de la educación médica y estará presente por todo el mundo.

Las facultades de medicina del mundo, ricas en recursos, tenderán la mano a las más desprovistas de recursos. Esto dará lugar a un enriquecimiento educativo de los programas de las facultades menos dotadas. Para esta misión, tendrán que considerarse como una asociación en la que ambas partes combinan sus recursos para obtener más beneficios de los que obtendrían por separado.

En pocas palabras, en el siglo XXI, al igual que la ciencia y la asistencia a los pacientes, la educación médica cambiará y se globalizará.

FORMACIÓN DE POSTGRADO

Formar es dar forma. Es juntar, congregar, componer e integrar numerosas cosas y procesos para obtener un todo. Es criar, educar, adquirir destrezas, aptitudes y habilidades. Es conseguir un perfil propio, dinámico, prospectivo, desprejuiciado, comprometido, definido por su propio objeto y por su rol inmerso en la totalidad social. El camino para lograr la formación es la educación. En la educación hay maestros, existe el ejercicio, la educación propia, el camino hacia la libertad, el crédito al esfuerzo, el proceso moral.

Frecuentemente es en la escuela donde empezamos a dejar nuestra propia personalidad; nos infunden nociones bien definidas pero no nos capacitan para que cada uno se forme por sí mismo buenas nociones. Abraham Lincoln dijo que las universidades son lugares donde los guijarros son pulimentados y los diamantes empañados.

Esto no implica un ataque improvisado a la sacrosanta institución que es, entre otras, las Facultades de Medicina de las Universidades; grandes críticos, sumamente alarmados, consideran a la escuela de medicina como la base de casi todos los problemas en la atención de la salud, la medicina sanitaria y la administración de salud.

Muchas de las deficiencias del médico se explican por un fracaso en los contenidos y organización de los cursos, la enseñanza y los objetivos; el trabajo excesivo de los maestros, obligados a preparar a sus alumnos para los exámenes en lugar de darles un educación mental liberadora (B. Russell); la incapacidad para formar bien a un número suficiente de médicos como clínicos, profesionales y seres humanos; la abdicación de la responsabilidad de la enseñanza y de la asistencia adecuada a los pacientes para concentrarse en la investigación pura, que es para muchos hedonísticamente grata y proporciona mayor status. Muchas Facultades de Medicina son más propensas a entregar a los jóvenes incompetentes un título de médico que a reconocer que se han equivocado en sus objetivos, en los métodos de enseñanza y evaluación, en la planificación, en la programación.

El profesor de medicina orientado hacia la investigación no se halla capacitado, en general, para enseñar medicina clínica y el médico dedicado a los enfermos no tiene acceso a la universidad.

La atmósfera científicista realza la formación académica subestimando, muchas veces, la existencia cotidiana del enfermo y su realidad ecológica y social. Como consecuencia, suele pasar que el médico recién egresado no sepa cómo ejercer la medicina.

La selección de estudiantes en las escuelas de medicina es arbitraria y mal orientada; se excluye la historia y la filosofía de la medicina; se ignora la realidad de la relación médico-paciente; se soslaya el estudio de las humanidades en la formación contribuyendo a convertir al joven médico en un técnico además de tecnologizado y tecnolátrico; el arte médico es olvidado en nombre de una ciencia incompleta y, lo más importante, que los métodos y objetivos de la formación del médico son muchas veces incompatibles con la realidad presente y futura de su trabajo diario y del contexto social en el que está inserto y que debe cambiar para el progreso y desarrollo de todos los miembros de la comunidad.

Es necesario revisar, permanentemente, la educación del recurso humano para la salud y validar si los objetivos y fines de la educación están en consonancia con las necesidades de nuestra sociedad.

El enfoque con que la atención de la salud es manejada depende en primera instancia de la filosofía política que rige los destinos de un determinado país y se concreta siempre a través del diseño y ejecución de planes y programas elaborados y ejecutados mediante la puesta en juego de recursos humanos, técnicos y financieros.

El recurso humano para la salud es el factor más importante, más costoso y más difícilmente obtenible y exige para su formación un gran esfuerzo sostenido, permanente y continuo.

La educación médica tiene como objetivo fundamental la preparación del recurso humano que la atención de la salud necesita. Este recurso humano tiene que alcanzar idoneidad y asumir la responsabilidad que le incumbe en su incorporación al equipo de salud y al grado de interacción, correlación y participación en los planes y programas del sistema de salud.

La educación médica es sólo un subsistema inseparable del sistema de salud que el país disponga en el futuro.

Los médicos deben estar formados adecuadamente y poseer aptitud pragmática definida; para ello, es imprescindible que su formación se cumpla en servicio; en el momento apropiado; en los lugares donde la atención de la salud se lleva a cabo; así las cosas,

esto llevará al ajuste de las calidades intrínsecas vinculándolas a la realidad asistencial y sanitaria.

Aceptar que la educación médica, para que alcance un nivel óptimo de eficiencia, debe moverse dentro del contexto de un plan orgánico de salud, no significa inmovilizar los esfuerzos provenientes del área educacional. La educación médica debe realizarse en ámbitos múltiples para aprovechar la enorme capacidad instalada y los recursos humanos disponibles.

Con el nombre de “hueco científico”, se designa el hecho lamentable de que se está agrandando cada vez más la distancia entre la medicina científica y la práctica médica; se puede hablar de una distancia crítica. Las posibilidades de salvar esta distancia deben buscarse en la formación de postgrado, la bibliografía y la educación médica continua.

Actualmente, apenas tiene tiempo el médico práctico para la actualización de su saber teórico o de la técnica médica práctica. Para mantenerse al corriente, muchas veces, se guía por la propaganda industrial que le resulta de fácil acceso o bien al estudio de las revistas médicas; pocas veces recurre al contacto personal y dedicado con las clínicas o a formas acreditadas de actualización de postgrado; en nuestra realidad, casi siempre, esto sucede por razones de restricciones económicas y exceso de trabajo mal remunerado. Casi siempre le falta tiempo para analizar los problemas científicamente en la forma que se supone debería haber aprendido a hacerlo; en la profesión médica no se puede ser hombre culto sin ser al mismo tiempo hombre científico; toda actividad debe tender a demostrar el fundamento científico de lo que se está haciendo.

El valor de la enseñanza recibida puede medirse por el tiempo de permanencia de la vigencia de sus bases teóricas, es decir, si el profesional mucho tiempo después de haberse graduado se halla capacitado para comprender en su mecanismo los métodos terapéuticos y los medicamentos modernos. En el curso de los últimos cincuenta años y cada vez a mayor velocidad, se ha agrandado y ampliado el arsenal medicamentoso y la tecnología médica; también ha cambiado más de un concepto. Sin razón científica, no debieran atenderse recomendaciones; de lo contrario la profesión se hace superficial y se cometen pecados de omisión o comisión de actitudes incorrectas.

En la formación médica de postgrado cabe distinguir, al decir de Laín Entralgo; la práctica médica o el arte de ayudar a la curación de un hombre enfermo – diríamos mejor de una persona enferma – y la patología o el saber científico acerca de la enfermedad, a los que se agregan tres modos de considerar el tratamiento (objetivo, subjetivo y sociológico) y tres modos de entender la enfermedad (semiológico,

etiológico y nosológico). El marco referencial de estas exigencias formativas es la medicina actual que se plantea como tecnificada, socializada y humanizada.

A nuestro entender, además de los presupuestos de Laín Entralgo, la formación médica de postgrado tiene que tener como sustento la realidad político-social y el sistema de organización de la atención de la salud en el país y contribuir con el esfuerzo individual y de los equipos de salud al cumplimiento de las metas nacionales y a mantener los estándares de calidad en dicha atención de la salud. El propósito, es el desarrollo de actitudes, aptitudes, habilidades y destrezas aplicadas a la solución de los problemas de atención de la salud en el área hospitalaria y ambulatoria, demostrando capacidad de liderazgo y para el trabajo interdisciplinario en un sistema de salud.

La formación de postgrado es un proceso estabilizador de las falencias anotadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje en los claustros universitarios.

La metodología en la formación de postgrado tiene características dinámicas, está centrada en el interés de los alumnos y estimula sus potencialidades de creatividad y responsabilidad por el aprendizaje conducente al desarrollo de su capacidad analítica, elaboración de juicios, trabajo cooperativo de grupo y compromiso individual con el servicio que presta.

La formación de postgrado debe ser la puerta de entrada a la educación médica continua entendida como un proceso formal de actualización y de aprendizaje de nuevos conocimientos teóricos y prácticos, secuenciada en el tiempo y en el espacio y con un objetivo definido de mantener los niveles de excelencia en la atención de la salud.

La formación en estudios de postgrado va más allá del incremento y profundización de conocimientos: pretende lograr el cambio y la transformación de actitudes en el profesional que se expresen en un desempeño eficiente, eficaz y efectivo en el sistema de salud; es formar al profesional como administrador del cambio para que cuente con las excelencias suficientes para actuar como agente de transformación, integración y estabilización con el fin de mejorar los servicios de salud.

La formación del recién graduado debe ser considerada por la Universidad y por el Hospital como una ineludible responsabilidad tanto o más importante que el proceso educativo de alumnos en el pregrado.

El camino más idóneo para la formación de postgrado en medicina y en ciencias de la salud en general es, sin lugar a dudas, el de las Residencias Hospitalarias, precedidas o no de un internado rotatorio de postgrado.

El sistema de Residencias Hospitalarias, es un método educacional basado en un plan orgánico, conocido y aceptado de antemano por los postulantes y se basa en la participación activa en la asistencia a través del ejercicio de la responsabilidad progresiva independiente.

Al médico residente como a cualquier otro miembro del equipo de salud, se le debe educar en lo asistencial, docente, científico y moral. Para ello es necesario que el hospital tenga una alta calidad de atención, un cuerpo médico estable dispuesto a la docencia en servicio, a la participación en el movimiento científico, docente y cultural del hospital, comprometido con el deber de su actualización permanente y con capacidad de renunciamento para brindar oportunidad de actuar bajo supervisión que es lo que necesita el residente.

Todos los intentos para proporcionar mejor formación a internos y residentes son bienvenidos siempre y cuando se basen en un sistema de enseñanza igualitaria, previsible, con un programa formal y vasto, con cursos y exámenes, que proporcione al futuro especialista conocimientos serios, generación de ideas nuevas, autocrítica y autoeducación continua.

Sobre esta base, poco a poco, lentamente, el residente dejará de ser un proletario médico que no pertenece a la planta del hospital, que trabaja para el hospital y para los médicos de planta a muy bajo costo y que puede aprender a ser o no un buen médico durante este proceso.

Los años pasados en la residencias son altamente formativos y muy importantes; marcan la conducta futura del joven médico mucho más que cualquier otra experiencia. La esperanza de formar médicos competentes y maduros muchas veces no se basa en un régimen de trabajo adecuado, con criterios académicos apropiados y con un programa educativo inteligente e integral altamente humanizado.

Al aumentar la demanda en los hospitales y disminuir la dedicación de los médicos de planta, el residente se puede convertir en la espina dorsal de la atención médica. La idea de que el médico residente debe “sudar su privilegio” de aprender en un buen hospital, que se está formando y que ésta es suficiente compensación, es errónea y antiética. Los residentes en especial y los miembros del equipo de salud que actúan en la atención médica pública o privada merecen un sueldo que les permita vivir, liberarse de la preocupación personal por sus familias, dejar de tener otros trabajos para ir “tirando” y concentrarse sobre lo que están haciendo.

La imagen esforzada del joven profesional tratando de capacitarse por un magro salario o sin él debe ser cambiada; la salud de las personas necesitan de profesionales jóvenes felices, optimistas, inquietos, atentos, que tengan asegurado su alojamiento para él y su familia, su buen salario, su dieta adecuada, la información bibliográfica actualizada, la concurrencia a congresos y a experiencias educativas y al esparcimiento.

El fatigoso horario del residente puede ser tan nocivo para el idealismo médico como la penuria; asume muchas veces las responsabilidades del médico, realiza trabajos no calificados y cada vez le queda menos tiempo para hablar de lo que está haciendo.

Por ahora, aunque cada vez menos, la enseñanza actual de los residentes es por momentos caótica, los contenidos de la curricula se transmiten dogmáticamente y la enseñanza se imparte en servicios de salud de calidad e intereses muy desiguales.

La calidad de la formación depende del volumen, calidad e intensidad de la enseñanza dentro del marco de la enseñanza formal, la que no excluye la informal de “andando y hablando”. Los residentes deben adaptarse a estos esquemas formales e informales; de esa capacidad de adaptación y comprensión depende el éxito o el fracaso.

Se supone en los residentes que ingresan al sistema la falta de un bagaje suficiente de conocimientos básicos y que, por ello, cometan errores leves o graves pero, la más de las veces, se espera que maduren solos, sin prestarles el apoyo y ejercer sobre ellos la supervisión necesaria que suele ser admonitoria y no docente.

La inseguridad profesional va desapareciendo paulatinamente y paralelamente, en muchos casos, aumenta la insensibilidad y su falta de relación adecuada con los pacientes. Algunos están obsesionados por las cuestiones científicas – que son muy importantes – y han perdido la noción de los factores emocionales que están en juego en todo acto profesional. No estamos proponiendo que los residentes se transformen en trabajadores sociales, en misioneros o buenos samaritanos pero, es conveniente, no descuidar la formación atinente a las relaciones con la gente, los límites bioéticos que todo acto médico debería tener y que intentar curar no es un loco combate contra la muerte.

Es necesario uniformar los criterios, los propósitos, los objetivos, los contenidos curriculares y los sistemas de evaluación de los residentes para obtener especialistas competentes que puedan insertarse y trabajar rápidamente en cualquiera de los servicios de salud de nuestro extenso y diverso país, formados en un período académico bien pagado y que concite la participación activa y dedicada en tiempo y espacio de los miembros de planta del equipo de salud del hospital de los que se pretende, además,

que no descarguen sobre los residentes la responsabilidad que les cabe en la asistencia hospitalaria de los pacientes.

El residente no sólo debe formarse en la medicina de crisis de los pacientes muy afectados o urgentes, sino también con los enfermos ambulatorios, los de consultorio, los de sala, los crónicos, los domiciliarios; deberá aprender a ser compañero de ruta de los enfermos para repararlos, rehabilitarlos y acompañarlos a morir.

En nuestros hospitales y servicios de salud - públicos y privados -, debería crearse un Departamento de Educación Médica en cada uno de ellos cuya misión es generar una atmósfera más académica, programar conferencias, cursos, seminarios, aportar un programa de enseñanza continua y trabajar mucho más tiempo.

Al igual que otras actividades en el área de la salud y de la formación de sus recursos humanos no se hace sólo con dinero, sino con hombres y mujeres que deben aportar proposiciones factibles y viables que apunten a una imagen horizonte basada en valores perdurables. Cushing decía que “es más difícil cambiar de mentalidad que mudar un cementerio” y Emerson afirmaba que “cada institución es la sombra prolongada de un gran hombre”.

El sistema de Residencias ha cumplido más de sesenta años en nuestro país y sobrevive porque ha demostrado sus bondades, por el interés individual puestos por los jefes y encargados de la capacitación y el esfuerzo de los propios residentes.

El sistema de residencias ha cumplido gran parte de sus objetivos:

1. Haber brindado capacitación profesional a un número elevado de personas,
2. Haber entrenado adecuadamente a numerosos profesionales en la práctica de distintas especialidades,
3. Haber elevado el nivel asistencial en los servicios de salud donde funcionan residencias,
4. Haber aprovechado mejor la capacidad instalada de los servicios de salud.

Las residencias modifican el contexto en los ámbitos en que se desarrollan:

- a) El residente actúa como factor de cambio en los servicios de salud por exigencias propias de su tarea,
- b) Influye sobre el resto del personal profesional, técnico y administrativo,
- c) Al permanecer un tiempo prolongado en los servicios de salud, comparte responsabilidades y problemas, establece un espíritu de cuerpo y desarrolla técnicas de trabajo grupal muy positivas,

- d) Los profesionales que han completado su residencia y se han formado específicamente, han aprendido una metodología de trabajo y han conocido la realidad médica y social de los enfermos,
- e) El residente desarrolla una permanente autocrítica que obliga a una mayor profundización de análisis y mejor control de la validez de los tratamientos de los enfermos; fomenta un espíritu más amplio de servicio dentro de un marco ético,
- f) Las instituciones que tienen un sistema de residencias han crecido en calidad y excelencia,
- g) Las residencias han despertado en muchos la inquietud científica, el interés por la investigación clínica, las tareas docentes y los problemas de administración hospitalaria,
- h) La actuación profesional de ex – residentes en el interior de nuestro país permite contar, en lugares alejados de los centros de excelencia, con una medicina de buena capacitación teórica y práctica, de buena calidad técnica, científica y ética.

La “empresa de salud” es una empresa de uso intenso de trabajo y no de uso intenso de capital, como ocurre con otras empresas modernas. El producto del subsistema de formación del recurso humano constituye el aporte básico al subsistema de prestaciones.

La educación médica es un poderoso instrumento de salud; por ello, debe organizarse la educación global de los profesionales del equipo de salud con objetivos claros y precisos, terminando con la falta de integración y articulación entre los procesos, las instituciones, las jurisdicciones administrativas que corresponden a la formación de pregrado, postgrado, residencias, educación médica continua y los niveles político-administrativos del área de salud pública.

El sistema de residencias sufre todavía algunas perturbaciones cuyas causales pueden ser:

1. Falta de una adecuada normalización de alcance nacional con las correspondientes adaptaciones regionales,
2. Falta de una “carrera” sanitaria nacional, no sólo para los médicos, cuya existencia obligaría a la acreditación de los residentes como especialistas y su posibilidad laboral por concurso en cualquier ámbito del país,

3. Falta de una evaluación y auditoría periódica de la calidad de las residencias, sus integrantes y sus egresados,
4. Actualización periódica de los requisitos mínimos de los servicios de salud (públicos y privados) para su instalación y desarrollo (acreditación),
5. Deterioro de muchos de los establecimientos asistenciales donde se desarrollan las residencias,
6. Desnaturalización de la finalidad educativa de la residencia y traslado a un plano de simple actividad laboral,
7. Falta de compenetración del recurso humano de los servicios de salud – natural cuerpo docente -, de la metodología y fines de la residencia,
8. Dificultad para brindar residencias con fines adecuados a las reales necesidades asistenciales,
9. Excesivo número de graduados que dificulta la concreción de un plan que contemple las necesidades asistenciales con las expectativas individuales,
10. Remuneraciones insuficientes,
11. Defectuosa y distorsionada atención de la salud y la enfermedad en el subsistema de obras sociales en las que no se contempla el esfuerzo realizado en capacitación.

Las residencias han probado en nuestro país sus bondades plenas y sigue siendo, cuando los requisitos propios que la caracterizan son cumplidos, el mejor sistema para la formación de especialistas.

Por otra parte, es necesario definir claramente las especialidades no sólo en el área específica del conocimiento y la praxis sino también en lo que se refiere a los aspectos volitivos, psicomotores y afectivos que definen a quien la abraza; ambos aspectos denotan y connotan la especialidad y al especialista y determinan los criterios de calidad.

Debería ponerse especial cuidado en el número de especialistas que se pretende formar; dicho número no debería exceder al que corresponda a la satisfacción de las necesidades sanitarias.

Es papel indelegable de las instituciones educativas y sanitarias de fomentar y alentar la formación de especialistas cuya necesidad se considera crítica y desalentar aquellas que se encontraran excesivamente dotadas. En el área pública, la utilización de los recursos, auspicios, subsidios, etc. debe servir para apoyar aquellos esfuerzos que por su carácter general o por la esencia de sus contenidos resulten de interés para la salud y no simples

manifestaciones individuales o sectoriales. Las autoridades sanitarias no deben dudar que su recurso humano tendrá la idoneidad necesaria y esperada siempre y cuando los servicios de salud sean el teatro de demostración y aprendizaje; limitar las posibilidades docentes de los servicios de salud sería un suicidio institucional, ya que cercenaría la posibilidad que permite crear el recurso humano de reserva y elevar la calidad asistencial brindada.

Algunos de los objetivos políticos en la administración de salud deben contemplar la acreditación de los servicios de salud y de su recurso humano, desarrollar su capacidad docente y de investigación, atender en forma orgánica a la capacitación y actualización de sus miembros, jerarquizar los requisitos para el acceso, formación y certificación de especialistas y dar respuestas a las exigencias que presenta la atención de la salud.

En la física, “masa crítica” es la cantidad de materia fisionable que permite generar una reacción en cadena automantenida. En el plano de la formación de recursos humanos, es el núcleo mínimo de individuos formados por medio de procesos sistemáticos y dirigidos hacia objetivos específicos, que pueden producir cambios favorables dentro de la organización para promover y facilitar su modernización.

Cuando el objetivo es producir una rápida modernización, es decir, una adecuación a los requerimientos del contexto vigente, realizar sólo acciones de capacitación fragmentarias o muy especializadas no constituye una estrategia adecuada.

Para que una organización anacrónica, casi senil como diría Osler, logre transformarse, necesita que desde adentro y a través de sus hombres produzca cambios cualitativos más que cuantitativos. Es necesario e indispensable provocar primero un replanteo profundo de la esencia misma de la organización aplicando criterios racionales y modernos.

Para lograr que el recurso humano adquiera conciencia, habilidades y hábitos que conduzcan a este enfoque se requiere una capacitación general y generalizada que enfatice sobre la adquisición de conocimientos técnicos, metodologías para el análisis, evaluación, diagnóstico, corrección, realimentación y operación de los fenómenos organizacionales para que todos terminen por entender y aceptar las ventajas del cambio.

La capacitación tiene que ser la vía de acción para modificar sustancialmente las actitudes de los individuos en forma amplia.

Las causas de la decadencia de la educación médica y sanitaria en general y de la prestación de servicios de salud en Argentina son:

1. Ausencia de efectiva y permanente interrelación entre los sectores de salud y los de educación,
2. Falta de fines y objetivos docentes concretos, realistas y actuales,
3. Falta de integración y coordinación entre las distintas etapas del sistema de educación en ciencias de la salud,
4. Producción excesiva de profesionales médicos en detrimento de la formación de otras categorías de recursos humanos para la salud,
5. Formación de recursos humanos para la salud no adaptados a las necesidades sanitarias nacionales y regionales del país,
6. Aliento desmedido a favor de la especialización con detrimento de la formación y jerarquización generalista,
7. Insuficiente orientación hacia los aspectos sanitarios de prevención, promoción, protección y rehabilitación de la salud,
8. Enfoque incompleto de la proyección social de las profesiones vinculadas a la salud,
9. Currícula poco flexible y divorciada de la realidad sanitaria nacional y regional,
10. Evaluación inorgánica no confiable ni reproducible,
11. Discontinuidad en la conducción, formulación y evaluación de planes y políticas educativas,
12. Metodología educativa inadecuada o desactualizada,
13. Inadecuada normatización de las actividades educativas, especialmente del postgrado,
14. Información no actualizada, oportuna y confiable respecto del recurso humano disponible y necesario en cuanto a número y calidad de acuerdo con las necesidades sanitarias,
15. Existencia de tres subsectores de atención de la salud incoordinados e inarticulados entre sí,
16. Falta de estimación de las reales posibilidades de los servicios de salud, insuficiente aprovechamiento de los mismos y disminución irracional de la capacidad operativa de muchos de ellos,
17. Débiles mecanismos de acreditación de los servicios de salud,
18. Política sanitaria variable, discontinua o ausente con falta de un plan de salud concreto y definido,
19. Insuficientes o mal asignados recursos económicos.

Las escuelas médicas y de ciencias vinculadas a la salud que tratan de formar a sus alumnos con criterios científicos, no han podido solucionar totalmente el problema de la formación de sus docentes. En general, la formación de los docentes no ha progresado paralelamente, como cabría esperar, con los adelantos de la ciencia y la técnica; se ha confiado excesivamente en la aptitud de los médicos en especial por la docencia y todavía se acepta que se realice docencia en los momentos libres sin considerar esta actividad como una verdadera profesión.

La demanda de educación superior progresa en proporción geométrica y esta demanda no sólo puede ser satisfecha con incrementos presupuestarios, sino con una sólida infraestructura y docentes fuertemente capacitados, con un manejo fluido de la psicología y de las técnicas pedagógicas.

Uno de los indicadores del potencial de desarrollo de un país es su nivel de educación, la reserva de científicos y técnicos y la capacidad de investigación; Aristóteles sostenía que “la educación es en efecto la esencia y el fin de la comunidad política”.

La enseñanza superior no constituye una excepción para la aplicación de principios, normas y técnicas pedagógicas; necesita cada vez más bases científicas actualizadas y técnicas probadas para que sus docentes perfeccionen su vocación o las condiciones naturales de excelentes profesionales o científicos que posean.

Los problemas de salud conciernen a todos, universidades, salud pública, grupos profesionales y la comunidad toda quienes, además de actuar en sus campos e incumbencias específicas, deberían estar estrechamente relacionados, articulados e interactivos.

Los servicios de salud deberían ser considerados los máximos responsables directos en la formación de los recursos humanos para la salud; la acción y la actitud profesional será el producto de la interrelación de la personalidad que cada uno trae y de la acción del medio o el proceso docente sobre él. La valoración del producto permite evaluar las instituciones y servicios y el proceso mismo.

Los objetivos generales del proceso educativo debería tender a proporcionar y obtener conocimientos cada vez más altos en sus destinatarios, tratando de alcanzar no sólo una elevada calidad en la aplicación de los mismos, sino también niveles de análisis, síntesis y evaluación en lo teórico y en lo fáctico; la formación de postgrado debe lograr un producto que no sólo se comporte como un recurso humano específicamente capacitado sino que además constituya un recurso capaz de

tomar decisiones ajustadas frente a situaciones nuevas y resolver con responsabilidad y eficiencia los problemas específicos y concurrentes.

Las facultades de medicina y las sociedades científicas deberían ser las encargadas especialmente de la formación continuada de los médicos de Atención Primaria.

Es indispensable incentivar el rendimiento de los profesionales médicos mediante su reconocimiento profesional, laboral y salarial, siempre ligado a la responsabilidad, competencia y productividad del trabajo médico.

Los médicos deben contar con un sistema sólido de formación continuada, acreditada y en horario laboral para mejorar, entre otras cosas, las competencias profesionales, docentes e investigadoras de ellos mismos y de todo el equipo de salud.

Tiene que haber garantes de la acreditación y reacreditación de los médicos en forma permanente.

Reiteramos que debemos plantearnos sin dilación como objetivo primordial el atender a la calidad de la educación médica impartida en las facultades de medicina.

La misión de las facultades de medicina es la de formar profesionales de excelencia que puedan resolver los problemas de salud tanto individuales como los de la comunidad, con fuerte énfasis en lo que se refiere a atención primaria de la salud.

Además del estudio de los pacientes de forma individual, se espera que el graduado tenga un activo accionar en todo lo que se refiere a medicina preventiva, tanto sea en patologías agudas como crónicas, causadas por todo tipo de agentes.

El escenario médico ha cambiado notablemente en los últimos años. Los pacientes tienen muchas más posibilidades de tratamiento, están mejor informados y exigen, con toda razón, lo mejor que se les pueda brindar para resolver sus problemas. Todo esto plantea un reto a las facultades de medicina, que deben ver como incorporar los nuevos conocimientos, que a veces se suceden en expansión logarítmica.

Las nuevas técnicas de tratamiento han acortado considerablemente los días de internación, ha aumentado la cantidad de pacientes ambulatorios y las facultades de medicina deben adaptar sus métodos de enseñanza a estas nuevas circunstancias; las necesidades y exigencias regionales deberán ser consideradas por cada facultad en particular adaptando los consensos establecidos a cada realidad y necesidad.

En los últimos años se han fundado una gran cantidad de facultades de medicina en países de Sud América. Algunas son estatales y otras son privadas. Algunas son de

excelente nivel y otras son muy pobres. Algunas se han fundado después de reflexivos y profundos estudios de una necesidad concreta y otras, con objetivos meramente lucrativos.

Así las cosas, se impone como necesidad la acreditación de facultades de medicina. Prácticamente todos los países emprendieron la difícil, y a veces conflictiva tarea, de establecer estándares de calidad que condujeran a acreditar carreras de medicina. Decidir por cuánto tiempo tendría validez la acreditación, cuál sería el tiempo adecuado para lograr las modificaciones indicadas o sugeridas por las instituciones de acreditación son algunos de los puntos clave. Puede estimarse que internamente el problema de la acreditación está razonablemente resuelto en muchos países, pero surge la necesidad de poder tener una acreditación que garantice una homogeneidad de calidad a nivel interuniversitario.

Entonces convengamos que hay que promover el desarrollo de la calidad de la educación médica de las carreras de medicina y otras carreras relacionadas con las ciencias de la salud por medio de los procesos de acreditación.

Promover mecanismos de evaluación voluntaria de las instituciones universitarias.

Promover, establecer y contribuir a la fijación de patrones o estándares de calidad aplicables a ellas.

Promover y contribuir al mejoramiento, capacitación y adecuación ética de estas instituciones.

Concientizar sobre la necesidad de contar con sistemas, normas y procedimientos confiables de acreditación institucional, así como el mejoramiento de la calidad en la educación médica.

Desarrollar, analizar y evaluar los procesos de acreditación de Instituciones Universitarias de Ciencias Médicas, Carreras y Programas de Postgrado (maestrías, residencias etc.) y de los servicios que le son propios (algunas de estas postulaciones pertenecen a CIDAFAM Consejo Internacional de Acreditación de Facultades de Medicina).

No se debe permitir que se adopten medidas que afecten a la docencia e investigación, poniendo en peligro la sostenibilidad y la calidad del sistema de salud. Un médico mal formado o que no recibe una formación continuada es un médico ineficiente.

En la gran crisis económica y social que afecta a la atención de la salud en toda América Latina, pueden identificarse tres grandes causales que la originan y profundizan cada vez más.

* Falta de políticas con contenido popular que orienten los recursos de la atención de la salud y la enfermedad en función de las necesidades del pueblo.

En muchos casos trágicos, las políticas claras y expresas, orientan los recursos sociales y económicos para agrandar la rentabilidad del gigantesco aparato comercial, productor de tecnología y proveedor de seguros personales que margina a una enorme masa de población de las posibilidades de acceso a sus necesidades básicas para sobrevivir en salud.

* Inexistencia de modelos visibles y reales que aseguren la plena satisfacción de las necesidades y la utilización lógica de los recursos para la salud como bien social.

* El problema de la formación de los recursos humanos, en función de las necesidades populares.

Recursos que son modelados por el peso insostenible de un modelo real y un campo de práctica y aprendizaje estructurados acorde a las políticas de dependencia, donde la atención de la salud y sus insumos son bienes sujetos a las reglas del mercado.

Muchas veces, políticos, economistas y especialmente la tecnocracia sanitaria analizaron y discutieron cuál de los tres es el factor más importante, o cuál es el orden o secuencia para lograr que un país ordene sus recursos o administre los mismos en función del bien común o de la justicia social en el cuidado de la salud de los pueblos. Generalmente se concluye en que la no formulación de un proyecto político claro y preciso es lo primero y más importante.

Otros sostienen que, explicitado el modelo teórico-político, la restricción más importante reside en el aparato formador del recurso humano para la salud sometido al modelo tecnocrático, academicista y mercantilizado de atención de la salud y que opera para promover la atención de la enfermedad y mejorar el consumo de tecnología y medicamentos.

Una tercera variable destacada por algunos analistas muestra ejemplos de excelentes modelos político-teóricos, acompañados de una apropiada sujeción del aparato formador al enunciado político propuesto. Estos enfatizan, a nivel del desaliento, la inexistencia de un campo de práctica, aprendizaje y adoctrinamiento que permitan la formación apropiada del equipo de salud, en función de los intereses populares y en el

manejo de las herramientas y tecnologías realmente reclamadas por la opinión pública o la lógica del sentido común.

En el largo y estéril discurso analítico, se sostiene por años las justificaciones políticas, éticas y administrativas con las cuales los distintos sectores responsables que operan para la salud de los pueblos, acallan sus conciencias, trasladando a otros la carga de la traición social que significa no iniciar la reforma sanitaria que exige la crisis en América Latina.

Es evidente que los tres ingredientes tienen igual valor y que los tres debemos resolverlos al mismo tiempo:

* Construir modelos visibles y creíbles, con una reforma sanitaria sustancial.

* Formar el recurso humano adecuado y apto para trabajar y reproducir ese modelo.

Hacerlo indestructible con la fuerza de la expresión y definición política clara y precisa de la opinión de las mayorías.

La Argentina posible necesita reformular y definir claramente, con proyección histórica, distintos ámbitos de sus quehaceres y especialmente el de la educación, la salud, la ciencia y la técnica que, sin lugar a dudas, signará el desarrollo real de nuestro pueblo.

El camino para lograr la formación de los recursos humanos para la salud es la educación. En la educación hay maestros, existe el ejercicio, la educación propia, el camino hacia la libertad, el crédito al esfuerzo, el proceso moral.

Estar educado es haber conseguido un perfil propio, dinámico, prospectivo, desprejuiciado, comprometido, definido por su propio objeto y por su papel inmerso en la totalidad social.

La salud, es la disposición por parte del individuo y la comunidad de los recursos biológicos, psíquicos, sociales, económicos y políticos para sobreponerse a los trastornos ocasionados por alteraciones físicas, mentales o sociales.

El sector salud se puede comparar con una industria que produce bienes y servicios y que tiene, en forma creciente, un carácter social y cuyos recursos humanos dependen cada vez más de los Estados sobre todo en aquellos comprometidos en la lucha por el desarrollo social y económico.

La empresa de salud es una empresa de uso intensivo de trabajo y no de uso intensivo de capital como ocurre en otras empresas modernas. El producto del subsistema de formación del equipo de salud constituye el aporte básico al subsistema de prestaciones.

La educación de los recursos humanos para la salud es un poderoso instrumento de salud; por ello debe organizarse la educación global del equipo de salud con objetivos

claros y precisos, terminando con la falta de integración que hay entre los procesos, las instituciones, las jurisdicciones administrativas que corresponden a la formación de pregrado, postgrado, residencias, educación continua y los niveles político-administrativos del área de salud pública.

CRÍTICA A LAS INCUMBENCIAS Y RESPONSABILIDADES QUE LES CABEN A LAS INSTITUCIONES FORMADORAS DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Las instituciones y estructuras formadoras de recursos humanos para la salud siguen enfatizando, tradicionalmente, en los aspectos de la formación académica cuando, en realidad, deberían destinar sus esfuerzos a preparar y capacitar para la atención de la salud, la medicina sanitaria, el saneamiento ambiental, la medicina social y la administración de la salud.

Lo enunciado precedentemente no implica un ataque improvisado y poco piadoso a las todavía ínsulas blindadas e invulnerables que son las instituciones formadoras de los recursos humanos para la salud. Grandes críticos, sumamente alarmados, consideran a las Facultades de Medicina, Facultades de Ciencias de la Salud, Escuelas de Enfermería, etc. como la base de casi todos los problemas en la atención de la salud, la medicina sanitaria y la administración de salud.

Muchas de las deficiencias del equipo de salud se explican por un fracaso en los contenidos y organización de los cursos, la enseñanza y los objetivos, el trabajo excesivo de los docentes obligados a preparar a sus alumnos para los exámenes en lugar de darles una educación mental liberadora, la incapacidad para formar bien a un número suficiente de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud; la abdicación de la responsabilidad de la enseñanza y la asistencia adecuada a los pacientes para concentrarse en la investigación pura que es para muchos hedonísticamente grata y proporciona mayor status.

Muchas instituciones de servicios docentes son más propensas a entregar a los jóvenes incompetentes un título habilitante que a reconocer que se han equivocado en sus objetivos, en los métodos de enseñanza y evaluación, en la planificación y en la programación curricular.

El profesor de medicina o de ciencias de la salud orientado hacia la investigación no se halla predispuesto, en general, para enseñar los contenidos adecuados que son

necesarios para la atención de las personas y de las comunidades y los profesionales de la salud, dedicados a los enfermos, no tienen acceso e interrelación con la universidad que los ha formado.

La atmósfera científicista realza la formación académica, subestimando muchas veces la existencia cotidiana del enfermo y su realidad ecológica y social. Como consecuencia, suele suceder que el profesional recién egresado no sepa cómo ejercer.

No hay selección en las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud y si la hay es arbitraria y mal orientada. Se excluye de la currícula la historia y la filosofía de la medicina; no se trabaja sobre la relación médico-paciente; se excluye el estudio de las humanidades contribuyendo a convertir al joven egresado en un técnico además de tecnologizado y tecnolátrico; el arte es olvidado en nombre de una ciencia incompleta y lo más importante es que los métodos y objetivos de la formación son muchas veces incompatibles con la realidad presente y futura de su trabajo diario y del contexto social que lo rodea; no se aprovecha la capacidad de liderazgo de los profesionales, técnicos y trabajadores de la salud para promover los cambios necesarios para el progreso y el desarrollo de todos los miembros de la comunidad.

No es necesario probar que la educación en el área de la salud es sólo un subsistema inseparable del sistema y modelo de salud que nuestro país disponga en el futuro.

La formación de los recursos humanos para la salud debe ser atendida por la universidad como por las instituciones de servicios sanitarios públicos o privados sea cual sea su nivel de complejidad teniendo en cuenta que éstas deben estar debidamente acreditadas y evaluadas periódicamente mirando su capacidad y calidad docente, la jerarquización de sus miembros con requisitos serios para el acceso y permanencia de los cuadros docentes; la formación, certificación y recertificación periódica de especialidades y la compatibilidad de las propuestas con referencia a las necesidades sanitarias reales que hay que atender.

Los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud deben estar formados adecuadamente y poseer actitud pragmática definida; para ello es imprescindible que su formación se cumpla en servicio, en el momento apropiado, en los lugares en que la atención de la salud se lleva a cabo con el propósito de ajustar las calidades intrínsecas de cada cual vinculándolas a la realidad asistencial.

Habrà que aceptar que la educación en el área de la salud, para que alcance un nivel óptimo de eficacia y eficiencia, debe inscribirse en un plan tecnopolítico orgánico de

salud. Este tipo de educación debe realizarse en ámbitos múltiples para aprovechar la enorme capacidad instalada y los recursos humanos docentes disponibles.

RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

El recurso humano para la salud es toda la población capaz de desarrollar actividades concretas de salud y cuyo objetivo es administrar el futuro concretando, a diferentes niveles, mecanismos permanentes de reajustes y redefinición del sistema de salud.

El recurso humano para la salud es el número de personas que necesitan poseer destrezas, aptitudes, habilidades, actitudes y conductas apropiadas a un modelo organizativo al que se aspira, por ello, para formar y utilizar tal recurso se necesita una política con una coherencia en los criterios vinculados a una idea prospectiva del sistema de salud que se pretenda conseguir.

La política destinada a la formación del recurso humano para la salud deberá ser definida en abierta participación y debate con la propia comunidad (organizaciones de base, agrupaciones gremiales, partidos políticos, aparato educativo pretécnico y preuniversitario) entendiendo que la problemática de la salud pasa por los aspectos social, epidemiológico, clínico y administrativo.

El núcleo central del problema es el proyecto político que da sentido a una planificación en materia de formación de recursos humanos para la salud; conviene agregar que cada profesión en el área de la salud debiera contar con una definición y un perfil claro en función de las características, las realidades y las necesidades sanitarias de nivel nacional, provincial y regional.

En nuestro país, aún hoy, la cantidad y calidad de los recursos humanos para la salud guardan poca relación con las necesidades de salud de gran parte de la población. Se concede al médico una elevada y excesiva importancia en detrimento de otras categorías de trabajadores de la salud. Hay una excesiva concentración de personal en los centros urbanos; continúa la tendencia hacia una especialización sofisticada; el interés sigue centrado en los hospitales de alta complejidad; la orientación de la formación de los recursos humanos se sigue haciendo por grupos profesionales interesados en grupos de población específicos con patologías prevalentes.

La consecuencia de lo expresado, es la utilización ineficiente con distribución desigual de los recursos humanos para la salud.

Para producir recursos humanos para la salud se necesitan muchos hombres, mucho dinero, mucho tiempo y un buen sistema educativo. Estos recursos son difícilmente renovables, tienen una gran inercia lo que hace difícil conducirlos, transformarlos y adaptarlos a nuevas técnicas de atención y a nuevas situaciones administrativas. Se torna necesario vigilar la calidad de los servicios que se prestan, suavizar las relaciones inter e intraprofesionales e influir políticamente para que se integren aceptando el estilo administrativo y organizativo del sistema que los absorbe y los mantiene, se adecuen a las modalidades operativas del sistema de atención y terminen por aceptar e incorporar como propias las políticas en materia de salud que cada sociedad proponga en cada tiempo histórico.

LA FORMACIÓN DEL RECIÉN GRADUADO

Debe ser considerada por la Universidad y por las instituciones de servicio del área de la salud como una ineludible responsabilidad tanto o más importante que el proceso educativo en el pregrado.

La formación de postgrado tiene que tener como soporte la realidad política y social y el sistema de organización de la atención de la salud en el país y contribuir con el esfuerzo individual y de los equipos de salud al cumplimiento de las metas nacionales y a mantener los estándares de calidad en dicha atención de la salud.

La finalidad es el desarrollo de actitudes, aptitudes, habilidades y destrezas aplicadas a la solución de los problemas de la atención de la salud en las instituciones de servicio, demostrando capacidad de liderazgo y predisposición por el trabajo interdisciplinario en el sistema de salud.

El proceso de formación de postgrado sirve, muchas veces, para corregir muchas falencias que aún tiene el proceso de enseñanza-aprendizaje en los claustros universitarios.

La formación de postgrado debe ser la puerta de entrada a la educación continua entendida como un proceso formal de actualización y aprendizaje de nuevos conocimientos teóricos y prácticos, secuencial en el tiempo y con el objetivo definido de mantener los niveles de excelencia en la atención de la salud. Este tipo de formación va más allá del incremento y profundización de conocimientos; debe crear las condiciones personales y grupales para administrar los cambios necesarios, sostener las excelencias

logradas para transformar, integrar y estabilizar el modelo y el sistema de atención a través de los servicios de salud.

EL CAMINO POSIBLE PARA LA EDUCACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD

Se debe formar en lo asistencial, para la docencia, para la investigación científica y para tener una tabla axiológica adecuada.

Las estructuras formadoras son la Universidad, los hospitales y todo tipo de institución pública o privada que brinde servicios de salud de alta calidad y que cuente con profesionales, técnicos y auxiliares dispuestos a la docencia en servicio y que además participen activamente en el movimiento tecnocientífico, docente y cultural del área y que acepten actuar bajo supervisión.

El sistema de enseñanza debe ser igualitario, previsible, con un programa formal vasto, con cursos y exámenes, que proporcione conocimientos científicamente serios y decantados, promueva la generación de nuevas ideas y estimule la autocrítica y la autoeducación permanente.

Hay que abandonar y desterrar todo tipo de enseñanza caótica cuyos contenidos se transmiten dogmáticamente y además la enseñanza que se imparta deberá instalarse en estructuras de calidad.

Si el objetivo es producir una rápida modernización del sistema de salud y una adecuación a los requerimientos y necesidades de la comunidad, realizar sólo acciones fragmentarias en materia de capacitación o muy especializadas no constituye una estrategia adecuada para enfrentar nuestra realidad sanitaria.

En la Física, “masa crítica” es la cantidad de materia fisionable que permite generar una reacción en cadena automantenida. En el plano de la educación, es el núcleo mínimo de individuos formados por medio de procesos sistemáticos y dirigidos hacia objetivos específicos que pueden producir cambios favorables dentro de la organización y facilitar su modernización.

Dicho de otro modo, el área de salud debe, desde adentro, promover todos los cambios necesarios para favorecer la calidad y eficiencia organizativa y facilitar su actualización permanente aplicando criterios y normas racionales y sensatas.

CAUSAS PROBABLES DE LA FALTA DE UNA POLÍTICA EDUCATIVA EN EL ÁREA DE LA SALUD

El análisis de este tipo de cuestión es muy vasto y complejo. Al parecer, no existen en nuestro país planes y denominadores comunes en materia de salud y planes educativos para los recursos humanos congruentes con dichos supuestos. Los intereses en el área de la salud son disímiles y muchas veces incompatibles entre los distintos actores. Es casi imposible compartir normas y principios sanitarios en un país tan extenso y diverso.

Algunas de las causas visibles son:

*Haber brindado capacitación para un número elevado de médicos en detrimento de la formación de otros profesionales, técnicos y auxiliares de la salud y de otras disciplinas conexas (Argentina hace mucho que no necesita más médicos sino mejores médicos).

*Haber desactivado o haber brindado apoyo retaceado a los niveles asistenciales de las instituciones de servicio públicas.

*Haber entrenado en distintas especialidades médicas en forma despereja.

*Haber desaprovechado la capacidad instalada de los establecimientos asistenciales públicos y privados para la formación de recursos humanos para la salud.

*Haber atendido insuficientemente la seguridad, la estabilidad, la carrera, la actualización de las asignaciones salariales de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud.

*Haber desatendido y subestimado las denominadas carreras hospitalarias que mayoritariamente no existen, no tienen estructura orgánica y funcional, cuadro de cargos, jerarquización por medio de concursos periódicos con adecuados niveles de exigencia, con escalas dinerarias retributivas en muchos casos indigna desalentando la dedicación al trabajo que en lugar de invitar a trabajar mucho más tiempo y mejor lo hacen menos y peor.

*Haber desconocido la filosofía y la operatividad de los equipos de salud formados en forma inter y pluridisciplinar y no hacer nada para contribuir a su construcción.

*Haber minimizado la supervisión, la auditoría, la valoración de las instituciones de servicio y las formadoras de recursos humanos.

*Haber permitido la falta de acreditación y actualización tecnocientífica, normativa y administrativa de los servicios de atención.

*Haber consentido el deterioro de la mayoría de las instituciones formadoras de recursos humanos y de servicios en la atención de la salud.

*Haber desnaturalizado la finalidad sociosanitaria del accionar del sistema de salud.

*Haber restringido o impedido, por falta de interés e intervención, los aspectos científicos y docentes necesarios para actualizar en forma permanente los conocimientos de todos los miembros de la plantilla de personal.

*Haber permitido la explosión demográfica de los profesionales de la salud tradicionales que hoy constituyen una oferta desmesurada y que frustran las expectativas individuales de la mayoría de ellos enfrentados con el mercado de trabajo.

*Desinterés y falta de inversión de los tres sistemas de salud existentes en nuestro país en materia de capacitación de recursos humanos.

EL DIVORCIO ENTRE LAS INSTITUCIONES OFICIALES EDUCATIVAS Y LAS SANITARIAS

Tradicionalmente las instituciones educativas oficiales en el área de la salud han fomentado y alentado la formación academicista y la de especialistas muchas veces con el propósito no declarado de formar recursos humanos para la salud como expresión de intereses individuales o sectoriales.

Por otro lado, las autoridades sanitarias no lograron, salvo excepciones, persuadir a las instituciones formadoras acerca de las verdaderas necesidades sanitarias que el país real tiene y obviamente las instituciones educativas se transformaron en instancias secundarias y excluidas para dotar de la idoneidad necesaria y esperada al recurso humano para la salud.

Hace tiempo que el ámbito universitario debió comprender y entender que los esfuerzos que se hacen en materia formativa y de capacitación deben estar destinados a dotar a nuestro país de equipos de salud que tengan interés y dedicación cierta en la atención de la salud con preferencia por las comunidades atendiendo a sus necesidades emergentes y de base general.

Al mismo tiempo, las autoridades sanitarias no deben dudar en facilitar la docencia y la investigación en todos y cada uno de los servicios asistenciales de cualquier nivel, desde los hospitales hasta los centros de salud y postas sanitarias; los servicios en el área de la salud son el teatro permanente de mostración y aprendizaje; limitar las posibilidades docentes de estos efectores de servicio constituye un suicidio institucional ya que cercenaría las posibilidades formativas de la mayoría de los profesionales, técnicos,

auxiliares y trabajadores de la salud en general y descendería la calidad asistencial brindada.

LA FORMACIÓN DOCENTE EN EL ÁREA DE LA SALUD

Hay un hecho paradójico aunque no extendido acerca de que muchas Facultades y Escuelas destinadas a formar recursos humanos para la salud que tratan de formar a sus alumnos con criterios científicos, no hayan podido solucionar totalmente la compleja problemática de la formación de sus docentes.

Se ha confiado excesivamente en la presunta aptitud de los profesionales y técnicos de la salud para la docencia y todavía se acepta que se realice docencia en los ratos libres sin considerar esta actividad como una verdadera profesión que exige dedicación a tiempo completo.

La demanda de educación superior no sólo puede ser satisfecha con incrementos presupuestarios sino que una sólida estructura docente, fuertemente capacitada y que maneje fluidamente las técnicas pedagógicas.

Aristóteles sostenía y el tiempo le ha dado la razón que “la educación es en efecto la esencia y el fin de la comunidad política”. Uno de los indicadores del potencial de desarrollo de un país es el nivel de educación alcanzado, la reserva de científicos y técnicos y la capacidad y la calidad de la investigación tecnocientífica; es fácil imaginar la importancia que adquiere la inversión en este campo.

La enseñanza superior no constituye una excepción para la aplicación de principios y técnicas pedagógicas. Uno de los ejes para la solución de los problemas de la atención de la salud es la educación del equipo de salud, la currícula, la formación de pre y postgrado, la educación continua, la formación docente, la carrera docente, la carrera hospitalaria y el presupuesto.

El proceso docente en el área de la salud, como en otra cualquiera, debe concitar transferencia de conocimientos, exigencias de información actualizada y validada, actualizar sus objetivos, modificar sus metodologías cuando sea necesario, cambiar sus comportamientos para adaptarse a los cambios, mantener la libertad e independencia intelectual, asumir responsabilidades crecientes y tomar decisiones acertadas.

TECNOLOGÍA APROPIADA VERSUS DEPENDENCIA ECONÓMICA Y TECNOLÓGICA

La tecnología apropiada en atención médica es aquella que posee la cantidad y la calidad adecuada de elementos físicos y lógicos capaces de resolver problemas de salud con criterio científico, así como con eficacia, eficiencia y aceptabilidad social; requieren conocimientos y experiencias previas prolongadas en el tiempo para posibilitar un juicio y decisión objetivos al momento de aplicarla.

No siempre los avances científicos, la expansión de la demanda y la atención médica, la mayor complejidad de las prestaciones y la tecnología redundan en el bienestar de las comunidades y, por otro lado, muchas veces los países periféricos adoptan modelos ineficaces e ineficientes para solucionar los problemas de salud de sus poblaciones sin haber reflexionado y evaluado desapasionadamente y por medio de criterios e indicadores propios la necesidad de la incorporación de tecnología médica que no es lo mismo que tecnología para la salud.

La política global, la política tecnológica y la política educativa en el área de la salud deben constituirse en herramientas de análisis y de reflexión al momento de decidir la incorporación de equipamientos tecnológicos para evitar, al mismo tiempo, la agudización de la dependencia económica y tecnológica del país.

LA POSICIÓN EDUCATIVA

El mayor desafío que enfrenta la enseñanza en el área de la salud es el de adecuar su metodología a los constantes progresos de la medicina toda, a las necesidades reales y sentidas de la población y a la construcción de profesionales y trabajadores de la salud adecuados a lo que la sociedad reclama en nuestro país.

Se deberá introducir en el sistema educativo pautas de orientación basadas en la redefinición de muchos de los conocimientos consagrados por el tiempo y por el uso, una instrumentación adecuada de la información, un reconocimiento de las variables sanitarias de cada región del país y los métodos y la oportunidad para solucionar los problemas ocasionados.

La actualización de los conocimientos y el perfeccionamiento de los recursos humanos para la salud no es sólo un problema intelectual sino ético. Todos tenemos limitadas experiencias y saberes personales; no enriquecerse con más conocimientos y otras experiencias nos torna negligentes, inoperantes y traidores de la confianza y las expectativas de los pacientes.

BASES PROGRAMÁTICAS PARA LA DOCENCIA EN EL ÁREA DE LA SALUD

- * Satisfacer la demanda docente, de investigación y de extensión requeridas por estudiantes, graduados, instituciones de servicio y la comunidad.
- *Conducir, planificar, programar, supervisar y evaluar las acciones docentes y de investigación en cualquier ámbito.
- *Contribuir a la recuperación, mantenimiento y elevación del nivel de excelencia del equipo de salud.
- *Velar por la permanente interrelación entre la educación y las reales necesidades sanitarias de la población promoviendo la integración intersectorial.
- *Realizar diagnósticos de actualización permanente de los problemas sanitarios.
- *Definir las bases programáticas de la educación en el área de la salud con la participación de todos los sectores involucrados.
- *Concretar prioridades, recursos y estrategias de abordaje de los problemas y desarrollar al mismo tiempo capacitación y programas de investigación específicos.
- *Promover la actividad interdisciplinar y cierto grado de regionalización intelectual sin dejar de atender las necesidades nacionales.
- *Incentivar la actividad científica y técnica e imponer programas de educación continua.
- *Introducir ajustes en los planes, programas y contenidos curriculares cada vez que sea necesario para que los recursos humanos desarrollen acciones adecuadas.
- *Definir la cantidad y el perfil de los recursos humanos para la salud en un momento dado y en respuesta a las políticas del área.
- *Contribuir a la formación de especialistas sobre todo en áreas críticas para su utilización regional.

EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA

La revolución en la formación científica del médico, llevada a cabo por Abraham Flexner en 1910, ha producido un nuevo doctor más familiarizado con la teoría y el

lenguaje de la ciencia. El mismo Flexner decía que “la educación médica no es cuestión de medicina, sino cuestión de educación” y que “la filosofía actual de la educación tiende a desacreditar el esfuerzo”.

La actualización de los conocimientos y el perfeccionamiento de las destrezas, habilidades y aptitudes de los médicos no sólo son un problema intelectual sino también un problema ético.

El médico debe ser un obrero de la cultura obligado a laborar culturalmente, por eso, sí es grave y plantea un problema moral el médico inactual, que persiste en no abandonar su estado y que sólo sirve para volcar sobre la comunidad su limitada experiencia personal sin cotejo cultural.

Don Quijote dice que “el que lee mucho y anda mucho, va mucho y sabe mucho”.

La medicina es una actividad creadora en la que la primera obligación del médico es la ciencia; la primera condición la conciencia; la primera necesidad la paciencia (F. Escardó).

El médico interesado en su educación continua no puede separar su trabajo de su vida; su trabajo intelectual es la elección de un tipo de vida tanto como de una carrera (W. Mills). La ambivalencia básica radica en que algunos médicos buscan hacer de su título académico un galardón que repercuta sobre sí, sobre su carrera profesional, sobre sus expectativas de status, antes de que sea generadora de una forma de vida.

La tarea médica no puede limitarse y fragmentarse en el acto circunscripto del ejercicio profesional. La medicina no es una actividad residual y parcializada de la realidad circunstancial.

La educación médica continua tiende a conseguir una integración más o menos plena entre el continuum del aprendizaje y la vida, es decir, saber médico actual con conocimiento contemporáneo de la cultura y el clima social.

La educación médica continua (EMC), es el conjunto de actividades educativas que realizan los integrantes médicos del equipo de salud destinadas a mantener y acrecentar su formación profesional de manera acorde con sus propias necesidades profesionales y con las de la salud de la comunidad y que tienen lugar en el lapso que se extiende desde la graduación hasta el abandono de la práctica profesional.

La educación médica continua o permanente deviene como necesidad insoslayable debida a los avances en materia de conocimientos científicos, al rápido deterioro y obsolescencia de las adquisiciones tecnoprofesionales y a la obligación ética de realimentar e incorporar nuevos conocimientos, actitudes y habilidades específicas.

Dicho de otra manera, el médico debe desarrollar una actitud que lo mueva en forma permanente al mantenimiento de su competencia técnica y profesional.

Para la OMS, educación médica continua es aquella que emprende un médico al final de su educación básica (y en ocasiones al finalizar cualquier otro tipo de formación general o como especialista) con el objeto de mejorar su competencia en su calidad de médico práctico y no con la intención de obtener un nuevo título o licencia habilitante.

LOS OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA SON:

- . Facilitar la adecuación de los recursos humanos existentes a las necesidades de la región o del país,
- . Promover en los médicos la responsabilidad y obligación en el autoperfeccionamiento,
- . Incitar a la actualización y perfeccionamiento de los médicos,
- . Incentivar en los graduados la necesidad de la especialización a través de un plan regulador basado en las necesidades del país,
- . Procurar que los centros formadores de recursos humanos en el área de la salud asuman el papel que les corresponde en la educación continua,
- . Lograr una estrecha relación y una integración pedagógica y curricular entre los miembros del equipo de salud y las áreas formativas sean estas universitarias o parauniversitarias.

La metodología a emplear para lograr el cumplimiento de los objetivos señalados debe basarse en un diagnóstico de la realidad teniendo en cuenta las situaciones de salud que se desean corregir, el conocimiento del nivel de formación y capacitación del recurso humano que se pretende instruir y el contexto de los objetivos sanitarios y sociales nacionales, regionales o institucionales.

Los contenidos de los programas de EMC deben ser previamente planificados. La planificación debe sustentarse en el estudio analítico con capacidad prospectiva acerca de los conocimientos y destrezas que se hacen necesarios adquirir frente a las realidades sanitarias para su implantación inmediata o bien para dotar de recurso humano apto a los programas de mediano y largo plazo. Este parece ser el planteo crítico de la realidad del país. En otro orden de cosas, parece lícito no insistir ni alentar programas de educación médica para adquirir novedades científicas que no pueden, en un plazo razonable, aplicarse en la práctica. En nuestra realidad sanitaria, es mejor favorecer la aplicación más eficiente de lo conocido; es decir, que el grueso de la EMC debe estar constituido por la utilización de conocimientos biomédicos o clínicos ya disponibles y que, por una u otra razón, no se aplican o se los implementa deficientemente en la

práctica médica. Esto no significa cercenar las motivaciones intelectuales de los médicos ni bloquear la información sobre los avances que habrán de fundamentar el futuro en una nueva realidad.

La EMC tiene tres modalidades: la especialización, el perfeccionamiento y la actualización. La EMC debe considerarse moral e intelectualmente obligatoria para el médico y la sociedad debe apoyar, incentivar y hasta sostener este criterio en defensa de la calidad de los servicios que se le prestan y en la preservación de su salud.

La EMC, como ya ha sido dicho, debe ser y estar planificada, organizada, sistematizada, tener apoyo informativo y bibliográfico previo al desarrollo de los programas, poseer una plantilla de docentes bien formados en lo pedagógico, implantar un correcto sistema de valoración y establecer claramente los objetivos de acuerdo con la realidad sanitaria.

La formación y capacitación del recurso humano para la salud debe considerarse como un subsistema del sistema de salud (O.L. Aguilar). Este subsistema debe depender de un organismo mixto integrado por el gobierno de salud, el gobierno de la educación, las sociedades científicas y las agrupaciones profesionales con la participación de usuarios.

La medicina involucra ciencia, arte y praxis y es ejercida por seres humanos formados técnica y humanísticamente; estos seres humanos constituyen el equipo de salud que equivale a decir los recursos humanos para la salud.

El RECURSO HUMANO es un grupo de personas interrelacionadas, con capacidad de convivencia, con motivación social inequívoca, con conocimientos técnicos específicos y con convicción suficiente para ejecutar las políticas y los programas.

El desarrollo o promoción de los recursos humanos implica un mejoramiento de las condiciones de salud, educación, vivienda, trabajo y organización social; mejora la calidad del capital humano de la sociedad.

Por falta, entre otras cosas, de una política de recursos humanos para la salud, planificada desde el pregrado, el sistema sanitario adolece de graves falencias, desequilibrios, falta de articulación y enorme gasto con pobres indicadores de salud positiva.

Se hace necesario integrar, coordinar y articular los servicios de salud con los sistemas de educación médica. La educación de los recursos humanos para la salud debe orientarse a preparar profesionales y técnicos en función de las necesidades del sector y aptos para su inserción en el medio en un país tan diverso, extenso y plural como la

Argentina que deberá definir políticas sanitarias y sociales y persuadir a las instituciones formadoras del papel y la responsabilidad que les compete.

BASES Y MOTIVACIONES PARA EL APRENDIZAJE DE LA MEDICINA

Tal vez, el mayor desafío que enfrenta la enseñanza-aprendizaje de la medicina sea el de adecuar su metodología a los constantes progresos científicos y a la construcción de un nuevo modelo de estudiante y de docente que la sociedad necesita en nuestro país.

En este último sentido, la clásica formación académica deberá ser reemplazada por un diseño acorde con estas nuevas exigencias. La experiencia actualizada indica que existen áreas conflictivas representadas por alumnos que no “sienten” pertenecer a un equipo de trabajo que es la cátedra y docentes frustrados en choque permanente con el sistema, el tipo y número de alumnos, la remuneración, el equipamiento, etc.

La cátedra, además de ser un “equipo de trabajo” destinado a transmitir ideas, conocimientos, destrezas, habilidades y saber problematizado, es una estructura cuyo “modo de vida” se traduce por la forma en que se establecen las relaciones humanas entre profesores y alumnos.

Creemos en la ineludible necesidad de incorporar en la enseñanza al estudiante con un papel activo en el lugar y con el equipo de trabajo, crearle responsabilidades y adecuarlo no sólo para enfrentar los aspectos formativos expresados en volumen de conocimientos sino también flexibilizar el medio para posibilitar sus variaciones de actitud, adquisición de hábitos de pensamiento y nuevos modelos de conducta.

Esta posición educativa tendrá que desembocar en una nueva actitud integradora y expansiva de la cátedra, con un constante compromiso de aportar conductas, soluciones, diseños y sistemas congruentes con lo propio y atinente y relacionados con el todo de la educación médica.

Lo enunciado, tiende a posibilitar la formación del estudiante con suficiente capacidad para asumir las necesidades y posibilidades del medio y de los medios; habilitarlo para pensar con originalidad; participar en el equipo de trabajo y servir como agente de cambio; tornarlo reflexivo y responsable al ser consciente de sus posibilidades y

limitaciones, dinámico y dúctil para adquirir la capacidad de asumir conductas válidas y participante activo del proceso de aprendizaje y del educativo en general.

Para la concreción de estos objetivos, se hace necesario un programa de actividades arduo, intenso y esforzado pero altamente gratificante –a futuro- para alumnos y docentes.

Los programas deben estar estrictamente planificados de antemano y ser viables de acuerdo con el tiempo disponible, recursos humanos, equipamiento, etc. para evitar desorganización, confusión, improvisación y pérdidas de tiempo y rendimiento.

Conviene establecer un criterio en cuanto a la cantidad de información detallada que debe consumir e incorporar el alumno y, siempre, deberá contarse con las posibilidades ciertas de mostrar objetivamente aquello que se propone enseñar.

En la Argentina se suceden y se vivencian crisis sucesivas que también atañen al quehacer profesional médico y que se imbrican y entretajan con otras crisis de índole política, económica, social, científica, tecnológica y cultural; esto trae agudas contradicciones entre las aspiraciones profesionales y sociales y la realidad en que se vive; por otra parte, una cosa son las miradas pedagógicas en el trabajo educativo y otra, la inserción del producto formado en el terreno de las verdaderas necesidades sanitarias y sociales del medio.

Otro factor, que en nuestro país hace mucho que no se tiene en cuenta, es el porqué de la “elección profesional” que hace el joven que ingresa a la universidad. Sabido es que esta elección responde a variados motivos de desigual valor (sugestión de un profesor, identificación con alguna imagen familiar, interés teórico sobre una tendencia motivacional, etc., etc.) y puede ser engañosa o precaria determinando un compromiso relativo inicial con esta elección.

Es deseable que la orientación motivacional sea previa a la elección, lo más segura y consciente posible y que se ajuste a las condiciones de la persona, su conducta y el contexto social, político y económico que le rodea en tanto circunstancia actual y en función de una futura realidad de cambio.

En todo caso, el alumno debería preguntarse si su predilección por el objeto referencial con el que va a trabajar en su acción profesional lo considera realmente importante y desea contactar con él con un tipo de relación adecuada.

La elección es una síntesis de factores subjetivos (motivación, aptitud, tendencia, experiencia personal, nivel de aspiración, etc.) y objetivos (realidad social, necesidad

económica, existencia o no de centros de aprendizaje, valor, diseño y duración del proceso de capacitación, etc.). Esto es que, el concepto de motivación o vocación que tiene que manejar el joven aspirante se integra en múltiples aspectos y da lugar a diversos sentidos en los que interviene aquello por lo que se siente atracción; la aspiración a un determinado camino profesional y el sentido y modo que se le dará; aquello para lo que se tienen condiciones; mecanismos psicológicos profundos y antiguos; condicionamiento exterior (condiciones socioeconómicas del estudiante, de su medio familiar y del país en que vive). Todo se basa en el valor que se estime y en función de un motivo principal que puede canalizarse por distintas sendas. Es decir, hay variables de orden psicológico, físico y existencial. La motivación no sólo se expresa al elegir sino también en la perseverancia, el estilo y la actitud con que se recorre el camino elegido.

No nos parece inútil insistir sobre la necesidad imprescindible de distinguir entre motivación y medio de vida; la realización personal debería independizarse de la necesidad de subvenir a las propias necesidades. Se trabaja para poder vivir y se realiza lo que se aspira para sentirse vivo. En la medida en que se satisfacen las íntimas aspiraciones, se aleja el fracaso y la frustración.

Los estudiantes deberían reflexionar que el éxito pragmático que desean encontrar en el ejercicio profesional depende de muchos factores coyunturales que pueden hacer variar el prestigio y la rentabilidad de una profesión cualquiera; por otra parte, “la especialización” es un hecho cultural que hay que admitir como una situación concreta y limitada que sólo puede y debe superarse con el ejercicio de otras habilidades y posibilidades culturales adquiridas previa o paralelamente al aprendizaje profesional.

La orientación “postelección” debe continuar como parte de una concepción totalizadora del proceso educativo en la institución educativa a través del seguimiento tutelado de todos y cada uno de los alumnos; se debería introducir en el sistema pautas de orientación basadas en la redefinición de aptitudes, instrumentación de la información, asesoramiento sobre las cambiantes perspectivas del país, etc. tendiendo a crear, desde el vamos, alumnos y futuros profesionales en situación social a partir de una actitud “no insular” y no alienada por la estrecha perspectiva que suelen tener los no iniciados.

El diálogo constante y ajustado al requerimiento individual del alumno, impresiona como necesario y el proceso educativo debería contemplarlo y proporcionar este tipo de “servicio” y contención.

El quehacer específico del ejercicio de la medicina, actualmente, ha trascendido a las ideas de relaciones espaciales y temporales encerradas en el cuerpo de un individuo; se ha extendido y roto el concepto de formal y funcional; se ha abierto la frontera de la patología celular que lo explicaba todo y definitivamente; la visión, la mirada y la búsqueda del real impacto de la tarea médica es cada vez más totalizadora; el exclusivo sentido biológico ya no alcanza para curar y mejorar; lo biológico se articula con lo psicológico, social y cultural.

Se pretende curar sin dañar y por sobre todo, dar la mejor calidad de vida que sea posible.

Será necesario mostrar a las jóvenes generaciones la vigencia real de estos aciertos a través de un proceso decantado y significativo del material científico que se utiliza para la formación de médicos.

TEORÍA Y PRAXIS DE LA MEDICINA

Los avances médicos de los últimos cincuenta años se apoyan en paradigmas conceptuales muy anteriores, muy antiguos y completamente desnaturalizados de acuerdo con la realidad actual. Hoy en día nos resulta muy difícil comprender el sentido de la inmensa cantidad de datos que nos está ofreciendo la investigación médica, las ciencias básicas, las ciencias afines a la medicina y la profusión de tecnología médica para el diagnóstico y la intervención terapéutica; no tenemos el marco teórico necesario para su comprensión global y profunda. La medicina actual carece de un sólido paradigma filosófico capaz de integrar, articular y dar sentido a las múltiples y diversas aportaciones que le ofrecen las denominadas “ciencias de la salud” como la economía sanitaria, la sociología sanitaria, la psicología de la salud, el derecho sanitario, la arquitectura sanitaria y otras muchas. La elaboración de un nuevo marco conceptual, capaz de repensar los fundamentos del quehacer médico e investigar filosóficamente la naturaleza de la práctica clínica es lo que debería constituir la tarea de construir una auténtica “Teoría de la Medicina”.

Tal teoría tendría que incluir varias cuestiones como la relación entre la necesidad, el deseo, la demanda y la queja que se mezclan en toda consulta médica; la interrelación entre cuatro grandes protagonistas que interactúan en el sistema sanitario: el médico con el resto del personal sanitario, el enfermo con su familia y allegados, el tercer pagador de carácter público o privado y el sistema industrial-sanitario como la problemática que plantean determinados recursos genéticos y farmacológicos que son, por el momento, técnicamente posibles y económicamente inviables. El campo que se abre es tan diverso como complejo pero es también tan importante como trascendente.

Por otra parte y no es casual, hay un crecimiento notable de las humanidades médicas en las universidades europeas y estadounidenses, particularmente a partir del año 2000, como voluntad política imperiosa en términos de educación de recursos humanos para la salud para que logren adaptarse a nuestro tiempo y necesidades.

Los proyectos de investigación de punta en el área de la medicina como en otras disciplinas se basan en la colaboración internacional que conllevan numerosos beneficios, aunque también presenta diversas limitaciones. La proporción de estas colaboraciones, valorada especialmente desde el punto de vista del número de autores que aparecen en los artículos publicados, ha crecido de forma exponencial en los últimos años, reflejando no sólo la naturaleza internacional sino también multidisciplinar de los mismos y, al mismo tiempo, se exige, audita y verifica la realización responsable de la investigación. La realización responsable de la investigación es un factor primordial para el desarrollo de la ciencia con integridad. Existe, asimismo, la necesidad de construir eficazmente las capacidades de cada nación con la finalidad de hacer frente a la mala praxis científica cuando ésta ocurra y poder prevenirla.

En estos momentos la investigación científica y tecnológica se enfrenta con una serie de problemas como la adquisición y gestión de datos, la solución de los conflictos de intereses y el compromiso de los investigadores con la tarea; la protección de los investigadores activos, la lucha y el contralor de la mala praxis de la investigación, normalización de las prácticas de publicación científica y responsabilidad de los verdaderos autores, tutorías y financiación, transparencia y equilibrio en la colaboración científica estimulando la movilidad pero tomando en cuenta los límites culturales, lingüísticos, institucionales y políticos para una praxis correcta de la investigación,

establecimiento de acuerdos para el manejo de datos científicos entre diferentes países y grupos de investigación, liderazgos y estatus de los proyectos, establecimiento de los controles de diseño, plazos para la finalización de las distintas fases, requisitos para la publicación.

También, es necesario prestar atención a si las cuestiones propuestas son política o culturalmente correctas; muchas veces los conceptos y los términos utilizados no poseen el mismo significado para todos o pueden existir inconsistencias en la comprensión de ciertas enfermedades. Otra posible limitación es la disponibilidad de los investigadores implicados en los proyectos en los países menos desarrollados, ya que a menudo poseen diversos trabajos con la finalidad de mantener unas condiciones de vida aceptables. En algunos casos, los investigadores de los países más desarrollados pueden enfrentarse a la desagradable realidad que, en algunas culturas, un proyecto determinado no podrá empezar ni finalizar por el tipo de condiciones existentes o inexistentes.

Durante la fase de planificación, los aspectos éticos cobran especial relevancia. En este sentido, el concepto de protección adecuada como por ejemplo el significado de consentimiento, puede variar entre distintas culturas. En muchos casos, los comités institucionales responsables de la revisión de proyectos imponen exigencias poco realistas y excesivamente burocratizadas a los grupos de investigación. En ocasiones, la explicación de conceptos aparentemente sencillos como placebo y riesgo puede representar un problema de difícil solución. Asimismo, las posibles reacciones de la comunidad local a los estudios de investigación deberían anticiparse y, de ser posible, ser gestionadas en cada lugar.

La segunda fase del proyecto, de creación y manejo de grupos de datos, presenta otros problemas y dificultades. Es muy importante corroborar la terminología y las diversas construcciones utilizadas para evitar sesgos y asegurar la fiabilidad a la hora de realizar comparaciones. Temas especialmente delicados son los conceptos de posesión, acceso y control de datos.

Los científicos de diferentes países también pueden experimentar limitaciones de tiempo y trabajo; se ha observado que en investigaciones internacionales, existe un número considerable de investigadores pertenecientes a los países menos desarrollados que abandonan el proyecto como consecuencia de su emigración a países más desarrollados o por el simple hecho de cambiar de trabajo debido a las condiciones

laborales precarias propias de ese país. Los diferentes problemas que pueden aparecer pueden deberse a las propias condiciones de vida en los países en vía de desarrollo.

La tercera fase se concentra en la diseminación y publicación de resultados y existen diversas expectativas culturales derivadas de los estilos variables de narración académica así como el orden de los autores puede conllevar dificultades y esfuerzos notables; no es infrecuente observar la inclusión de autores en función de consideraciones jerárquicas, aún en ausencia de una participación explícita o implícita de los mismos en un proyecto determinado.

En nuestro país, no se concede un espacio adecuado a las humanidades médicas y a las ciencias sociosanitarias en la formación médica; esto viene de muy lejos y no se advierte una tendencia al cambio (en la década del '60 el maestro Profesor Doctor Pedro Laín Entralgo de España dictó un largo y profundo curso de Antropología Médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; éramos sólo ocho alumnos; hoy ni se haría la propuesta de tal capacitación universitaria...).

Sin embargo, en otras latitudes, se produjo el florecimiento en las universidades norteamericanas de los departamentos de *Medical Humanities* a partir de los años setenta y es paralelo al importante desarrollo que estas mismas disciplinas están teniendo actualmente en las universidades de los principales países europeos.

Las humanidades médicas no pueden ni deben tener un carácter amateur, decorativo y optativo que han tenido en otras épocas en la formación de grado de los médicos; hay que darles un rigor académico y obligatoriedad que les permita servir como instrumento de análisis global de los grandes problemas teóricos que plantea cada día la compleja práctica de la medicina actual.

Fuera del alcance del método científico-experimental, hay una importante serie de aspectos personales y sociales de la medicina como los componentes psíquicos de la enfermedad, los factores socioeconómicos y socioculturales, el papel de la situación histórica de cada enfermo, la condición ética básica de los actos clínicos, la variabilidad del saber médico a lo largo del tiempo que deberían tenerse en cuenta.

Las humanidades médicas son imprescindibles para complementar las materias tradicionales desde la anatomía hasta la higiene y la terapéutica; no es posible conocer la anatomía humana sin haber meditado sobre el libro "De humanis corporis fabrica" de Andrés Vesalio (1543); interpretar la neurología sin recurrir al libro de Thomas Willis "The Anatomy of the Brain and Nerves" (1664) o dejar de leer las publicaciones originales de Alois Alzheimer (1906), James Parkinson "Essay on the Shaking Palsy)

(1817), Thomas Sydenham (1624 – 1689) de la corea menor o reumática; la descripción del drama pancreático por Georges Paul Dieulafoy (1839 – 1911), la angina de pecho por William Heberden (1768), la circulación de la sangre “Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus” de Guillermo Harvey (1628); la “Fisiología del sistema nervioso” de John F. Fulton (1938), la “Folia Neurobiológica Argentina” de Christofredo Jakob (1939); la “Teoría del Hospital” de Ramón Carrillo (1951); “De la vejez” de Cicerón (1546)...

La psicología médica no puede ser, como hasta ahora ha venido sucediendo, pese a los ingentes esfuerzos en la Argentina del Doctor Jorge Insúa y tantos otros de simple introducción psicológica a la psiquiatría; una sociología médica capaz de dar razón de todas las implicaciones sociales, económicas y jurídicas de la salud, la enfermedad y la asistencia médica; una antropología cultural de la medicina, en la cual sea científicamente estudiada la relación entre la salud y la enfermedad y las distintas situaciones históricasociales en que desde el *Homo habilis* hasta el *Homo sapiens* se ha realizado la condición humana; una ética médica que, más allá de la vieja e insuficiente deontología de la medicina, muestre cómo la constitutiva eticidad de la vida y las acciones del hombre se ha expresado en el pasado, y debe expresarse hoy, tanto en el pensamiento como en la praxis del médico; una historia de la medicina apta para la formación intelectual del práctico y el teórico de ella y por tanto no limitada a la más o menos erudita información del sanador; una epistemología de la medicina adecuada a lo que la medicina es; una antropología médica general, en la cual tengan su verdadero fundamento teórico el saber y el quehacer del médico; esto es parte del ideario del maestro Pedro Laín Entralgo (1908 – 2001); no debe admitirse que la geriatría y la gerontología no se enseñe obligatoriamente en el pregrado teniendo en cuenta la irreversible explosión demográfica de la vejez en el mundo.

Nos proponemos sugerir para la construcción de una nueva teoría de la medicina y de una praxis congruente con ella los paradigmas siguientes:

* Reconocimiento de los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales y el ejercicio profesional centrado en el paciente.

* Comprensión acerca de la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y la profesión, con especial atención al secreto profesional.

- * Aplicar el principio de justicia social a la práctica profesional y comprender las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.
- * Desarrollar la práctica profesional con respeto por la autonomía del paciente, sus creencias y cultura.
- * Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.
- * Establecer una buena comunicación interpersonal que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales.
- * Reconocer los determinantes de salud en la población, tanto los genéticos como los dependientes del sexo y estilo de vida, demográficos, ambientales, sociales, económicos, psicológicos y culturales.
- * Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud y los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.
- * Conocimientos básicos del Sistema Nacional de Salud y de legislación sanitaria del país en el que uno se encuentra y trabaja; conocer, comparativamente, otras realidades y modelos sociosanitarios.
- * Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información clínica y biomédica para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica y sanitaria.
- * Saber utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación.
- * Tener, en la actividad profesional, un punto de vista crítico, creativo, con escepticismo constructivo y orientado a la investigación.
- * Comprender la importancia y las limitaciones del pensamiento científico en el estudio, la prevención y el manejo de las enfermedades.

* Ser capaz de formular hipótesis, recolectar y valorar de forma crítica la información para la resolución de problemas, siguiendo el método científico.

*Ofrecer a los estudiantes y a los jóvenes graduados una visión conceptual y transdisciplinar de la medicina que, recurriendo a conocimientos básicos de historia, filosofía, narrativa, sociología y otras disciplinas, proporcione una imagen realista y más completa de los diversos aspectos de la ciencia y de la profesión por la que los alumnos han optado.

Esta visión ha de abarcar, al menos, los siguientes aspectos conceptuales:

* La enfermedad es una realidad histórica con múltiples dimensiones, es decir, los factores que a lo largo del tiempo influyen en la aparición, los cambios y la desaparición de enfermedades: factores geográficos, climáticos, bélicos, laborales, alimentarios, culturales.

* La profesión médica está inmersa y se ejerce en la realidad social, que se define históricamente a través de una serie de instituciones regidas por derecho: las asistenciales (consultas, hospitales, centros de salud), las docentes (facultades de medicina, hospitales universitarios), las profesionales y científicas (colegios médicos, asociaciones de especialistas, revistas y congresos).

* Las ciencias sanitarias no son saberes en exclusiva de los médicos aunque éstos actúen sobre la enfermedad en el ejercicio profesional. En estos saberes hay que distinguir, histórica y conceptualmente, todas las formas alternativas de medicina, con sus respectivos componentes empíricos, mágicoreligiosos y especulativos.

* La experiencia personal, subjetiva y biográfica del enfermo, sólo se puede comprender, en la clínica, a través de la narrativa personal de cada paciente, y en el aula a través de profesores y maestros que han sido capaces de sintetizar en sus cabezas lo que miles de enfermos sienten y no son capaces de transmitir. Cuando se realiza y concreta una carrera tan larga como la medicina y uno se dedica a estudiar los conocimientos objetivos sobre la enfermedad, no es mala cosa dedicar un tiempo a intentar comprender la vivencia subjetiva de los enfermos.

Nuevos planes de estudios se hacen necesarios con un discurso más reflexivo, más analítico y más moralizante y menos dogmático.

ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

Bases y estructuras para una pedagogía universitaria

Es bueno reflexionar sobre la enseñanza actual de las denominadas materias médicas y de la enseñanza-aprendizaje de la medicina en general con el objeto de favorecer su estudio y asegurar la posesión de conocimientos en lo que hace al interés individual y a todas sus formas de transmisión y transferencia a través de la expresión no sólo docente, sino también bibliográfica, informativa, de investigación y de intercambios científicos.

La creciente actividad del “motor psicopedagógico”, la necesidad de estar “permanentemente” informado, la utilidad práctica de remozar y unificar criterios, deberían imprimir nuevas y distintas características a la tarea docente en el ámbito universitario.

Las materias médicas deben aprenderse en forma razonada, funcional, aplicada, con sentido biológico, con conocimiento de sus implicaciones clínicas y quirúrgicas, de manera racional y sintética, con valor médico y por todo ello dotada de sentido; debería imponer entre sus cultores la obligación de su actualización.

El dominio y los alcances de las ciencias médicas, se ha ampliado considerablemente merced a los progresos en el campo de la investigación, la adquisición de nuevas y mejores técnicas y sobre todo una sistematización vinculada a la praxis médica. Todo ello obliga a revisar descripciones e interpretaciones, abundar en detalles vinculados a su aplicación práctica y otorgar una nueva fundamentación a su metodología tradicional. El problema del enfoque pedagógico de la enseñanza de la medicina configura sólo un aspecto del gran problema de la concepción metodológica del arte de enseñar. Conviene afrontar el hecho que aún vivimos y actuamos sobre patrones extraídos de una “pedagogía de trasplante”, más o menos adaptable a nuestras posibilidades y necesidades docentes y, la más de las veces, fallidas en los hechos.

Nos parece importante comprender y aceptar nuestra manera especial de existir y proceder en la enseñanza, de acuerdo con un concepto real y dinámico de escuela médica, evaluando las posibilidades concretas que tengan nuestros estudiantes para el futuro ejercicio profesional en el escenario sanitario de una Argentina real en lo científico, técnico, económico, político y social destinando el mayor de los esfuerzos a la solución de los problemas sanitarios frecuentes en lo general y teniendo en cuenta las particularidades propias de las regiones en un país tan extenso y diverso como el nuestro.

Educación es conducción y saber universitario es adquisición de conocimientos por medio del análisis de problemas. La tarea que deberían asumir las cátedras, es la de promover las capacidades humanas, científicas y técnicas de sus alumnos. Junto a esta formación “profesional”, incumbe también la formación general humana; la “pedagogía del saber tendría que ser, al mismo tiempo, la “pedagogía del ser”.

Cualquier aprendizaje concita dos elementos: el educando y el educador y, como puente de unión de este binomio, las relaciones interpersonales.

El educando –recordemos aquello que las fallas enmarcan los hechos ideales- concurre a una institución educativa a realizar aprendizajes. De este modo, la cátedra es un centro de trabajo donde se adquieren conocimientos fundamentales por el propio esfuerzo.

El educador, aislado o como representante unipersonal de una organización estructural que es la cátedra, enfatiza sobre dos hechos: la instrucción, o sea la transmisión de conocimientos y la educación que moldea la personalidad, hace despertar una conciencia y promueve el desarrollo científico, técnico y humanístico del alumno.

La realidad de hoy y la de ayer en nuestro país fue viciada, alternativamente, por factores psicológicos, políticos, sociales, económicos. De todos modos, parece ser que la “comunicación educacional” es el eje de la cuestión en todo tiempo y en el que interactúan por un lado las condiciones inherentes al que enseña (estructura mental, base cultural, personalidad, habilidad para comunicarse y conducir las relaciones humanas, preparación científica y técnica en la disciplina que enseña y en otras relacionadas o vinculadas con ella) y al receptor de esas enseñanzas (interés real por lo que estudia, falta de inhibiciones neuróticas o de trastornos de la esfera mental que invaliden la recepción, elaboración y recuerdo de los conocimientos, bases culturales algo más que elementales, habilidad para aprender y relacionarse con los demás).

En nuestra realidad, además, son los medios materiales deficitarios los que con frecuencia bloquean y esterilizan los esfuerzos de uno u otro de los integrantes del

binomio cuando no a los dos: la falta de confortabilidad de los espacios físicos destinados a la enseñanza, el reducido número de textos y laboratorios, la orfandad de la información fiable al alcance inmediato de estudiantes y docentes, la incompetencia del alumno para tomar apuntes en forma directa y personal con la inevitable sustitución por la adquisición de apuntes impersonales de dudoso valor didáctico o el uso acrítico de las redes de información, la carencia de instrumental, las carencias audiovisuales, etc. etc..

En cada oportunidad, la actividad docente debe salir al “encuentro” del alumno en procura de ejercitarlo en la problematización del dato o hallazgo ofrecido y tratar de inducirlo a la confrontación y validación permanente del conocimiento.

Antes y ahora existe la necesidad de aplicar datos para arribar a conclusiones en el campo de la medicina práctica; no está demás incursionar sobre algunos otros aspectos incluyendo los humanísticos. Sobre el modelo educativo se construye todo el acontecer funcional en la salud y la enfermedad con las características propias de cada edad y de cada realidad biopsicosocial.

COLOFÓN

LUIGI ROLANDO (1773 – 1831)

Decía en las “Memorias della R. Accad. delle Scienze di Torino” el 18 de enero de 1829:

“No parece justo echar en cara a la Medicina sus lentos progresos sin reflexionar ni referirse a que faltan los estímulos necesarios para el progreso de aquellas partes de las que depende principalmente el perfeccionamiento de su arte.

Dícese que están envueltas en densas tinieblas las causas de aquellas enfermedades que con tanta frecuencia golpean en nuestro tiempo al hombre robusto y que no respetan ni aún a aquellos que se hallan en la flor de la vida.

Se reprochará a los médicos de no conocer la naturaleza de tantas afecciones nerviosas que si bien no amenazan la vida misma, la vuelven sin embargo, más lánguida y fastidiosa llenando de tedio la existencia más afortunada.

Se observa que igual incertidumbre reina respecto a los efectos de aquellos medios que procuran la curación, pero no veo que se haya pensado en estimular los estudios y favorecer la búsqueda tendiente a esclarecer la estructura de aquellas partes donde tienen su sede las más frecuentes causas de las enfermedades más difíciles de conocer.

Destinado a la enseñanza de la Medicina práctica he sentido la necesidad de nociones más profundas y exactas sobre la naturaleza de los elementos orgánicos, tisulares, y sobre las funciones del sistema nervioso, no ocurriéndome otra vía de donde extraer satisfactorias razones de los síntomas de la mayor parte de las enfermedades.

Y los trabajos y experiencias que he publicado sobre el cerebro, el cerebelo, la médula espinal y la oblongada han sido confirmados por los más célebres anatomistas y fisiólogos de tal modo que tengo razones para creer que no me he engañado y que he contribuido a esclarecer la naturaleza de dichas enfermedades”.

INFORMACIÓN RECIENTE Y ALECCIONADORA

LAS 100 MEJORES UNIVERSIDADES DEL MUNDO... AMÉRICA LATINA, ARGENTINA Y OTROS, AUSENTES.

El Center for World University Rankings (CWUR) dio a conocer su clasificación 2013 de las 100 mejores universidades del mundo. Entre las principales diez son de los EE.UU.: Harvard, Stanford, Oxford, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Columbia, Berkeley, Princeton, Chicago y Yale. América latina, China, España, entre tantas, ausentes. La distribución de las 100 instituciones principales por países es la siguiente: Estados Unidos (57), Inglaterra (6), Japón (6), Francia (5), Canadá (4), Israel (4), Suiza (4), Australia (2), Alemania (2), Dinamarca (1), Finlandia (1), Italia (1), Países Bajos (1), Noruega (1), Rusia (1), Escocia (1), Singapur (1), Corea del Sur (1) y Suecia (1). El CWUR publica las únicas tablas globales de desempeño universitario que miden la calidad de la educación y la formación de los estudiantes, así como el prestigio de los miembros del personal docente y la calidad de sus investigaciones, sin depender de encuestas o datos enviados por las universidades. Toma en cuenta siete indicadores “sólidos y objetivos” para clasificar a las 100 mejores universidades del mundo:

- 1) Calidad de los miembros del personal docente, medida por el número de académicos que obtuvieron reconocimientos, premios y medallas internacionales importantes.
- 2) Publicaciones, medidas por el número de trabajos de investigación aparecidos en publicaciones internacionales acreditadas.

- 3) Influencia, medida por el número de trabajos de investigación aparecidos en publicaciones altamente influyentes.
- 4) Citas, medidas por el número de trabajos de investigación ampliamente citados.
- 5) Patentes, medidas por el número de presentaciones de patentes internacionales.
- 6) Empleo de ex alumnos, medido por el número de ex alumnos de una universidad que tienen en la actualidad puestos como CEO en las 2.000 principales compañías públicas del mundo, en relación con el tamaño de la universidad.
- 7) Calidad de la educación, medida por el número de ex alumnos de una universidad que ganaron premios, reconocimientos y medallas internacionales importantes, en relación con el tamaño de la universidad.

Fuente: Revista Digital el Arca Digital; N° 555; 04 julio 2013

DILMA ROUSSEFF LANZÓ EL PROGRAMA "MÁS MÉDICOS"

La presidente de Brasil inauguró la iniciativa que busca atraer a miles de profesionales extranjeros al país. La medida es cuestionada por el gremio local de la profesión. El gobierno brasileño lanzó este lunes un programa que busca atraer a miles de médicos extranjeros para cubrir un déficit en la red de salud pública, una medida que ha sido criticada por el gremio local de la profesión. La previsión oficial es que todos los médicos seleccionados comiencen a trabajar en Brasil a mediados de septiembre, concentrados sobre todo en el interior del país y la periferia de las grandes ciudades. El gobierno espera sin embargo dar prioridad a médicos brasileños. La medida será implementada a través de una resolución presidencial, regulada por el ministerio de Salud y de Educación. La medida, que también ampliará las vacantes para estudiantes de medicina y aumentará los años de formación, fue lanzada como una respuesta del gobierno de la presidente Dilma Rousseff a las históricas protestas que sacudieron Brasil en junio en demanda de mejores servicios públicos y contra la corrupción. "Es una medida de emergencia para resolver un problema serio y urgente. Nadie debe temer,

yo jamás le quitaría empleo a nuestros profesionales o arriesgaría la vida de nuestra población", declaró la mandataria al lanzar el programa 'Más médicos'. Rousseff dijo además que si un médico brasileño quiere trabajar en una capital, no se le puede obligar a trasladarse al interior, donde hay una gran necesidad de estos profesionales. La estimación oficial es abrir unas 10.000 vacantes y el programa tendrá una inversión de unos 2.800 millones de reales (unos 1.270 millones de dólares al cambio actual). Cada médico recibirá unos 4.500 dólares mensuales. El gobierno señaló que la prioridad será llenar esas vacantes con médicos brasileños, pero que los puestos remanentes serán completados con profesionales extranjeros. Los cargos serán asignados por tres años. **Uno de los requisitos para optar al programa es que los profesionales provengan de países donde haya más de 1,8 médicos cada 1.000 habitantes, como España, Portugal, Argentina o Uruguay,** destacó la prensa brasileña.

Fuente: AFP; infobae.com; 08 de julio; 2013

“Según un reciente estudio del Banco Mundial, "el valor del capital humano equivale a cuatro veces el valor del capital físico". Hace ya varias décadas que aumenta la escolarización en las naciones que lideran no sólo el crecimiento económico, sino también el abatimiento de la pobreza y el avance tecnológico”. (Alieto Guadagni; La persistencia de la desigualdad educativa; La Nación; 20 de julio 2013)

“La palabra "excelencia", una palabra que deberíamos pronunciar con unción, no en su acepción de vetusto tratamiento honorífico, sino como referencia permanente a los mejores logros argentinos en vidas solidarias, en creación artística, en trabajo científico. La excelencia no puede ser privilegio de pocos. Desde el Estado y la sociedad civil debemos fortalecer todos los ámbitos que la construyan, y en especial el sistema educativo. Hablar de excelencia no es olvidarse de las necesidades primarias, sino admitir que los seres humanos requerimos asimismo "otra cosa". Mucho cuidado: la excelencia no tiene color político, no depende del sumiso apoyo a tal o cual gobernante, no puede ser borrada por la mediocridad o el prejuicio”. (Luis Gregorich; Tres palabras que las campañas omiten; La Nación; 20 de julio; 2013).

CONCLUSIONES

Nos parece necesario diseñar nuevos programas para las escuelas de medicina e implementar reformas. Los buenos rendimientos suelen ser el resultado de reformas sostenidas, sistemáticas y sistémicas prestando particular atención al principio de equidad para que la calidad sea lo más igual posible a lo largo y ancho de nuestro dilatado y extenso país. Necesitamos una mejor educación y un sistema que siga al alumno y lo oriente de acuerdo con sus capacidades.

El sistema debe basarse en la colaboración, la creatividad, la igualdad de oportunidades y la formación de los educadores.

El contexto sociopolítico debe ser la educación pública y gratuita desde el jardín de infantes hasta la universidad.

Hay que pasar de la mediocridad a ser un modelo de sistema educativo contemporáneo y de alto desempeño.

A pesar del cambio de elencos de gobierno como sucede en cualquier democracia que se precie de tal, el sistema de educación debe ser transformado para ofrecer las mismas oportunidades para todos sin tener en cuenta el domicilio, el género, la etnia, la situación financiera o el entorno lingüístico y cultural

El nivel de inclusión que debe ofrecer el sistema es que la variación de contenidos y calidad entre escuelas debe ser baja. Las universidades en nuestra realidad socioeconómica también deben proveer los libros de estudio y el almuerzo, que debe cubrir un 30% de las necesidades nutricionales y ofrecer apoyo pedagógico y psicológico para los que lo necesiten.

La clave del éxito educativo son los maestros y profesores que deberían ser elegidos entre los que obtienen los más altos promedios y que además deberían aprobar una maestría en educación para estar en condiciones de ser admitidos como docentes. La docencia en Argentina tendría que volver a ser una de las profesiones más prestigiosas y, a pesar de las exigencias, atraer el interés motivacional acompañado de remuneraciones dignas.

La transformación de los sistemas educativos es posible; se necesitan tiempo, paciencia y determinación.

ALGUNAS CONTRIBUCIONES DEL AUTOR

ACERCA DE LA PRESENTE TEMÁTICA:

1. “La enseñanza de la anatomía. bases y estructuras para una pedagogía universitaria”; Strejilevich, L.; La Semana Médica, 132:1332-1334; 1968.
2. “Bases y motivaciones para el aprendizaje de la anatomía”; Strejilevich, L.; Actas del II Simposio Internacional de Ciencias Morfológicas; Córdoba, Argentina; 1973.
3. “Orientación en anatomía humana”; Strejilevich, L.; 1 volumen de 192 págs.; Editorial Ediciones Purinzon Librero y Editor; Buenos Aires, Argentina; 1975.
4. “Iatrogenia”; Strejilevich, L.; El Intransigente, Salta, pág. VI y VII; Suplemento Dominical, domingo 08 de junio; 1980.
5. “Salud. Un compromiso de y para todos”; Strejilevich, L.; Guía Informativa de la Salud; año I, no. 1, págs, 1 y 2; octubre; 1981.
6. “Educación médica continua”; Strejilevich, L.; Círculo (Boletín del Círculo Médico de Salta), año 6, no. 50, pág. 4 y 5, octubre; 1983.
7. “Formación de postgrado”; Strejilevich, L.; Rev. Neurol. Arg. 11:133-143; 1985.
8. “Política educativa en el área de la salud”; Strejilevich, L.; Editorial Secretaría de Estado de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Salta; fascículo de 13 págs; Salta; 1987.
9. “Atención de la salud y enfermedad neurológica. Una propuesta para el cambio”; Strejilevich, L.; Tercera Reunión Científica del Centro de Estudios de Salud Pública de la Universidad Nacional de Salta (CESAP); inédito; 1986.
10. “Trabajadores de la salud. Sin voz ni voto”; Strejilevich, L.; El Tribuno Revista, Salta, no. 490, domingo 04 de enero, págs. 8-9; 1987.
11. “Ciencia y técnica. Quehacer para el desarrollo”; Strejilevich, L.; El Tribuno Revista; Salta, domingo 12 de mayo; págs. 4 y 5; 1991.

12. **“Ciencia y técnica. Propuestas y estrategias para su desarrollo en la Provincia de Salta; Strejilevich, L.; El Tribuno Revista; Salta, domingo 19 de mayo; págs. 10 y 11; 1991.**
13. **“De la enfermedad”; Strejilevich, L. Diario El Tribuno; pág. 2; salta; 05 de septiembre; 2003.**
14. **“Políticas sociosanitarias para la adultez mayor en la Argentina del tercer milenio”; Primeras Jornadas de Salud Pública (libro de resúmenes); Strejilevich, L., pág. 41; Universidad Nacional de Salta – Ministerio de Salud Pública de Salta; noviembre; 2003.**
15. **“La universidad que los argentinos necesitamos”; Strejilevich, L.; Diario El Tribuno; pág. 2; Salta; 06 de junio; 2005.**
16. **“Estudiantes universitarios”; Strejilevich, L.; Diario El Tribuno; pág. 2; Salta; 31 de julio; 2006.**
17. **“La verdadera misión de los profesores universitarios”; Strejilevich, L.; Diario El Tribuno; pág. 2; Salta; 08 de agosto; 2006.**
18. **“Orígenes míticos de la medicina”; Strejilevich, L.; Diario El Tribuno; pág. 2; Salta; 22 de enero; 2007.**
19. **“Albert Schweitzer, sanitarismo en acto”; Strejilevich, L.; Diario El Tribuno; pág. 2; Salta; 27 de enero; 2007.**
20. **“Un hueco científico”; Strejilevich, L.; Diario El Tribuno; pág. 2; Salta; 01 de marzo; 2007.**
21. **“Aprender y enseñar”; Strejilevich, L.; Diario El Tribuno; pág. 2; Salta; 10 de marzo; 2007.**
22. **“La actividad creadora”; Strejilevich, L.; Diario El Tribuno; pág. 2; Salta; 13 de junio; 2007.**
23. **“La salud del trabajador”; Strejilevich, L.; Diario El Tribuno; pág. 2; Salta; 08 de julio; 2007.**
24. **“Actividad creadora y trabajo”; Strejilevich, L.; www.culturasalta.gov.ar Revista Cultura/Región; Sección Expresión Americana/Ensayos; 12 de noviembre; 2008.**
25. **“El intelecto vs. la imaginación”; Strejilevich, L.; Revista Ñ, Revista de Cultura Clarín; 15 de noviembre; pág. 4; 2008.**
26. **“Atención de la salud y la enfermedad en Provincias Argentinas marginadas”; Strejilevich, L.; www.elintransigente.com.ar; Salta; 14 de abril; 2009.**

27. “Ramón Carrillo, mentor de la salud pública de la Argentina”; Strejilevich, L.; www.elintransigente.com; 18deabril; 2009; www.gerontogeriatría.org.ar en noticias gerontológicas; 18 de abril; 2009.
28. “Salud o enfermedad”; Strejilevich, L.; www.elintransigente.com.ar; 14 de Septiembre; 2009.
29. “Medicina de la persona”; Strejilevich, L.; www.elintransigente.com.ar; 07 de enero de 2010; www.gerontogeriatría.org.ar/pdf/indice_doce.html temas de actualidad; pág. 12; 2010.
30. “Teoría y praxis de la medicina”; Strejilevich, L.; www.elintransigente.com; 27 de octubre; 2011.
31. “Limitaciones de la medicina”; Strejilevich, L.; www.elintransigente.com; 03 de noviembre; 2011.
32. “Las “no enfermedades””; Strejilevich, L.; www.elintransigente.com; 31 de julio; 2012.
33. “Breviario hipocrático. Acerca de la medicina y el hecho de curar”; “Avances científicos y técnicos”; Strejilevich, L.; www.ideario7.com; 16 de marzo; 2013. www.elintransigente.com; 26 de marzo; 2013. www.elintransigente.com; 17 de diciembre; 2012.
34. “Avances científicos y técnicos”; Strejilevich, L.; www.ideario7.com; 16 de marzo; 2013. www.elintransigente.com; 26 de marzo; 2013.

Salta (República Argentina); julio de 2013

Leonardo Strejilevich