

# **La encrucijada de la Facultad de Medicina de la UNNE: ¿Cuántos y qué médicos formar?**

**Alfredo G. Zurita<sup>(1)</sup>.**

## **Introducción:**

Recientes declaraciones del cardiocirujano René Favaloro<sup>1</sup> reavivaron la vieja polémica sobre el ingreso en las Facultades de Medicina, confundida con el problema del presupuesto universitario, el modelo de país al que se aspira, los derechos de los ciudadanos a la educación superior, y otros mas, sin que el tema haya sido considerado con relación al sistema de salud del país, objetivo para que el que la formación de médicos, y por lo tanto el ingreso en la carrera de medicina es solo un medio, que debe estarle subordinado, y para el que el déficit o exceso de médicos, y las orientaciones de su formación no son un detalle menor

Asimismo, se ha difundido que en breve<sup>2</sup> se iniciara el proceso de acreditación de todas las Facultades de Medicina, por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), según lo previsto en la Ley de Educación Superior, debiendo ajustarse las carreras de medicina a requisitos mínimos establecidos por este organismo. De no alcanzarse estos requisitos mínimos "hasta podría ordenarse el cierre", según lo expresado por el Subsecretario de Educación Superior<sup>3</sup>.

Una de las respuestas mas repetidas al Dr. Favaloro fue que en realidad no sobran médicos, sino que hay un problema de mala distribución, porque los médicos se concentran en las ciudades. Esto es obvio, porque más del 90% de la población argentina es urbana, pero tampoco es cierto que haya déficit significativo de médicos en las pequeñas poblaciones del interior<sup>4</sup>.

Las disputas por las fuentes de trabajo, que han llevado a profundos enfrentamientos entre médicos a secas y sus pares empresariales, hace suponer que actualmente hay un exceso de médicos en el país.

Han sido de público conocimiento las guerras de solicitadas entre Federaciones Médicas y Asociaciones de Clínicas y Sanatorios, con relación a la adjudicación de contratos del PAMI<sup>5</sup> así como entre éstas y entidades gerenciadoras intermedias, como la ocurrida recientemente en Misiones<sup>6</sup>, y los enfrentamientos internos que han llevado a las

desafiliaciones de Colegios Médicos de su Federación Provincial<sup>7</sup>.

Son corrientes los titulares catástrofe de periódicos médico-gremiales sobre la progresiva reducción de las posibilidades de trabajo de los médicos<sup>8</sup>, así como de las consecuencias para los usuarios de la puesta en práctica de la política de Hospitales de Autogestión, reclamada en el Chaco como una de las soluciones al problema<sup>9</sup>, en tanto que la Asociación de Médicos Municipales de Buenos Aires advierte que "este sistema significa la expulsión de los más pobres de los hospitales"<sup>10/11</sup>.

Todo esto me lleva a proponer esta serie de reflexiones referidas a los dilemas que creo enfrenta actualmente la Facultad, así como sus causas, las vías de acción posibles y sus consecuencias y limitaciones, ya que, como intentaré demostrar en este artículo, los problemas anteriores no son ajenos a la cantidad y tipo de médicos producidos por las Facultades de Medicina del país

La hipótesis general de este trabajo es que el problema de atención de la salud en Argentina no es un problema de distribución de los médicos, o de recursos financieros, como se sostiene habitualmente, sino de hipermedicalización<sup>12</sup> de la población, fenómeno generado a partir de los años 60, a partir de la pléthora profesional en las carreras tradicionalmente más prestigiosas, y casi inevitable dada la dinámica socio-política del país y la debilidad de sus instituciones.

Esta pléthora de médicos, que políticas adecuadas podrían haber encauzado en beneficio de la salud de la población, quedó librada al "mercado de la salud", y terminó siendo aprovechada por los intereses de la industria de tecnología médica para desarrollar un modelo hipertecnologizado de atención, modelo que la profesión médica no vaciló en apoyar en sus comienzos, dado que, como afirma Katz<sup>13</sup>, representaba una salida económica coyuntural al fenómeno de la saturación del mercado de trabajo profesional, y era viable dada la simultánea expansión de los mecanismos de financiamiento solidario puestos en vigencia después de la segunda guerra mundial, que en nuestra región recién se expandieron realmente en la década del 60, con la creación de las obras sociales provinciales.

Como este modelo de atención ya ha sido instalado en la cultura de la población, (y gracias al mismo algunos médicos pasaron a la categoría de empresarios), la industria de

(1) Profesor Titular de Medicina Sanitaria  
Mariano Moreno 1240 3400-Corrientes Fax: (03722) 43-5829  
e-mail: azurita@med.unne.edu.ar

tecnología médica puede prescindir del apoyo médico en forma global, ya que le basta con la de sus exponentes más conspicuos, de los cuales el Dr. Favaloro es uno de los más relevantes, mas allá de sus méritos profesionales, y de sus nostalgias sobre su pasado de médico rural.

El fin de la guerra fría, tras el derrumbe del bloque socialista, hace políticamente superfluo para el complejo industrial transnacional el amplio financiamiento solidario de la atención médica propio del Estado de Bienestar.

Como actualmente este financiamiento solidario crea problemas de competitividad para la industria, se han puesto en práctica en casi todo el mundo, especialmente en los países menos desarrollados, y generalmente inspiradas y financiadas por el Banco Mundial, diversas medidas denominadas de "Reforma Sectorial".

Estas medidas están destinadas a trasladar el costo de la atención médica a la población, en forma directa, y no solidaria, y a reducir el costo del trabajo profesional.

He expuesto en un trabajo anterior, la aplicabilidad y consecuencias eventuales que tendría la aplicación de la Reforma Sectorial según los principios del Banco Mundial en las provincias del Nordeste argentino<sup>14</sup>, generadas fundamentalmente por la inexistencia de las condiciones previas al éxito de tales medidas.

## ¿Cuántos médicos es necesario formar?

El primer dilema se refiere al aspecto cuantitativo.

En 1960 había en la Argentina 25.000 médicos para una población de 25 millones de habitantes, la cifra de médicos se duplicó en 1980, y cuadruplicó en 1990<sup>15</sup>, en tanto la población en ese lapso solo aumentó en un tercio.

Un estudio<sup>16</sup> realizado en 1979 concluyó que ejercían en ese momento en el país 55.000 médicos, cifra coincidente con la proporcionada por otras fuentes de información, y que esta cifra excedía en 10.000 profesionales las necesidades de los 30 millones de habitantes del país, a partir de una relación óptima de 1 médico cada 700 habitantes, lo cual coincide en general con las recomendaciones de los organismos internacionales y las relaciones que se observan en los países desarrollados y subdesarrollados que han podido planificar la formación de médicos (Canadá, Chile, etc.).

El estudio realizado en 1979 analizaba diferentes medidas restrictivas destinadas a alcanzar un equilibrio hacia el año 1990, medidas que no pudieron ser puestas en práctica por el gobierno militar de la época, ni mucho menos por el gobierno democrático que asumió en 1983, pese al intento inicial realizado localmente por el Rector Interventor de la Universidad Nacional del Nordeste de mantener la restricción para el ingreso en Medicina y Abogacía, y contra el cual se levantaron en protesta los partidos políticos, las legislaturas, los colegios profesionales, y por supuesto los mismos ingresantes y sus padres.

El estatuto de la UNNE garantiza por otra parte la libertad de acceso a la educación superior gratuita, de modo que las medidas de restricción que se han puesto en práctica por mecanismos indirectos, como en otras Facultades de país, y cuya pertinencia por otra parte es dudosa, y más en una Facultad que desea formar médicos generales<sup>17</sup>, dan un resultado relativo.

Un informe de la OPS/OMS señalaba en 1986 que "la educación del personal de salud no obedece a ningún proceso planificado que responda a las necesidades de salud del país"<sup>18</sup>.

El presidente del Consejo para la Consolidación de la Democracia consideraba en 1988, que debíamos "terminar con el prejuicio de que tenemos demasiados estudiantes universitarios", para "reconocer que tenemos demasiados estudiantes en ciertas carreras"<sup>19</sup>.

El Dr. Francisco Delich, Rector de la Universidad Nacional de Córdoba, y ex-Rector interventor de la de Buenos Aires durante la gestión del Dr. Alfonsín, comentando la decisión del Consejo Directivo de la Universidad de Córdoba, de fijar un cupo de ingreso en medicina, opinaba en 1989: "es un hecho real la superpoblación estudiantil de medicina"<sup>20</sup>.

Las informaciones más recientes y confiables indican que actualmente ejercen en el país 100.000 médicos<sup>21</sup>, para una población de 38 millones de habitantes. Un médico cada 380 habitantes, es decir que manteniendo la norma de un médico cada 700 habitantes el exceso es actualmente de mas de 40.000 médicos. En pocas palabras sobra la mitad de los médicos para este modelo de atención, cuyo cambio eventual no parece cosa sencilla<sup>22</sup>.

Esto no significa que estén sin trabajo, ya que por la vía de la especialización, subespecialización y maximización diagnóstico terapéutica, (término que me parece preferible al más habitual y peyorativo de sobre prestación), la mayoría está mas o menos incorporada al mercado de trabajo, aunque la mayoría en condiciones de ingresos bastante magras, por lo que los salarios de 1.200 a 1.500 pesos mensuales en régimen de dedicación exclusiva que abona actualmente la provincia del Chaco representan una alternativa mas que interesante para los recién egresados, o para quienes no han podido ubicarse en una práctica especializada<sup>23</sup>.

Si se considera que el gasto anual en atención médica ha sido estimado en \$ 20.000 millones/año, \$ 600 hab./año, y que todo gasto en atención médica comienza con un médico, puede estimarse que quizás el país "malgasta"<sup>24</sup> hasta \$ 10.000 millones por año, por no haber planificado la formación de médicos, y que podrían destinarse a otras actividades socialmente muy beneficiosas, aún en el campo de la salud<sup>25</sup>.

Una consideración adicional merece la repercusión que esta pléthora profesional ha tenido sobre las posibilidades de calidad de la formación, señalada en varias oportunidades

por la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la Argentina, (AFACIMERA)<sup>26</sup>.

El Dr Carlos Martini, argentino, y vicepresidente de la Asociación Médica Americana a cargo del área de acreditación de Facultades de Medicina en Estados Unidos, opinaba hace algunos años que "ninguna Facultad de Medicina sería acreditada para los estándares americanos"<sup>27</sup>.

El Jefe de Gobierno de la ciudad de Buenos Aires, Dr. Fernando de la Rúa, además profesor universitario, señalaba en 1988, que "las instituciones de educación superior son más institutos de enseñanza que verdaderas universidades"<sup>28</sup>.

Es innegable además que la idea de que los médicos están mal formados, y cometan muchos errores se ha ido instalando en la población, posibilitando la industria del juicio de mala praxis<sup>29</sup>, fenómeno inimaginable en el país hace dos décadas.

En este contexto el que se haya autorizado en los últimos años la creación de nuevas facultades de medicina privadas<sup>30</sup>, resulta solo explicable por una probable intencionalidad de estratificar progresivamente la enseñanza, creando una oferta de formación privada de alta calidad para una minoría que pueda costearla<sup>31</sup>, o una confianza ilimitada en la capacidad reguladora de la mano invisible del mercado.

En la región nordeste puede estimarse en forma confiable que hay en ejercicio un mínimo de 6.000 médicos, lo cual supone un exceso de al menos 1.500 médicos, siempre siguiendo la norma 1/700.

El argumento de que el problema era de mala distribución, y que los médicos se concentraban en las grandes ciudades del país, ha perdido vigencia.

Los 6.000 médicos, que son una estimación mínima, representan una relación 1/500 en relación a los 3,1 millones de habitantes de las cuatro provincias de la región. En su mayoría son médicos jóvenes, de modo que la cantidad se incrementará progresivamente, ya que la salida del sistema, por muerte o jubilación está muy lejos para la mayoría.

El número de egresos anuales, y el número de estudiantes que ya están cursando la carrera, solamente en la UNNE hacen suponer que esta relación se duplicará como mínimo en el curso de los próximos años. Puesto que asimismo habrá aumento de la saturación en las regiones más ricas del país, es dable esperar que la migración hacia la región aumentará aun más la pléthora. Podríamos decir que no debemos preocuparnos demasiado por la formación de médicos de familia, el tema de moda en la actualidad, porque en pocas décadas habrá un médico en cada familia.

Las consecuencias de esta pléthora profesional han sido bien descriptas por Katz y col. al proponer un modelo económico de evolución del sector<sup>32</sup>:

- a) Sobre prestación de servicios.
- b) Tendencia acelerada hacia la especialización y subespecialización.

- c) Presión sobre el gobierno para la creación de nuevos cargos públicos rentados.
- d) Apertura de nuevos mercados laborales como la medicina laboral y la docencia.
- e) Ruptura y fragmentación de las asociaciones profesionales intermedias.
- f) Limitación del ingreso de nuevos prestadores a los colegios profesionales.
- g) Mecanismos de acreditación de los profesionales y la infraestructura para reducir la oferta.

Existen numerosas evidencias de cada uno de estos efectos en la región:

La sobre prestación de servicios y sobre facturación es denunciada hasta por las mismas asociaciones profesionales<sup>33</sup>, el porcentaje de cesáreas en el ámbito de la práctica privada triplica la observada en los países desarrollados, y cuadriplica la de los mismos profesionales en la práctica hospitalaria<sup>34</sup>.

La tendencia a la subespecialización hace que Argentina quintuplica el número de especialidades médicas, con respecto a los países desarrollados<sup>35</sup>.

La presión sobre el gobierno para la creación de nuevos cargos públicos rentados ha llevado a disponer de un médico por cama en los hospitales públicos. Al no haberse aumentado los presupuestos estos nuevos cargos han absorbido todo el gasto asignado a funcionamiento, y han reducido el nivel salarial<sup>36</sup>.

Especialidades casi inexistentes en cuanto a número de especialistas, y tradicionalmente poco prestigiosas, como medicina laboral, medicina legal, y salud pública, han atraído masivamente a cientos de médicos en la región en la última década<sup>37</sup>.

Los ejemplos citados al comienzo de este artículo son ilustrativos de los efectos e) y f), en tanto que los esfuerzos de CONFECLISA y el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de Atención Médica van en el sentido que se describe en g)

Como la cantidad de médicos que es necesario formar no es ajena a su tipo, pasaremos en revista la siguiente cuestión.

## ¿Qué tipo de médicos debería formarse?

El primer Ministro de Salud Pública de la presidencia del Dr. Alfonsín, Dr. Neri<sup>38</sup>, tenía muy claro al asumir en 1983, el problema cuantitativo y cualitativo de la formación médica, y la necesidad de establecer una política en este campo, orientada a la formación de médicos generales, con énfasis en la promoción y prevención de la salud, ideas que había expuesto en 1982 en un libro sobre el tema<sup>39</sup>.

Podría pensarse que la hegemonía del partido radical en la conducción de las intervenciones en Universidades y Facultades de Medicina, especialmente en la UNNE<sup>40</sup>, facilitaría la adopción de tales políticas, pese a la autonomía universitaria.

Sin embargo tal cosa no ocurrió, y localmente solo se decidió establecer, cinco años después, una Comisión de Cambio Curricular, que dedicó otro quinquenio a estudios y consultas, que le permitieron alumbrar una propuesta, autocalificada como "trascendental"<sup>41</sup>, finalmente aprobada por Resolución 542/93 del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina que estableció un Objetivo General de formar Médicos Generales, con Objetivos Específicos orientados al

- ejercicio de una medicina fuertemente contextualizada en la realidad epidemiológica, socioeconómica y cultural de la región,
- enfatizando los aspectos preventivos promocionales, interdisciplinarios, científicos, éticos y
- de administración de programas y servicios de salud

Todo lo cual no hacia sino reiterar objetivos establecidos con anterioridad por la misma Facultad, eran los mismos que oportunamente había enunciado el Dr. Aldo Neri, y por otra parte son los objetivos declarados que pueden encontrarse en cualquier Facultad de Medicina del mundo, acordes con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud<sup>42/43/44</sup>.

Sin embargo quienes casi ingenuamente propugnan adoptar tales objetivos, olvidan que la medicina es una institución social cuyos objetivos implícitos son mucho más amplios que la simple atención de la salud<sup>45</sup>, y que la aplicación de los mismos requeriría una ardua lucha política contra los poderes establecidos, y especialmente contra los intereses de algunos sectores de la profesión médica<sup>46/47/48</sup>.

Mas ácidamente, algunos autores denominan a estas propuestas la "retórica del cambio".

En Argentina, la mayoría de las Facultades, que asimismo formularon objetivos similares trataron de concretizarlos a partir de una mayor expansión de las materias vinculadas con la Medicina Comunitaria, y las disciplinas sociales, y la expansión realizada por la Facultad de Medicina de Tucumán de las materias Salud Pública y Salud Mental, así como su internado en Medicina General en hospitales rurales en las provincias del Noroeste, ya forma parte de la antología nacional en Educación Médica. En este panorama es destacable que la Facultad de Medicina de la UNNE es la única en el país en que estas disciplinas han permanecido sin mayores variantes en horas curriculares asignadas en el programa y número de docentes<sup>49</sup>, aún después de la evaluación externa realizada en 1996 por docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, que señalaron este déficit en forma muy precisa: "En el plan de estudios se aprecia un predominio hacia los aspectos biológicos, de 35 asignaturas existen solo 2 que abordan aspectos psicológicos y 3 de aspectos sociales"<sup>50</sup>.

Estas medidas parten, pragmáticamente, de reconocer que es imposible, o muy difícil, cambiar la orientación biológica-curativa-especializada de la enseñanza existente, (lo cual ha justificado la creación de nuevas Facultades para

lograr estos objetivos en algunos países), por lo que lo único posible es contrapesarla con una mayor expansión de la Medicina Comunitaria y las Ciencias Sociales, incluyendo nuevas materias relacionadas con estos campos, tales como antropología, medicina social, epidemiología, y/o expandiendo las existentes, y/o reforzando la planta docente de éstas, y creando un ámbito diferente de práctica una vez que el alumno ha finalizado las diversas materias en los hospitales universitarios. Los contenidos mínimos establecidos recientemente por AFACIMERA, transformados en materias en muchas Facultades, serían asimismo un buen ejemplo de esta posición.

En realidad, y por estas mismas razones fue introducida la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Facultades de Medicina hace medio siglo, sobre la base de la predica de la OMS/OPS, y con resultados magros, cualesquiera fuese la forma de organización de la enseñanza adoptada, como se reconoció en múltiples seminarios, por lo que la estrategia no resulta novedosa, y es de esperar que pese a las intenciones de sus impulsores termine produciendo los mismos resultados.

Si el nuevo enfoque no es transmitido a los alumnos a través de la enseñanza de las materias clínicas convencionales, se crea en los alumnos la falsa dicotomía de la "medicina", y las "humanidades"<sup>51</sup>, interesantes estas últimas como cultura general, pero sin vinculación con la medicina concreta.

La razón de este fracaso es muy sencilla; la Salud Pública, especialmente la de base epidemiológica<sup>52</sup>, se ocupa de *poblaciones*. La práctica clínica habitual se ocupa de enfermedades biológicas o mentales en *individuos*, incluyendo como máximo aspectos de su entorno familiar inmediato como en el caso de la pediatría.

La epidemiología constituye una base de unión entre ambos acercamientos a la enfermedad, especialmente en los desarrollos recientes en materia de enfoque de riesgo, y epidemiología clínica<sup>53</sup>, y la Medicina General ejercida sobre una base poblacional como en el caso del General Practitioner británico es casi el único punto de contacto entre la Clínica y la Salud Pública. Acercamiento que no resulta automáticamente de enseñar clínica y epidemiología a los alumnos, y esperar un sincretismo, como me lo han señalado reiteradamente los alumnos<sup>54</sup>.

Sin embargo, y tal como lo señala Van Dormael<sup>55</sup>, el General Practitioner sobrevivió a la ola de medicina especializada no por su alianza con la epidemiología, el futuro como médico de Salud Pública no parecía demasiado interesante como carrera profesional, sino porque pudo encontrar en Balint, Canguilheim y otros autores una filosofía de "Medicina de la Persona", de similar base epistemológica que la medicina científica: la enfermedad como entidad objetiva, pero trascendiendo a ésta<sup>56</sup>, que encontró fuerte eco en la

demandas de personalización de la atención en la Europa de postguerra.

La actual iniciativa del PAMI de instalar médicos de cabecera, aceptando especialistas como tales a falta de médicos generales<sup>57</sup>, especialistas que son impulsados por la crisis laboral y no por una razón vocacional, y a los cuales se imparten algunos "cursillos" de medicina familiar parece un parche más destinado al control de costos que a proporcionar una medicina racional, de las personas y las enfermedades, basada en un adecuado equilibrio entre la Medicina General y Especializada, e idéntica afirmación puede efectuarse sobre casi todas las políticas de impulso a la Medicina General que se desarrollan en Argentina y otros países en desarrollo, donde se espera esencialmente que el médico general reduzca o filtre el acceso al especialista, cuando en ciertos casos, en los que la atención ha sido colocada sobre la calidad de atención, se ha observado precisamente lo opuesto<sup>58</sup>.

El riesgo de que la medicina general sea asimilada a una medicina barata, y de menor calidad es evidente si el énfasis es colocado en el control de costos.

- 1 A raíz de un recorte del presupuesto universitario en mayo de 1999, el Dr. Favaloro comentó en un medio televisivo que "las universidades argentinas producen médicos, abogados e ingenieros a rolete (sic), que luego no encuentran trabajo", lo cual provocó un repudio generalizado de rectores, partidos políticos, intelectuales, colegios médicos, etc.
- 2 Clarín, 25/6/99 pag 48. "En un año unifican la formación de todos los médicos argentinos".
- 3 en el texto citado anteriormente
- 4 No sólo de médicos, la pequeña población indígena de Potrillos, ubicada en el árido oeste de Formosa tiene un puesto sanitario mínimo con dos médicos, dos odontólogos y un farmacéutico.
- 5 Diario Norte de Resistencia del 2/11/94, pág. 12, "Guerra entre los médicos: La Federación acusa ahora a la Asociación de Clínicas"
- 6 Como se recordara a comienzos de 1999 el delegado provincial del PAMI en Misiones, fue asesinado por un delincuente común, en momentos en que los organismos médico gremiales sostenían una gran polémica con el PAMI por la decisión de este de rescindir el contrato que los vinculaba, y contratar a una empresa gerenciadora intermediadora. El titular del PAMI, Dr. Alderete, no vaciló sin embargo en atribuir el asesinato a los organismos médico gremiales
- 7 Colegio Médico de Resistencia de la Federación Provincial.
- 8 "El Médico del Conurbano", órgano de difusión de los médicos del Conurbano Bonaerense, año VI, No 56, abril de 1995; el titular aludido reza "El trabajo médico en su hora más crítica".
- 9 En realidad la provincia del Chaco ya ha puesto en marcha el mecanismo de hospitales de autogestión, lo que se reclama es "hacer apresurar al gobierno para que implemente el arancelamiento hospitalario", en Norte del 6/5/95, pág. 3 "Un cisma anunciado".
- 10 Clarín del 17/6/94, pág. 46, "A favor y en contra".
- 11 Clarín del 20/6/94, Suplemento especial, pág. 5, "En defensa del Hospital Público".
- 12 En el sentido dado por Foucault a la expansión de la medicina mas allá de sus fronteras tradicionales.

- 13 Katz J. "Estructura y comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y Uruguay", Cuaderno Técnico N° 36, OPS, 1993.
- 14 Zurita, A. "La teoría de mercado regulado, solución para la Atención Médica en el Nordeste Argentino?", en Actas del Seminario de Experiencias de Reforma del Sector Salud en América Latina, Quito, Ecuador, 1997.
- 15 Bianco M. y col. "Recursos Humanos en Salud en la Argentina", Educación Médica y Salud, 20 (3): 324-330, 1986.
- 16 "Estudio Proyectivo, Necesidades de Médicos, Médicos Especialistas y Odontólogos hasta el año 1990". Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación, Buenos Aires, 1979.
- 17 Como ha sido ampliamente difundido ninguno de los 1700 candidatos que rindieron el examen de ingreso de la Facultad de Medicina de la Plata en Febrero de 1998 lo aprobaron. En el marco de las críticas al sistema educativo secundario subsiguientes, me pareció sumamente acertado el comentario periodístico del rector de la Universidad CAECE, que señalando que a pesar que las preguntas sobre matemáticas se encontraban basadas en conocimientos de la enseñanza secundaria, de todos modos no encontraba muy adecuado que se seleccionaran estudiantes de medicina, sobre base de sus conocimientos de logaritmos. Por el contrario en un contacto personal mantenido recientemente con un profesor de origen argentino de la Facultad de Medicina de Neguev, en Israel, de reciente creación, y cuyo propósito es formar médicos generales, supimos que los estudiantes son seleccionados por un consejo de la comunidad de composición variada, mediante entrevistas personales. El colega recordó especialmente por su "ojito clínico" para esta tarea, a un mecánico de automotores que integra el citado consejo.
- 18 Dr. Jorge Hadad, Asesor Regional en Recursos Humanos, OPS/OMS, Informe de misión, Septiembre 1986.
- 19 Clarín del 5/7/88/, pag 17, "La Nueva Reforma Universitaria".
- 20 Clarín 4/7/89, pag 23, "Medicina de Córdoba restringiría el ingreso".
- 21 "Estructura y comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y el Uruguay", OPS, Cuaderno Técnico N° 36, 1993.
- 22 El Dr. Escudero, conocido sanitario argentino, y editorialista habitual del periódico gremial "El médico del conurbano", sostiene que el exceso de médicos se debe al modelo actual de atención, que denomina "capital intensivo", o "modelo Favaloro", y que un modelo diferente basado en la Atención Primaria, sería "mano de obra intensivo", y requeriría todos los médicos disponibles. Coincidí con el Dr. Escudero, aunque solo parcialmente. Efectivamente el desarrollo de un modelo de atención basado en la promoción y prevención requeriría unos 40.000 médicos generales o de familia, a razón de 1 cada 1000 habitantes, aceptando una razón doble a la del Sistema Nacional de Salud Británico. Sin embargo este modelo implicaría reciclar como médicos generales la mitad de los 100.000 especialistas, pre-especialistas, subespecialistas, o pseudo-especialistas actuales, y que la población aceptase tal cambio, y solo sería posible, creo, en un sistema socializado, o fuertemente regulado por el estado, situación que no es considerada por ninguno de los partidos políticos con posibilidades electorales. Debo reconocer sin embargo que una práctica de Medicina General de grupo, basada en investigación y capacitación continua, autogenerada, parecería ofrecer la posibilidad de una mayor absorción de médicos, con una eficiencia que parece razonable. Grupo Médico Migues, Migues, Uruguay. Comunicación personal, 1999.
- 23 Esta remuneración puede llegar a \$ 3.000 mensuales en el caso de los médicos rurales. El ingreso medio mensual en práctica privada no supera los \$ 2.000 mensuales, aunque la distribución es muy irregular, y un especialista en áreas muy capital intensivas, como radiología, hemoterapia, oftalmología, etc, puede superar ampliamente los \$ 15.000 mensuales.

- 24 El dinero se malgasta si se consideran tasas de mortalidad infantil, edad de incidencia de los infartos, etc., sin embargo dado que la salud es también un fenómeno cultural, médico-cultural en Argentina, la cifra es aún insuficiente para cubrir las expectativas del argentino medio. Es común que alumnos del último año de la carrera opinen que todos los pacientes con apendicitis aguda morirían si no son atendidos por un médico, valor que algunos de sus compañeros suelen encontrar exagerado, coincidiendo que a lo sumo "moriría la mitad". Los alumnos suelen hacer comentarios similares sobre otras situaciones, que revelan además de un absoluto desconocimiento de la historia natural de las enfermedades, la incorporación acrítica de una actitud sobrevalorativa de la eficacia de la práctica médica.
- 25 La cifra es equivalente al costo del publicitado Plan Laura para construcción de autopistas, cuyo beneficio innegable sería la reducción de mortalidad por choques en rutas, que en Argentina supone varios miles de decesos por año. Los accidentes de tránsito son la primera causa de mortalidad en la población de menos de 45 años en Argentina.
- 26 Clarín del 2/1/89, pág 10 "Crisis en la formación médica".
- 27 Clarín 27/12/92, págs. 14–15, "Los médicos han perdido la dimensión humana".
- 28 Clarín 20/3/88, pág. 21, "El ingreso irrestricto y la ley universitaria".
- 29 Ámbito Financiero 4/8/92, pág 23 "Pacientes y abogados ponen a los médicos en el banquillo".
- 30 Fundación Favaloro, Universidad Maimonides, Fundación Barcelo, etc.
- 31 La cuota mensual de estas nuevas universidades es de \$ 400 a \$ 800 mensuales. La Fundación Favaloro sólo acepta 25 ingresantes por año.
- 32 Katz J., citado en 13.
- 33 Diario Norte del 6/12/94, pág. 10, "El sistema de salud argentino sufre de corruptela".
- 34 Zurita A. "Diagnóstico de la Atención Médica en la provincia del Chaco", Garamond Impresiones, Resistencia, 1992.
- 35 Este fenómeno no es privativo de medicina, el Secretario de Política Universitaria, Juan Carlos del Bello, comentó en 1993, que las Universidades argentinas otorgan 1500 títulos diferentes, en tanto que en Estados Unidos la cifra es inferior a 300 y en España solo se entregan 53 títulos diferentes. Clarín del 5/4/93, pág. 37, "las Universidades otorgan 1500 títulos diferentes".
- 36 Los presupuestos públicos de salud se han mantenido constantes en la última década en la región, en tanto la cantidad de personal aumentó en promedio un 50%, lo cual se realizó a expensas de los gastos de funcionamiento, mantenimiento y equipamiento, y del nivel salarial. Los profesionales han conseguido recomponer parcialmente sus salarios a través de la generalización del mecanismo de guardias pagas, que ha terminado de consumir los fondos de funcionamiento. Esto ha llevado a los Ministerios provinciales a cerrar los ojos frente a la práctica generalizada del personal de pedir contribuciones a los pacientes, en dinero o especie, para hacer funcionar los servicios. La reciente puesta en práctica del mecanismo de Hospitales de Autogestión legalizaría la medida.
- 37 200 médicos en el curso de especialistas en medicina laboral realizado por la Facultad de Medicina en 1987, 140 médicos en el curso de médicos legistas realizado en 1993, etc.
- 38 Ex-Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.
- 39 Neri A. "Salud y Política Social", Ed Hachette, Buenos Aires, 1982.
- 40 El Rector interventor y posteriormente Rector electo de la UNNE entre 1993 y 1997, Dr. Armando Romero, había sido candidato a gobernador de la provincia de Corrientes por el partido radical en las elecciones de 1983, y el Decano de Medicina en el periodo 1985/94 fue diputado nacional por el partido radical, por otra parte Franja Morada hegemonizaba ampliamente las elecciones estudiantiles.
- 41 Cerdara Noguera et al. "El Médico General: Un nuevo perfil profesional del Egresado de la Carrera de Medicina de la UNNE", en Revista de la Facultad de Medicina de la UNNE, vol. XII, No 1, 1995.
- 42 Clarín, 9/10/94 "En medicina la ultima moda son los viejos doctores de familia".
- 43 OMS Oficina Regional para Europa "The role of general practitioners in the provision of Comprehensive Health Care".
- 44 "Urban community Medicine, The Mount Sinai Experience", The Mount Sinai Journal of Medicine, 59 (6): 469–478, 1992.
- 45 Sobre el particular cabe recomendar a Talcott Parsons, considerado el padre de la sociología americana, quien ejemplifica su teoría sobre el mantenimiento de los equilibrios sociales con el caso con el caso de la práctica médica, en "El Sistema Social", Editorial Revista de Occidente, Madrid, 1976, y a Jacques Attali, quien considera a la medicina a través de la historia como el soporte ideológico del poder político de turno, en "El orden caníbal", Editorial Planeta, 1981.
- 46 El ex-Director General de la OMS, Dr. Haldhhan Mahler se refirió a ello en repetidas ocasiones, y esta fue la razón principal por la que la Fundación Rockefeller tildó de utópica a la declaración de Alma Ata, y propuso su reemplazo por la Atención Primaria Selectiva, posición posteriormente adoptada por UNICEF.
- 47 "Medical Education Reform: The need for global action", Association of American Medical Colleges, 1992.
- 48 Phen W. J. "La Atención Primaria Médica y el porvenir de la Profesión Médica", Foro Mundial de la Salud, 2 (3): 365–385, 1981.
- 49 Zurita A. "Situación y tendencias de la enseñanza de la Salud Pública en las Facultades de Medicina de Argentina", Revista de la Facultad de Medicina de la UNNE, 1994.
- 50 Cortes M. y Valenzuela F. "Reporte de la evaluación externa realizada a la carrera de Medicina", 1996.
- 51 Término utilizado habitualmente por los docentes de la Facultad durante las dicusiones de cambio curricular para referirse a la Salud Pública y todos los contenidos de medicina no biológicos/individuales.
- 52 Me refiero a la Salud Pública tradicional, conocida actualmente como Atención Primaria Selectiva, la Salud Pública de la Atención Primaria, tal como fue definida en Alma Ata, tiene una base más sociocultural.
- 53 Difundidos como "medicina basada en la evidencia".
- 54 "No sería más práctico enseñar Salud Pública a los profesores, y que luego ellos den las materias con este enfoque", es una observación repetida de los alumnos en las evaluaciones.
- 55 Van Dormael, M. Tesis de Doctorado en Sociología, Universidad Libre de Bruselas, 1995.
- 56 "La enfermedad se vive siempre en un contexto singular, individual y cultural", Dr Juan Carlos Macedo, Grupo Medico Miguez, Uruguay, comunicación personal, 1999.
- 57 Nadie sostendría seriamente que médicos egresados de la UNNE, o de casi cualquier Facultad de Medicina del país son médicos generales calificados para el ejercicio profesional, la existencia de residencias de Medicina General en las cuatro provincias de la región es la prueba más evidente de tal afirmación, si alguien la requiere.
- 58 Morris Weinberger et al. Does Increased Access to Primary Care Reduce Hospital Readmissions? – The New England Journal of Medicine – May 30, 1996 – Vol. 334, Nº 22.