

# Tendencias en la enseñanza de la medicina: mitos y realidades

DR. GUILLERMO JAIM ETCHEVERRY

Cátedra de Biología Celular e Histología, Facultad de Medicina,  
Universidad de Buenos Aires y Carrera del Investigador del Consejo Nacional de  
Investigaciones Científicas y Técnicas, y de la Academia Nacional de Educación, Buenos Aires, Argentina.

## EL ESCENARIO CAMBIANTE DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Nuestras habituales reflexiones referidas a la educación médica se prestan a la reiterada enunciación de buenos propósitos, a la exposición de conceptos remanidos. Por lo general, terminan siendo una letanía monótona de propuestas ya gastadas de tan dichas y tan poco concretadas.

Por eso, creo más útil analizar inicialmente algunas ideas relacionadas con el marco general en el que ha de desarrollarse la actividad médica del futuro. Es en este escenario en el que deberán desempeñarse aquellos a quienes hoy educamos para actuar en nuestra profesión.

Nuestra actividad educativa está poderosamente influida por lo que sucede en un contexto social más amplio. Por esa razón, educamos mucho más por lo que nos ven hacer nuestros estudiantes que por lo que les decimos. De allí que la actividad que desarrollamos como profesionales y las características del ámbito en el que la llevamos a cabo, adquiera tanta importancia al convertirse en el modelo de vida que ofrecemos a nuestros alumnos.

Un análisis superficial de la realidad contemporánea, nos permite concluir que en estos momentos se tiende a considerar

- a la medicina como a un negocio,

- a la atención médica como a uno más entre los bienes comerciables,

- a los pacientes como “consumidores”, como “vidas con cobertura” y

- a los médicos como “proveedores”.

La tendencia creciente hacia la comercialización de la medicina, está modificando en forma sustancial el modo en el que practicamos nuestra tarea. Una de las fuerzas dinámicas más importantes que ha impulsado el progreso en los años de posguerra, ha sido el capitalismo. Es, precisamente, su lógica la que puede llegar a subvertir la integridad de nuestra profesión. A este respecto, desearía citar un concepto del economista Milton Friedman, tomada de su libro *Capitalismo y libertad* (1962), que arroja luz sobre las ideas predominantes en la actualidad. Dice así:

“Pocas tendencias pueden minar tan seriamente el basamento mismo de nuestra sociedad libre como la aceptación por parte de los directivos de las corporaciones de una responsabilidad social que no sea la de hacer tanto dinero para sus accionistas como les resulte posible”.

La aplicación de esta lógica a la atención médica está teniendo graves

consecuencias. Ella hace surgir un nuevo sistema de valores que:

- corta las raíces comunitarias y la tradición samaritana de los hospitales,

- convierte a los médicos y a las enfermeras en instrumento de los inversores y

- concibe a los pacientes como mercaderías transables.

La propiedad de la medicina por parte de los inversores amenaza con marcar el triunfo de la codicia sobre los objetivos de la medicina. Un complot fiscal afecta el altruismo de los hospitales que no persiguen el lucro: si no hay dinero, no hay misión. Cuando se buscan las ganancias, el dinero es la misión, la forma sigue al beneficio.

Sin embargo, en nuestra sociedad, hay ciertos aspectos que hemos dejado fuera del alcance del comercio. Prohibimos la venta de niños y la compra de mujeres y riñones. Deberíamos reconocer que la atención de la salud es demasiado preciosa, íntima y corruptible como para ser confiada exclusivamente a los valores del mercado.

**EL MEDICO ANTE EL CONFLICTO DE LA  
“DOBLE LEALTAD”**

Es evidente que, como resultado de estos cambios, el médico se siente hoy tironeado por un conflicto que le reclama una doble lealtad. Por un lado se debe a sus pacientes, a aquellos que ha jurado ayudar con lo mejor de su saber.

Por el otro, está sometido a la presión de un sistema que, en estos momentos, le impone el imperativo de la “eficiencia”. De cómo cumpla con ella dependerá su estabilidad en el trabajo. La actividad profesional no sólo se está pauperizando, también se precariza aceleradamente.

Por otra parte, se está desvaneciendo la narración que cada uno de nosotros podía construir anticipando la que imaginaba habría de ser su vida. Hoy resulta imposible identificarse con modelos de prácticas profesionales puesto que estos cambian muy velozmente.

Debemos reconocer que, al ingresar a este rápido proceso de industrialización, la medicina está siendo sometida a los criterios de productividad que caracterizan a cualquier industria. La aparición de numerosos tipos de organizaciones que actúan como interfases entre el paciente y el médico, algunas sin fines de lucro, la mayoría destinada a dar ganancias, interfiere con la autoridad del médico, con su trabajo,

con su remuneración y, en última instancia, con la naturaleza misma de la atención que presta.

No resulta posible analizar en este contexto las razones históricas que han conducido a este estado de cosas. Baste con decir que para contener los costos crecientes de la medicina, se resolvió incorporarla abiertamente al proceso de industrialización, convirtiendo a la salud en un bien de mercado. Surge así la atención gerenciada (“managed care”) que, a través de sus distintos mecanismos comprende, como la define Jon Iglehart, “una variedad de métodos de financiamiento y organización de la prestación de la atención médica mediante los que se intenta disminuir los costos a través del control de la provisión del servicio”.

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

Es en este escenario en el que surge el conflicto insinuado al comienzo. ¿A quién debe el médico su lealtad: a su juramento que lo liga al interés del paciente o al contrato que lo vincula con quién paga por sus servicios? Es más,

en general el paciente desconoce los términos en que se ha pactado esa relación contractual. No sabe, por ejemplo, que en muchos casos el médico es recompensado financieramente por hacer menos (menos estudios, menos tratamientos) o por ver más pacientes en menos tiempo. Pocas semanas atrás, en un fallo de la Suprema Corte de los EE.UU. se señala: “Ninguna organización que preste atención médica podría sobrevivir sin algún incentivo que vincule la recompensa a los médicos con el racionamiento del tratamiento”.

Son los mismos criterios con los que las empresas manejan la producción industrial, aplicados en este caso a los seres humanos indefensos, afligidos, necesitados de compasión y atención. Se insinúa aquí la corrupción de la integridad médica que es sumamente peligrosa porque mina el profesionalismo y amenaza la calidad de su atención.

Es cierto que cuando los aseguradores dieron a los médicos carta blanca para manejar el costo, muchos lo hicieron abusivamente. Pero la ética profesional dominante, que imponía buscar el bien del paciente, impidió que la mayoría abusara del sistema que, además, condenaba esos excesos. Ingresamos ahora a una situación en la que las instituciones con fines de lucro tienen como imperativo ético el propósito

lógico de ganar dinero. El problema es que sus médicos corren el riesgo de terminar compartiendo ese espíritu. La disposición a escuchar, aprender y atender a los semejantes necesitados está siendo reemplazada por la de hacer convenios, gerenciar, comercializar.

Antes se hacía muchas veces innecesariamente de más. Ahora se tiende a no hacer todo lo que sería necesario. Desde el punto de vista de la ética médica hacer lo innecesario era criticable. Desde el punto de vista de la corporación, no hacer todo lo requerido puede llegar a ser la conducta estimulada, premiada.

La medicina del mercado trata a los pacientes como centros productores de ganancias. Por eso, se corre el peligro de que, en lugar de mejorar la forma de cuidar a la gente enferma, mejoremos la forma de multiplicar el dinero. Que el esfuerzo se destine a gerenciar el dinero y racionalizar la atención. ¡Hasta se ha llegado a proponer que lo que se destina a la atención médica representa “las pérdidas” del sistema!

Corremos el peligro de que los valores del mercado terminen por constituir el fundamento del sistema de atención médica. En busca de ganancias para sus accionistas y como estrategia para controlar el costo, las empresas

terminarán comprometiendo la atención. Es en este escenario de lealtades conflictivas donde se jugará en el futuro el dilema de la integridad de nuestra profesión.

### **¿CUÁL ES EL LUGAR DE LA EDUCACIÓN EN EL ESCENARIO CAMBIANTE DE LA PRÁCTICA MÉDICA?**

Estos profundos cambios en el contexto social, que transforman la actividad profesional, amenazan también a la educación médica porque atentan contra los valores centrales de nuestra profesión.

¿Cómo debe ubicarse la educación médica en el complejo escenario actual?

¿Debe formar a los estudiantes para incorporarlos mansamente a este sistema?

¿Debe, en cambio, dotarlos de un bagaje de conocimientos que, trascendiendo lo específicamente médico, les permita imaginar modelos alternativos?

#### **Una defensa de la educación general**

En primer lugar, como toda la educación, la del médico debería, sobre todo, proponerse formar personas lo más completas posibles, dotadas del suficiente espíritu crítico e imaginación

como para plantear soluciones innovadoras a los problemas que afectan a la práctica profesional. Esencialmente, creo que es sólo en una educación general (la “liberal education” de los anglosajones) donde se podrán asentar firmemente los valores de nuestra profesión.

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

Precisamente por eso es imprescindible que la medicina se enseñe en una universidad. Porque la razón de ser de esta institución social es la de producir aprendizaje y no sólo la de proporcionar instrucción. Es en el ámbito de la universidad donde se educa y no simplemente se entrena a la gente. Cuando el entrenamiento opaca a la educación, no se cumple el fin de la universidad.

Sin una estrecha relación con una universidad, las facultades de medicina corren el riesgo de volver a ser lo que eran en el siglo XIX: escuelas de oficios y los médicos corremos el peligro de dejar de ser “profesionales cultivados” para convertirnos en meros técnicos. De allí que el estrechamiento de las miras culturales a edades muy tempranas, que hoy estamos alentando entusiastamente, resulte altamente inconveniente. Interesante reflexión para quienes, a pesar de lo que declamamos, formamos hombres y mujeres cada vez más unidimensionales.

### **Los nuevos desafíos**

Pero así como es preciso apostar al futuro a través de la educación general del médico, también lo es dotarlo de herramientas intelectuales para desenvolverse en ese escenario cambiante de la profesión. Es posible advertir que se están produciendo tres revoluciones mayores y conflictivas en la atención médica que la signarán en el próximo siglo:

1. Como se ha mencionado, se profundizarán los intentos por controlar los costos crecientes de la atención
2. Las macrotendencias sociales que analizamos nos están

conduciendo hacia un estilo de práctica basado en la población. La relación del médico con su paciente, de uno a uno, está cambiando para pasar a ser de uno a n, incluyendo así sus obligaciones con la comunidad. Este modelo está sustentado en la epidemiología (que recibe hoy muy poca atención y escasos fondos). Este enfoque implica, además, atender la distribución equilibrada de los recursos (que poco se enseña en las facultades de medicina) y requiere, de quienes lo practican, el estar permanentemente atentos a las necesidades de los que no están siendo servidos por el sistema de atención médica.

3. Las ciencias moleculares, con su enfoque reduccionista de la enfermedad, prometen cambiar por completo la práctica clínica y la industria farmacéutica. Aunque esto puede traducirse en tratamientos menos invasivos, brutales y deshumanizadores que la actual práctica de la alta tecnología, pueden llegar a ser inclusive más costosos.

## **Límites del progreso**

Sin embargo, la respuesta a la dolencia humana no siempre provendrá de la búsqueda de sus causas genéticas, es decir, de la aplicación de un enfoque reduccionista. Es preciso tener en cuenta los múltiples y complejos determinantes de la enfermedad, lo que debería reflejarse en la formación de nuestros estudiantes.

Uno de los mayores desafíos que plantea la formación del médico reside en el hecho de que debe atender el amplio espectro del saber humano que se extiende desde las moléculas hasta la comunidad. Como es bien sabido, las escuelas de medicina no siempre están a la altura de tan ambiciosas expectativas y, con frecuencia, quienes las frecuentan adquieren, en el mejor de los casos, solo una cierta competencia técnica en los aspectos biológicos. En general, nuestros alumnos no se apropian de una visión del hombre y del mundo, que debería ser el rasgo característico que imprima una buena universidad.

Posiblemente estemos asistiendo a la hora más gloriosa de la medicina. Pero es preciso advertir que esta representa, al mismo tiempo, el amanecer de sus mayores dilemas. Desde los griegos hasta la Primera Guerra Mundial, nuestra profesión fue casi impotente y por lo

tanto, su ejercicio no presentaba graves problemas. Los triunfos de la medicina actual la han conducido a la desorientación. Se han creado expectativas desmedidas que el público rápidamente aceptó pero que, al volverse ilimitadas, se hacen incumplibles. Por eso, al tiempo que aumenta sus capacidades, la medicina debería redefinir sus límites. Si bien su base de conocimientos puede seguir expandiéndose, como lo ha hecho en forma espectacular durante los últimos 50 años, la medicina no debería ser sinónimo del progreso científico ilimitado. Hay que advertir que desaparecieron escuelas que influyeron durante generaciones en el pensamiento de nuestra profesión, pero que las preocupaciones de los médicos, lo que “hacemos”, siguen siendo idénticas a las de la antigua Grecia.

El último medio siglo representa un episodio, glorioso pero circunscripto, en una tradición histórica que se remonta a 2.500 años. El progresivismo científico está minando el capital más importante de la medicina, el conocimiento basado en la experiencia, unido a una capacidad de razonamiento que haga posible distinguir lo verdadero de lo falso. El desarrollo de esta habilidad en el médico es, precisamente, responsabilidad de la amplitud de su cultura. Volviendo a ella

es posible reubicar a la medicina en esa tradición. Las virtudes eternas del juicio acertado y del sentido común, podrían así triunfar sobre la inquietud del presente, reafirmando la riqueza singular que encierra la relación entre el médico y su paciente, una relación que es esencialmente humana.

En última instancia, formar médicos es cultivar personas capaces de ocuparse por el otro que sufre, provistas de un saber técnico pero actuando desde su “ser” de personas completas.

### **Ciencia vs. relación humana**

¿Colisionan la aproximación científica a la medicina y su esencial función pastoral? Por el contrario. Al desarrollar esquemas más sofisticados de práctica clínica, aún con todos los problemas éticos que plantean, será mayor cada vez la necesidad de tratar a los pacientes como personas. Resulta esencial que, al intentar el imprescindible mejoramiento de las habilidades pastorales, sociales y de comunicación de nuestros futuros médicos, no terminemos por diluir su educación científica como ya lo estamos haciendo en estos momentos en los que prestamos cada vez más escasa atención a la formación en las ciencias que proporcionan un basamento sólido para la práctica profesional en el futuro.

Si no imprimimos precozmente en nuestros estudiantes la convicción de que, crecientemente, las ciencias básicas tendrán una enorme importancia para el desarrollo de su práctica clínica, ellos perderán la capacidad de actuar en la interfase entre los dos mundos que convergen aceleradamente y ni siquiera podrán evaluar críticamente la nueva información. La medicina no es ciencia, pero es también ciencia.

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

## LA SITUACIÓN ARGENTINA

En este contexto, corresponde analizar el estado de estas cuestiones en la Argentina. Bastan unas pocas palabras para describir la situación actual entre nosotros: una total falta de seriedad.

- No conocemos la cantidad de médicos con que cuenta el país, ignoramos lo que hacen y no sabemos cómo están distribuidos.
- Admitiendo que somos alrededor de 120.000, formando 1.500 por año lograríamos mantenernos en ese nivel, uno de los más altos del mundo en cuanto a la relación médico/habitante.
- El promedio de graduados anuales, entre 1985 y 1995, fue de alrededor de 3.500 a 4.000.
- En promedio, entre 1986 y 1996, ingresaron a nuestras facultades 12.500 alumnos por año. En los EE.UU. lo hicieron 16.000, con una población nueve veces mayor.
- Asistimos a una ola de creación irresponsable de nuevas facultades de medicina en un país que no las necesita, muchas de ellas sin la más mínima garantía

de calidad. Se menciona que contamos hoy en el país con 26 carreras de medicina. En 1990 había siete facultades de gestión estatal y dos de gestión privada. Hoy hay más de 16 nuevas facultades en el ámbito privado y dos en el estatal. Como muchas de esas instituciones carecen de facilidades hospitalarias, los empobrecidos hospitales públicos “alquilan” sus servicios a quienes los pueden pagar. Algunas de las nuevas escuelas se están convirtiendo en “megafacultades” extendiéndose a todo el país. Para caracterizar este proceso, hasta se ha acuñado una expresión: “extensión áulica”. Los profesores, en su mayoría provenientes de las facultades de gestión pública, se están convirtiendo en “docentes taxis”, al igual que sus colegas de la enseñanza media.

- Finalmente, no resulta posible que todos nuestros graduados accedan a una buena capacitación de posgrado que también atraviesa una situación crítica.

Debemos concluir que el tema de la formación profesional carece entre

nosotros de toda relevancia social. De tenerla,

- no veríamos la capacidad de nuestras facultades desbordada más allá de toda posible lógica de funcionamiento,
- la tarea docente no sería retribuida sólo nominalmente como lo es,
- la investigación científica no sería ignorada o, peor aún, despreciada.

Así podríamos seguir identificando los males que nos afectan, entre los que cabe destacar el crónico desinterés del Estado por ejercer sus funciones de control y garante de la calidad y la equidad en este ámbito.

El problema más serio tal vez sea el que, encaramados a la ola modernizadora, asimilamos rápidamente a medias lo que los vientos nos traen de otras partes. En esta especie de “yuppismo a la criolla”, nos quedamos con las palabras - la excelencia, por ejemplo - creyendo que basta con enunciarlas para apresar su sustancia. En este sentido, considero oportuno mencionar brevemente dos cuestiones preocupantes.

### **La “moda evaluativa”**

Deberíamos analizar críticamente la imposición sobre la educación argentina de criterios de evaluación de un claro sesgo economicista, que se aproximan al proceso educativo con una mirada más propia de la gestión industrial. Cuánto entra, cuanto sale, a qué costo. Es con preocupación que debe advertirse el advenimiento a la esfera de lo público de un grupo de administradores, por lo general jóvenes y bien entrenados, que reciben por la tarea de gestión y control, salarios que superan en varios órdenes de magnitud a los de los propios gestionados. Esta floreciente burocracia estatal definidora de la calidad y predicadora de lo obvio, alienta las evaluaciones y los controles que, sobre todo, sirven para perpetuarla. Demuestra, además, una falta de percepción de la realidad que puede tener trágicas consecuencias para el país. No pocas veces se imponen criterios, generados en contextos muy diferentes.

La calidad de una universidad no es equivalente a la de una empresa. La universidad es, por sobre todo, un emprendimiento cultural y deberíamos resistirnos a que se nos quiera convencer de que está guiada por las mismas reglas de las empresas o los comercios. El público, afecto a los rankings, fácilmente adhiere a

mediciones de este tipo. El peligro es que lo haga también, en forma acrítica, la propia universidad.

### **La “reforma permanente”**

Como en todos los demás niveles educativos, el nuestro está asediado por la crítica sistemática a su vetustez. Se nos convence, demasiado fácilmente, que es preciso hacer todo de manera diferente. Que nada de lo que se hizo hasta ahora ha servido. Que es preciso renovarlo todo.

Así, es frecuente escuchar describir intentos de renovación de la enseñanza en nuestras escuelas de medicina que no contemplan la necesidad de contar con los recursos ni materiales ni humanos que permitan encararlos con un mínimo de seriedad. Desconocemos una realidad que nos señala, implacable, que no contamos ni con los alumnos ni con los docentes capacitados como para desarrollar programas cuyos beneficios, además, están aún por ser demostrados. Como todos tenemos memoria del esfuerzo que nos demandó educarnos, y además vivimos en una sociedad que mira con espanto toda apelación a ese esfuerzo, pensamos que lo podremos hacer más sencillo, más rápido, más “relevante”. Sería muy saludable que sometiéramos a la crítica las teorías que

sustentan los experimentos que planeamos hacer con nuestros alumnos.

### **LA MISIÓN PERMANENTE DEL MAESTRO**

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

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

Este camino se inició con los maestros y aún es hecho por el andar de los maestros. No importa cuánto cambie el resto, al final siempre nos encontraremos con los maestros. E independientemente de la tecnología que logremos introducir en la educación, la educación que

realmente importa seguirá pasando por el contacto entre las personas. Educarse no es navegar la Internet. No debemos dejarnos influir tan fácilmente por las corrientes renovadoras que nos prometen resolver todos nuestros problemas con la tecnología, que representa, además, un poderoso negocio. No son pocos quienes piensan que, en el futuro, los maestros quedarán para quienes puedan pagarlos mientras que el resto será educado en masa por métodos electrónicos. Técnicos-instructores para las masas, profesores investigadores para grupos selectos.

Muchos procesos de modernización nos pueden conducir al descenso en la calidad de la enseñanza y lo que es peor, a un desprestigio de la figura del docente, que es quien representa el valor social del conocimiento. Al desvalorizar su tarea, mostramos a las jóvenes generaciones que lo que ellos hacen no nos interesa. Lo que enseñan, a quienes enseñan y el dónde y el cómo enseñan, continuarán cambiando. Pero lo que no debería cambiar es lo que esa enseñanza significa para la sociedad.

Por eso es tan importante educar, más que entrenar, al futuro médico, para que al menos conserve el núcleo de convicciones que han distinguido a nuestra profesión, hoy tan gravemente

amenazada. Convicciones que nos han llegado prácticamente intactas desde la época de Hipócrates, como se advierte en el Juramento Hipocrático, uno de los más bellos documentos que ha producido la ética humana. Esa línea sigue inmutable, porque hoy los médicos seguimos haciendo lo mismo. Aunque utilicemos técnicas muy distintas a las de entonces, no debemos perder de vista la esencia de nuestra misión.

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

Resulta evidente que estamos atravesando numerosas fronteras. Pero como médicos y educadores, al decir de una expresión muy difundida, estoy seguro que, si bien “no podemos dirigir el viento que sopla en torno a nosotros podemos, al menos, ajustar las velas”.

Trabajo presentado en el  
2º Congreso Virtual de Cardiología (SCVC),  
septiembre-noviembre de 2001.