

RESPONSABILIDAD ETICA Y JURIDICA DE LAS
INSTITUCIONES MEDICAS

RELATOR: *Dr. Alfredo Martínez Marull* MAAC FACS

A mi esposa

A mis hijos

A mi familia

Al cirujano, ese médico que a diario asume el riesgo de una decisión en nombre de su responsabilidad. Para que al final de la jornada pueda aceptar que:

“Sólo tendrás el alma sosegada cuando conozcas en igual medida la ilusión de la gloria imaginada y el tedio de la gloria conseguida”.

Gregorio Marañón

RESPONSABILIDAD ETICA Y JURIDICA DE LAS INSTITUCIONES MEDICAS

I N D I C E

	Pág.
Prólogo	61
Introducción	63
Capítulo I	
Aspectos conceptuales	66
Responsabilidad ética	66
Responsabilidad jurídica	67
Capítulo II	
Instituciones prestadoras del servicio de salud	71
Responsabilidad ética	72
Responsabilidad jurídica	73
Capítulo III	
Factores que inciden en la problemática de la formación médica	75
Pregrado	75
Posgrado	84
Responsabilidad universitaria	86
Capítulo IV	
Instituciones medicogremiales y deontológicas	88
Regulación actual de la actividad médica	90
Investigación clínica	91
Honorarios médicos	92
Huelga médica	94
Categorización profesional e institucional	94
Aspectos gremiales de la actividad médica	95
Conclusiones	98
Bibliografía	99

RESPONSABILIDAD ETICA Y JURIDICA DE LAS INSTITUCIONES MEDICAS

Dr. Alfredo Martínez Marull * MAAC FACS

PROLOGO

Ser Relator Oficial del Congreso Argentino de Cirugía implica una distinción que colma la ambición de un cirujano y una obligación que estimula a cumplir con el mandato.

El Relato será evidencia de la larga crisis que involucra la medicina, el médico y el enfermo, condicionante de reclamos éticos y legales, y de planteos sobre aspectos filosóficos, políticos, sociales, jurídicos y económicos.

El enfoque personal de temas polémicos está centrado en una posición respetuosa de las ideas no compartidas y fundamentalmente exento de cualquier intención elitista o discriminativa. Asimismo ese enfoque está limitado a ciertos temas conflictivos, cuyo análisis intenta recordarlos a quienes tienen competencia en el mismo y desde luego a quienes desconociéndolos puedan sufrir consecuencias inesperadas en la prestación médica.

La crudeza con que están tratados ciertos aspectos no intenta acusar a nadie, sino poner la dosis adecuada de una vehemencia estimulante para evidenciar el sentido del relato: mostrar el error, causas que lo han provocado, sugerencias correctivas.

Al agradecer a la Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Cirugía la distinción de esta designación, la asumo también como reconocimiento a la Universidad Nacional de Córdoba, a la que pertenezco como graduado y como docente. Me

honro en destacar que su prestigio nace de la solidez moral de sus fundadores y se acrecienta por haber formado a varios de quienes participaron en la fundación de la República y como también a quienes ejercieron sus destinos en ciertos períodos.

Mi particular gratitud a las Dras. María Virginia Bertoldi de Fourcade y María Teresa Bergoglio, con quienes compartimos inquietudes comunes en el tema. Sus condiciones docentes del más alto nivel universitario y sus prestigios profesionales participan con un sentido superior al de la colaboración invocada. Mi reconocimiento a la Dra. Irma Attme de Ceballos y las Licenciadas Alicia Pícaro de Luna y Liliana Orellano, por su colaboración en la confección y análisis de la encuesta realizada. De igual modo a la señora María Esther V. D. de Bialek, por sus opiniones invalorable y afectuosa ayuda en la orientación final del trabajo. También mi particular gratitud a tantos colegas amigos que brindaron su tiempo y alentaron con entusiasmo ideas integradas al trabajo. Un reconocimiento especial para Profesores, Graduados y Estudiantes, quienes sumaron sus opiniones a través de la encuesta realizada sobre algunos aspectos conflictivos del Relato.

A mi padre, el Prof. Dr. Alfredo Martínez Carreras, de quien heredé el patrimonio moral y aprendí las primeras armas quirúrgicas. Su interés en el Relato entusiasmó su espíritu y estimuló su colaboración; desgraciadamente la inevitable ausencia no le permite ver el final que le inquietaba.

* Profesor Titular de Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Al Prof. Dr. Pablo L. Mirizzi, cuyo recuerdo perdura, no sólo por su relevancia y prestigio mundial en la cirugía biliar, sino por la magnanimidad, tolerancia y estímulo que nos brindó en la iniciación de nuestra carrera quirúrgica. Al Prof. Dr. Carlos Aguirre, mi maestro, ejemplo de laboriosidad, ecuanimidad y pundonorosa honestidad. Formó parte de la generación de cirujanos de alma limpia y abnegada que operaban con instrumentos purificados, los materiales por el calor, los humanos por el amor. Al Prof. Dr. Juan Martín Allende, vívido testimonio de la Cirugía Argentina, defensor de principios éticos y ejem-

plo de conducta universitaria. Mantengo en su amistad un sentimiento filial de respeto y admiración.

Por último y con sentido especial, la gratitud hacia la familia, mis hijos y mi esposa. Todos han soportado con estoicismo, las arbitrariedades ejecutadas en nombre de un Relato, pero ella, en su doble condición de esposa y abogada, fue asesora permanente y eficaz amortiguador de ansiedades, al compartir el habitual insomnio de los relatores. Cariño, comprensión y tolerancia fueron sus constantes tributos al trabajo.

INTRODUCCION

A grandes rasgos puede señalarse que la Historia de la Responsabilidad Médica acompaña a la propia Historia de la Medicina. Seguramente las primeras atenciones médicas fueron curaciones de heridas y con métodos que hoy serían antirracionales. Los errores médicos de entonces ya tenían sanciones, pero eran tan drásticas como el propio daño ocasionado.

El desarrollo de la medicina desde la antigüedad hasta el presente, desde lo empírico hasta lo racional, incluye los períodos en que el quehacer profesional era regido por normas éticas y la responsabilidad profesional juzgada por la conciencia. Fueron los tiempos de la sacralización y del eufemismo, donde sólo los pares podían sancionar los errores médicos.

El hito trascendente de esta historia fue el dictamen del Fiscal Dupin, Procurador General de Francia, quien en 1833 al respecto del primer juicio al médico que había amputado 2 miembros del feto para facilitar el trabajo de parto, señaló: "el médico como profesional cae en la obligación del derecho común siendo responsable por los daños que pueda provocar su negligencia, ligereza o ignorancia inexcusable de cosas que necesariamente debe saber"⁸⁷.

Desde entonces un largo camino de reclamos legales, justos o injustos, han dado forma a la doctrina y jurisprudencia sobre responsabilidad médico legal; fueron respuestas al incremento de alteraciones en las conductas profesionales y al aumento de los intereses sociales sobre la medicina y su ejercicio.

Vale la pena reiterar que la medicina sigue siendo generosidad, piedad y abnegación y que además la cirugía, es testimonio de destreza, pues a pesar de la seguridad actual, el cirujano sigue ejerciendo entre la vida y la muerte. Un gesto equivocado, por pequeño que sea, puede acarrear graves alteraciones. De ahí la vigencia del pensamiento de Leriche: "La cirugía es un estado del alma que tiene el riesgo como excitante y por lo tanto no es patrimonio de almas tibias ni preocupadas por la tranquilidad". Ser cirujano signifi-

ca tener incentivo para asumir riesgos, y dominar el carácter y la capacidad para doblegar un azar hostil.

El resolver aquí y ahora es una característica de la profesión médica, especialmente del cirujano, pues a pesar de los adelantos, la decisión sigue siendo humana y difícil de compartir. En cambio el abogado, el ingeniero o el arquitecto tomarán su tiempo para el caso o el proyecto.

El espíritu quirúrgico es el adecuado equilibrio entre la intrepidez y la confianza en sí mismo y todo lo que irresponsablemente lo altere condiciona un retroceso, paradójico en el tiempo de una medicina más confiable. Así nace el miedo ante las exageradas demandas legales y la inseguridad para asumir los riesgos lógicos.

Responder por el futuro del enfermo sin compartir la decisión es el riesgo, cuya sustentación ética y científica está basada en idoneidad, diligencia, prudencia y creatividad, pero también en adaptabilidad a los sistemas de atención médica, nuevos condicionantes del fracaso profesional. Por lo tanto, si bien nada exime al responsable directo, aquellos no deben quedar inmunes cuando se analizan las causas de las demandas.

Cabe preguntarse entonces: ¿Por qué la racional comprensión del enfermo ante el error se ha trocado en exigencia legal o en gestión de pleitos escandalosos? ¿Por qué de sabio y salvador el médico pasa a ser ignorado y negligente? ¿Por qué el fantasma de la sanción moral no llegaba a perturbar la mente del profesional antiguamente?

Varios son los factores involucrados, pero obviamente excluyen a la medicina. Lo más importante es la pérdida de identidad del enfermo inmerso en un sistema de atención que hace perder también la del médico, cuya figura se diluye en la institución y en el equipo. La revalorización de la salud gracias a la educación sanitaria generadora de una conciencia social más difundida, desplazó la resignación y la fatalidad ante errores y fracasos y estimuló la exigencia. Tanto la incompetencia profesional como la alteración de la conducta ética

son el sustento más frecuente de las demandas. También lo es la solución adoptada ante la retribución insuficiente, es decir "el cobro adicional", que despierta una crítica encendida y que somete al médico a problemas de conciencia y predispone al paciente en su contra. Mosset Iturraspe⁷⁵ agrega, el abogado inescrupuloso que alienta los ánimos del dolor y en un trasfondo de especulaciones económicas estimula la acción judicial.

En síntesis, lo más común es la deshumanización de la medicina, la alteración de la relación médico-enfermo y fundamentalmente la pérdida de identidad de ambos. La falta de valores morales y la incapacidad profesional son causas frecuentes, pero las organizaciones que atienden la salud también pueden estar incriminadas. Las alteraciones de ellas son consecuencia de las políticas educativas y sanitarias discontinuas, de los últimos 50 ó 60 años.

El incremento del reclamo legal por malpráctica en la actualidad es importante, pero es mayor aún en los países desarrollados, donde ya se ha tornado crítica. Varias consideraciones pueden hacerse al respecto. El seguro médico, ese espacio entre el daño y el paciente que antes era cubierto por la solvencia moral y profesional, es un monto de dinero, que a pesar de proteger al médico es estimulante de la demanda. Al respecto en Estados Unidos el incremento desmesurado de juicios por malpráctica a partir del año 1970, hizo aumentar los valores de las pólizas del seguro hasta un 600% de su valor, desprotegiendo así al médico que paulatinamente perdía condiciones para acceder a él.

Manuel⁶⁷ señala que en 1983 cada 100 médicos, 16 estaban imputados en juicios por malpráctica, una situación que prospectivamente en 3 años hizo aumentar en 7 billones de dólares el gasto de salud en EE.UU. El autor comenta alguna de las soluciones intentadas: creación de nuevas compañías aseguradoras especialmente integradas por Asociaciones Médicas a fin de permitir la cobertura al médico; creación de Tribunales de Arbitrio, de carácter prejudicial e integrados con expertos para desestimar acciones legales innecesarias. Asimismo, otra alternativa para disminuir la escalada de juicios por malpráctica fue el manejo del riesgo y la propuesta de imitar las tratativas legales por accidentes de trabajo al respecto del daño, es decir pagar en base a la cuantificación previamente establecida. También se incrementaron las acciones destinadas a investigar a los médicos y centros asistenciales habitualmente invo-

lucrados en juicios de malpráctica con el fin de controlarlos o de bloquearlos en su actividad.

Cole³⁰ comenta que Neurocirugía, Obstetricia, Ortopedia y Cirugía Plástica en Estados Unidos son las especialidades de riesgo y considera que una verdadera profilaxis de las acciones judiciales depende del conocimiento que se tenga del paciente y de lo que éste espera del tratamiento. Resalta que el cirujano debe manejar y controlar todo el personal que interviene en el trato con el paciente y asimismo debe verificar todos los gastos a fin de minimizar el reclamo. También considera necesario el manejo de la Historia Clínica y fundamentalmente el consentimiento explicado, donde deben quedar definidos riesgos y alcances de curación. Es trascendente la explicación al paciente o a los familiares sobre qué debe esperar o qué debe entenderse por la curación de su afección.

No obstante lo cual y considerando que la pérdida de la "inmunidad" de la conducta médica son los causales del incremento de reclamos, lo que debe destacarse es la confiabilidad de la justicia como única solución para defender la integridad moral o patrimonial del médico o la Institución. Por ello vale el comentario sobre 25.000 juicios por malpráctica quirúrgica en el Estado de Nueva York en el año 1975, donde la justicia halló culpable al 25%, siendo el resto discriminado en 55% sin culpa y 20% dudoso³². El concepto se ratifica al leer los boletines de Jurisprudencia Argentina, que en síntesis documentan la majestad de una justicia que no permite prosperar lo injusto o lo irracional.

El gran peligro del incremento de las demandas es el progresivo miedo a ejercer, especialmente en cirugía, donde ya se confunde riesgo quirúrgico con riesgo legal. Por ello es necesario evitar la tendencia que irá quitando al médico y al cirujano, la voluntad de asumirlo. La profilaxis del miedo suprimiendo todo trato con pacientes de alto riesgo o de personalidad conflictiva es un seguro profesional indirecto, pero también un riesgo invertido porque desprotege o abandona al enfermo.

Otro seguro médico indirecto es la medicina defensiva, aquella que cubriría cualquier reclamo mediante la formulación de programas diagnósticos y terapéuticos excesivos, una situación que en los Estados Unidos de Norteamérica cuesta anualmente 15 billones de dólares³²; sobreprestación que entre nosotros, por ahora, integra las causas de la alteración del gasto de salud.

Este es el camino que estamos transitando y si no se pone freno a lo insensato y no se aumentan los medios para dotar al médico y al cirujano de mayor solvencia profesional, la consecuencia será, por un lado, la fractura de los sistemas previsionales y mutuales, y por el otro, el aumento progresivo de los juicios por malpráctica. La información social sobre esta situación permitirá evitarla y además, rescatar la idea de que la confianza en el médico y la aceptación del riesgo deben nutrir la relación cirujano-paciente.

Todo vale para reiterar que el interés es plantear la situación conflictiva en la que estamos o podemos estar los cirujanos y especialmente las instituciones que aglutinan nuestra actividad. Además por tener en cuenta que habitualmente los ci-

rujanos despertamos a la realidad cuando nos roza o nos afecta una demanda judicial, incluimos los procedimientos jurídicos para que un análisis elemental permita interpretar la dinámica del proceso legal.

Con el objeto de conocer la opinión en ciertos temas éticos, docentes y asistenciales, se ha realizado una encuesta general en el país, de la cual hemos reducido el análisis a un total de 88 profesores, 135 graduados y 298 estudiantes. Las razones de eliminar determinado número, fueron diferencias que no permitían mantener el rigorismo necesario que la credibilidad del sistema exige.

Siendo la bibliografía consultada realmente extensa, he considerado adecuado limitar su número y por lo tanto, quedan a disposición del lector las fichas bibliográficas no incorporadas.

CAPITULO I

ASPECTOS CONCEPTUALES

RESPONSABILIDAD ÉTICA

Hay cuatro vocablos frecuentemente utilizados en el tratamiento de la responsabilidad: deontología, ética, deber y obligación.

Deontología, es la ciencia de los deberes, especificándose en forma particular la de los profesionales, especialmente del médico; ética, es una concepción filosófica de las costumbres humanas, epistemológicamente estructurada con un basamento teológico y psicosocial; deber, es el imperativo deontológico del proceder ético, y obligación, es el imperativo jurídico de adecuación de las conductas a normas. En síntesis, quien no se ajusta al deber está contrariando a la ética; quien no se ajuste a la obligación está contrariando a la norma jurídica ⁸¹.

Si bien es cierto que ética y moral son términos de raíz distinta, tienen identidad en el significado, es decir, costumbre. Las diferencias están en que ética, es doctrina de costumbres empíricas nacidas de la mera práctica o rutina, en cambio, moral, incluye más a las costumbres espirituales; no obstante ambos términos se usan indistintamente ⁷⁷.

La ética es una disciplina de la filosofía que estudia los actos humanos en relación con la moralidad y es justamente en el hecho moral donde se esconde el auténtico sentido de responsabilidad. Conceptualmente es una estructura normativa y contenido de valores orientadores que evitan los desvíos del hombre. Como dice Roa ⁸³ es el tejido del alma y el fondo de la vida, donde más acá, está el afán de la verdad y más allá, el suelo misterioso que nos liga al origen: Dios, vida, muerte. Es simplemente la conducta humana relacionada con la moral y las obligaciones. Moral, en lo concerniente al bien general y acciones humanas, en orden a la bondad o la justicia, hechos que están contenidos en la conciencia e inteligencia, más que en los sentidos y emociones ⁷³. Sencillamente son las obligaciones, son las imposiciones y normas que deben regir la libre voluntad, en

síntesis es discernimiento entre lo que debe y no debe hacerse.

Pero ética no es sólo enunciar principios generales del bien sino medios para hacer operantes estos principios. Por ello, los códigos de ética cumplen esencialmente un papel normativo. El objeto de la ética son los actos humanos, es decir aquellos cumplidos en uso de la razón y de la libertad psicológica, ya que donde no hay libertad ni conciencia no existe responsabilidad moral. Por lo tanto, la libertad en los actos humanos es base de moralidad. Se es bueno o malo por voluntad y no por el alto o bajo cociente de inteligencia.

Hay que comprender que la ética no se compra ni se vende sino que se cultiva como estilo de vida y se cumple como principio de convivencia social. No es nombrándola a menudo que la ética pueda ayudar a limpiar algún pasado sucio, como tampoco es bueno usarla como "hacha de guerra" para arrasar a quienes la infringen ⁸³.

Neghme ⁷⁶ considera que aquel que tiene sentido humano no necesita de un código de ética, pues su conducta estará acorde a esas normas que no conoce y por ello el autor se plantea si realmente vale una norma cuando falla el código genético del atributo humano.

Tres aspectos primarios pueden considerarse sobre lo bueno: el bien útil, conveniente para conseguir otro bien; el bien deleitable, placer del corazón y del espíritu; el bien moral, conveniente a la naturaleza racional; principios que han plasmado las teorías filosóficas y el estilo de los pensadores que dieron origen a las corrientes del Utilitarismo, Hedonismo, Estoicismo, Tomismo, Kantianismo, fueron reflejos de una evolución y son base de la integración del pensamiento humano de la actualidad.

Las tendencias que identifican las conductas con las corrientes ético-filosóficas han sido categorizadas por diversos autores Kolberg ^{cit. 78} reúne en 6 escalas morales: 1-2: "moral precondicional", ba-

sada en el intercambio utilitario; 3-4: "moral de contenido social", de corte convencional y justicia retributiva; 5-6: "moral de principios", ética del altruismo, el dar sin pedir y sin recibir.

Aplicar estas escalas en la actualidad elimina todo comentario cuando se comprueba que a diario y en distintos niveles, el utilitarismo, el precondicionamiento, invade la acción humana y traba la voluntad para estimular los principios superiores del altruismo. El yo te doy si tú me das, está más allá del puro intercambio mercantil y penetra en la actividad médica.

La medicina centra su acción en torno a bienes y males máximos tales como salud, enfermedad, la vida y la muerte, siendo la ética quien le ha dado respuestas a problemas críticos del ejercicio. Ciertamente la forma de ejercerla dependerá de los valores del médico y es reflejo de su personalidad. Si pone sentido humano logrará un ejercicio ético; si coloca instinto en vez de razón, tan sólo será un técnico. En realidad no existe la ética médica sino los problemas éticos que plantea la medicina y que aquella resuelve, razón por la que se integran al respecto sociólogos, políticos, filósofos y médicos.

La medicina se encuentra en un punto clave, pues los conocimientos sobre concepción de la vida están en revisión. Hoy los científicos tienen a su disposición tecnología, instrumental y comunicación sin precedentes, tanto de la ciencia como de la ética. ¿Quién puede dar respuesta firme a esa realidad: los biólogos, cuyas afirmaciones son producto de conocimientos y manipulaciones extraordinarias, o los moralistas, apoyados en criterios éticos que sólo el tiempo o la razón pueden cambiar? ¿Quién decide y con qué criterios, el hombre o la Institución? Por cierto, no son problemas para respuestas individuales sino institucionales.

La vida humana encuadrada en etapas biológicas y sociales tales como nacimiento, familia, integridad corporal y espiritual, identidad, matrimonio, responsabilidad, respeto por la vida y por la muerte, plantea situaciones que involucran a la bioética y exigen prudencia para dar respuesta sobre estos principios en revisión. El entusiasmo por erradicar la enfermedad genética o reemplazar la parte gastada, provoca admiración y asombro, pero también miedo porque no hay respuestas morales ante las manipulaciones de grupo. ¿Cuántas veces el esfuerzo por descubrir algo se enfrenta con la idea de que hubiera sido mejor no hacerlo?^{2-91-102.}

La integridad moral del hombre y de la sociedad demanda entonces la concreción de pensamientos ágiles, renovados y actualizados en el seno de Instituciones calificadas que den salida a tanta presión científica para no cargar a la ética un retraso en la evolución médica.

Si bien es cierta la responsabilidad legal de las personas, sean de naturaleza humana o jurídica, surge con evidencia de las obligaciones, en cambio la responsabilidad ética no resulta clara, pues ella es patrimonio del hombre libre y conciente, dos atributos inexistentes en una Institución. En realidad puede asumirse que siendo el hombre quien la crea, la organiza y la dirige, es quien impregna su ética en estas distintas etapas de la "biología jurídica" de una Institución.

Por lo tanto, ética institucional, es la ética de sus fundadores, dirigentes e integrantes y sus conductas, antisociales o antiéticas, dañarán la credibilidad de la Institución y por lo tanto, demandarán la sanción ejemplar a fin de preservar la inmunidad de la organización ante la inmoralidad de quien la dirige o la integra. Ello permitirá también evitar la cómoda e irracional crítica hacia ellas cuando se identifica a los responsables que amparan sus conductas en el prestigio de la Institución.

Así como la ética del médico contiene principios de caridad, amor y altruismo, de igual modo la Institución Médica debe contenerlos en su estatuto, alma de su misión, para que una dosis de ética trabe la conducta alterada. Así como la empatía profesional sustenta la confiabilidad y fundamenta la armonía de la relación médico-enfermo, "una empatía institucional" logrará desarrollar y mantener la credibilidad de la misma. Además, una institución debe tener políticas claras y sostenidas por dirigentes con más interés en la continuidad de la misión que en la inclinación de su condición humana y política. Aquí se inscribe un principio de responsabilidad ética de las Instituciones Médicas que analizaremos.

RESPONSABILIDAD JURÍDICA

Siendo la terminología jurídica, códigos y leyes, extrañas al cirujano y a veces de difícil comprensión, hemos limitado su análisis a los conceptos necesarios que faciliten la interpretación de la responsabilidad legal de las Instituciones Asistenciales.

La necesaria incursión bibliográfica realizada al respecto de la responsabilidad legal, me ha per-

mitido tomar conciencia, no sólo de la vastedad del tema, sino fundamentalmente entender e interpretar que en la ciencia jurídica existen criterios o tendencias doctrinarias que sólo el experto puede manejar. De tal modo entonces hemos ceñido el análisis a una metodología que nos permita, en el marco del respeto a otras doctrinas, brindar una información con coherencia docente.

Desde los tiempos de la irresponsabilidad médica eufemística, donde el error médico era juzgado por sus pares y sólo pasible de justicia la grave falta o la negligencia inexcusable, ha pasado el tiempo suficiente para que hoy, tanto la sociedad como el médico, salvaguarden sus derechos en el ámbito de normas deontológicas y jurídicas.

Responsabilidad, es un vocablo que alude a la calidad de responsable, es el cargo u obligación que resulta del posible error en determinada cuestión o acto. La reacción humana ante ello fue el instinto natural del engaño, aquello de devolver mal por mal. Fue la organización, el estado, el discernimiento, lo que permitió que el concepto de responsabilidad se transforme. Así la noción se desdobra: por un lado, la responsabilidad penal que pretende el castigo al delincuente y por el otro, la responsabilidad civil que tiende a resarcir a la víctima ²³.

El ordenamiento jurídico procura la tutela de los bienes dignos de ello, reaccionando cuando el principio se viola. Esta reacción puede sancionar las conductas disvaliosas con distintos sentidos. Así se puede castigar al autor del comportamiento antijurídico con propósito de ejemplo de corrección y reeducación en el ámbito del derecho penal y con sanciones compensatorias en el derecho civil, en el criterio de reparación del daño sufrido por la víctima.

La responsabilidad profesional, es enfoque de la responsabilidad de un determinado ángulo y según los efectos de los actos realizados, nacerá la responsabilidad penal, civil o disciplinaria.

Presupuestos de la responsabilidad

Siguiendo las consideraciones de las Dras. Bertoldi y Bergoglio ¹⁵ señalamos que la teoría general de la responsabilidad civil puede apreciarse a partir del análisis de los requisitos necesarios del deber de indemnizar un daño injustamente causado.

El concepto se complica frente al desdoblamiento legislativo de la responsabilidad civil en dos grandes ámbitos: el contractual o el extracontractual, según que provenga del incumplimiento de

una obligación establecida en un contrato o surja de obligaciones derivadas de otro origen. Sin embargo, lo fundamental para ambas situaciones es que, el perjuicio, material o moral debe ser reparado y los elementos, reglas y mecanismos para ello son comunes a ambos. Si no hay daño no hay necesidad de investigar la existencia de otros elementos, pues no existe la obligación de resarcir. Ello significa que el daño es presupuesto básico de la responsabilidad civil.

Los requisitos necesarios para que surja el efecto jurídico de una obligación de resarcir son: antijuridicidad, factores de atribución, daño y causalidad.

Antijuridicidad: La ilicitud es antijuridicidad, un sinónimo conceptual que se origina en las conductas contradictorias con el ordenamiento legal.

Para Yungano ¹⁰⁸, los actos con efectos jurídicos son lícitos o ilícitos y antijuridicidad va desde la ilicitud hasta el incumplimiento contractual o simplemente violación de una obligación. Dos son los mecanismos de la conducta antijurídica: la acción y la omisión prohibida. Acción, cuando se hace lo que la ley prohíbe, omisión, cuando no se hace lo que la ley manda. Son antijurídicas entonces, la acción de matar, de lesionar, actos positivos o actos negativos, como la comisión por omisión, donde el daño aparece por no hacer, tal como plantearía la situación de dejar desangrar un herido o la de no administrar determinada medicación. En la omisión, el daño nace de la abstención como sucede en el abandono de persona o la falta de cumplimiento de obligaciones o compromisos adquiridos.

La cirugía, definida como la modificación del organismo, ejecutada según normas indicadas por la ciencia para mejorar la salud física, psíquica o simplemente la belleza tiene la apariencia de acto ilícito (agresión), pero las causas de la justificación tienen la virtud legal de borrar el carácter de ilícito ²⁹. En este sentido, el Art. 34º del Código Penal expresa que: "no son punibles... el que obrare en cumplimiento de un deber o en el ejercicio de un cargo...". De ahí, que el propio ejercicio profesional se encuadre como una verdadera causa de justificación.

Un valor especial cobra el consentimiento del enfermo o de sus representantes, reflejados en el contrato profesional. El consentimiento del paciente dentro de la ley, es causa de justificación autónoma de acciones y omisiones formalmente ilícitas, o complemento de otra causa de justificación. Sus consecuencias son la impunidad de la gente en lo Penal y en lo Civil que legitima la acción profesional ¹⁶.

Daño indemnizable: No hay responsabilidad civil sin víctimas, de igual modo que no hay responsabilidad penal sin delincuente. Daño, significa menoscabo o detrimento o pérdida experimentada por una persona en su acervo patrimonial o en su acervo moral. El daño privado o resarcible requiere distinguirse en los ordenamientos de daño patrimonial y no patrimonial. El daño patrimonial es todo perjuicio susceptible de apreciación pecuniaria ya que el patrimonio no sólo está formado de bienes materiales sino de derechos o capacidad como fuente de beneficios económicos. Comprende dos aspectos: el daño emergente que es la pérdida o disminución de valores económicos ya existentes, es decir, empobrecimiento del patrimonio; el lucro cesante que es la frustración de ventajas económicas esperadas, es un no aumento del patrimonio al verse privado de lograrlo si no hubiera ocurrido el hecho.

El daño no patrimonial o moral: es el menoscabo de los valores no económicos o morales tutelados por la ley y que no significan disminución del patrimonio. Es una afectación psíquica, espiritual, emocional. La responsabilidad del médico, tanto la obligación devengue de fuente contractual como de extracontractual supone el deber de indemnizar daños que pueden afectar aspectos orgánicos o psíquicos del paciente; entre ellos debe mencionarse el mantenimiento del estado patológico, la agravación del mismo, las nuevas situaciones o complicaciones y la muerte.

Factores de atribución: La responsabilidad que se atribuye al médico exige determinar en todos los casos qué factores subjetivos u objetivos determinan la imputabilidad del resultado dañoso cuando el obrar antijurídico guarde con este un nexo de causalidad.

La imputabilidad, en términos generales, consiste en determinar las condiciones mínimas necesarias para que un hecho pueda ser atribuido a alguien a fin de que soporte las consecuencias. Esta atribución se basa en el reproche dirigido al aspecto psíquico del autor. La culpabilidad en sentido amplio abarca la culpa propiamente dicha y el dolo. Cuando la atribución de la consecuencia dañoso no es referida a culpa, el factor de atribución es objetivo.

A la responsabilidad civil, de carácter subjetiva, se agregan nuevos factores de atribución, el riesgo creado, la idea de garantía. Ello tiene un aspecto en común: admitir que se puede estar obligado a reparar un daño sin que medie reproche subjetivo alguno.

En el ámbito de la medicina los supuestos de responsabilidad objetiva se relacionan con los daños causados por el hecho de las cosas; y el hecho del dependiente. Así se apoyan también los factores de atribución en la responsabilidad de las instituciones médicas asistenciales.

El contenido de la prestación médica requiere analizar ciertos aspectos. Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y conocimiento científico, mayor será la obligación sea contractual o extracontractual.

En derecho se distinguen obligaciones de medio y obligaciones de resultado¹⁷. Son obligaciones de medio las que imponen diligencia y aptitud para cumplir con algo que conduzca a un resultado, pero sin asegurar la obtención del mismo. Son obligaciones de resultado por el contrario, la obligación de dar algún resultado preestablecido. Estas dos obligaciones, las de medio y las de resultado son las que involucran al médico y las instituciones médico-asistenciales, generando la responsabilidad. Tal como se infiere, la primera exige al profesional médico poner, conducir y ejercer con capacidad, para favorecer o facilitar un resultado que no siempre depende de él. En cambio en la obligación de resultado que incluye especialmente a las Instituciones Asistenciales, el criterio es consecuencia de un deber de garantía, de seguridad en la prestación, algo que determina un resultado.

Culpa: En sentido estricto es la forma más ordinaria e importante de la responsabilidad. En el Código Civil Argentino, la culpa es la imprevisión de un resultado dañoso previsible, que pudo preverse y evitarse si se hubiera obrado con la diligencia requerida en la circunstancia. La culpa carece de intención pero es una alteración de la conducta, algo que el prudente no hubiera cometido. A esa alteración de la conducta profesional, conducta culposa, se puede llegar a través de actitudes negativas o carenciales como la impericia y la negligencia y por actitudes positivas, la imprudencia. De igual modo pero con mayor especificidad impericia es la falta de conocimiento o de técnica, negligencia la carencia de diligencia exigible, imprudencia asumir riesgos inútiles¹⁸.

Dolo: El dolo como la culpa, constituyen estados anímicos reprochables, aunque de distinta magnitud. El dolo puede existir tanto a nivel extracontractual como en el contractual. En el extracontractual se configura el dolo cuando el agente cause un daño queriéndolo causar. Hay un propósito de perjudicar, intención de causar daño. También

se afirma que existe dolo cuando el agente tuvo previamente conciencia y conocimiento del daño que iba a causar, sin necesidad de establecer intencionalidad. El que quiso el acto ilícito, quiso el resultado. En la responsabilidad contractual el incumplimiento voluntario del contrato configura el dolo y como lo dijimos aun sin deseos de perjudicar.

En realidad, la noción de dolo tanto en el campo contractual como en el extracontractual es única. El acto médico puede ocasionar daño en virtud de un obrar doloso aunque realmente no es lo más frecuente. Pueden calificarse de actos dolosos, por ejemplo, el sometimiento a los pacientes a múltiples estudios inmersos en fines pecuniarios¹⁴.

Nexo de causalidad: El principio ontológico de causalidad emana del principio lógico de razón suficiente, según lo cual todo lo que es, es por algu-

na razón. Para establecer cuál es la causa de un daño es necesario formular un juicio de probabilidad o sea considerar si tal acción u omisión del presunto responsable era idónea para producir, regular o normalmente un resultado. La relación causa-efecto vincula directamente el daño con el hecho de la persona o de la csoa. La jurisprudencia ha sostenido que para que se comprometa la responsabilidad civil del médico, es necesario acreditar la relación de causalidad entre el hecho imputado y el daño atribuido.

Antes de analizar la responsabilidad de las Instituciones Asistenciales digamos de acuerdo a López Bolado⁶² a modo de síntesis que la responsabilidad es una seguridad para los médicos instruidos, concienzudos y prudentes; es una amenaza constante para los temerarios, los audaces sin escrúpulos y los ignorantes imperturbables y es al mismo tiempo una barrera infranqueable contra los reclamos fantásticos, los caprichos y el mal humor de los pacientes.

CAPITULO II

INSTITUCIONES PRESTADORAS DEL SERVICIO DE SALUD

Jurídicamente son personas los entes susceptibles de adquirir derechos y contraer obligaciones, distinguiéndose los de existencia visible y los de existencia ideal. De principio, toda persona capaz de adquirir derechos o contraer obligaciones, que no sea persona física es persona jurídica.

La ley permite que la necesidad o la creatividad del hombre se corporice en personas abstractas que la sociedad incorpora en sus distintas actividades.

Institución viene del latín stare, estar de pie y de istatuere poner en pie y de intituere poner en pie y establecer. Por eso, institución es la acción de instituir poniendo algo en pie en forma estable y permanente, plasmando la necesidad humana. Una Institución se define como un conjunto de leyes, normas, hábitos y costumbres sociales orientadas a fines determinados que pueden ser políticos, económicos, religiosos, sanitarios. Se distinguen 2 grupos: las públicas (estado, entes autárquicos) y las privadas (asociaciones, fundaciones), ambas en condiciones para contraer obligaciones y ejercer derechos, lo que significa estar capacitado para someterse a la justicia.

Las Instituciones que analizamos pertenecen a los 2 grupos y la responsabilidad está enfocada en ambos, tanto ética como jurídicamente. El estudio incluye a todas las categorías de las Instituciones Asistenciales e incluso a Obras Sociales y Mutuales, aunque sin duda, es el Hospital, tanto público como privado, el que concita mayor atención puesto que allí se centra la actividad médica y aparece la figura del equipo profesional.

El Hospital ha dejado de ser un ambiente de miedos o de inseguridades o aquella intocable torre de marfil; es más bien, un sitio de confrontación científica, pues su misión se asienta hoy, en el trípode integrado por asistencia-docencia-investigación. Tiene además un rol de carácter integrador en el lugar de su asentamiento desde donde debe

realizar una misión de promoción y prevención, junto a la específica de recuperación y rehabilitación.

La responsabilidad de estas Instituciones Asistenciales fue planteada en los Congresos Argentinos de Cirugía en los relatos de temas críticos de la actividad asistencial, especialmente la quirúrgica. El relato de los Dres. Lange, Frigerio⁵⁴, sobre "Infecciones quirúrgicas" y el de los Dres. Libonatti, Beveraggi y Padrón sobre: "Sepsis y cirugía"⁶¹, plantean el hospitalismo y la contaminación desde el ángulo científico, pero adelantaron razones inculminantes en la responsabilidad de las instituciones asistenciales. De igual modo el del Dr. Trigo sobre "Organización y funcionamiento de un Departamento de Cirugía"¹⁰³, que analiza la obligación de evaluar la actividad del servicio de cirugía, constituye un anticipo de los planteos actuales sobre la relación costo-beneficio. El del Dr. Gurruchaga sobre "Condiciones que debe reunir una Institución donde se practique cirugía"⁴⁵, es un análisis de lo exigible en seguridad sanatorial donde se resalta la responsabilidad por negligencia y por falta de controles y de requisitos médicos obligatorios. Más recientemente el de los Dres. Allende y Babini sobre "Evaluación del riesgo quirúrgico"⁸, presupuesto elemental del ejercicio de la cirugía, cuya insuficiencia es sustento del reclamo sobre todo cuando además se agrega la falta de información al enfermo o a la familia.

En síntesis, son reflejos de los cambios asistenciales cuando la década del 60 centraba el interés en la extensión de los servicios médicos, la siguiente en mejorar la calidad y la actual en controlar el costo, bajo la ecuación riesgo-costo-beneficio, un perfil ampliado de la responsabilidad de estas Instituciones.

Todos los relatos mencionados debieran ser tenidos en cuenta por quienes tienen la misión de evaluar y categorizar las Instituciones así como también quienes las dirigen. Sin embargo, y por

estar convencido de lo contrario, efectuamos el planteo en la encuesta realizada a profesores a efectos de saber, por ejemplo, si el relato sobre: "lugar donde se practica la cirugía" ha sido estimado. El 41% consideró que no había sido tenido en cuenta, el 29% que sólo lo habían leído, un 5% creyó que fue tenido en cuenta por quienes tenían competencia en el problema y un 20% lo consideró desactualizado. De igual modo ha ocurrido al respecto de otros relatos así como también con los temas de educación médica. Una situación que resulta inexplicable ante el esfuerzo, desperdiciado o esencialmente no aplicado.

La responsabilidad de las entidades asistenciales, centrada en la seguridad y calidad del servicio que presta, involucra la habilitación, categorización y acreditación.

Santas⁹⁵ considera que se habilita una vez al inscribir o matricular, se categoriza según complejidades, pero se acredita permanentemente, pues la evaluación debe ser continua tanto para el médico como para la Institución.

Deben evaluarse 3 niveles: 1) estructura, recursos humanos y tecnológicos; 2) la actividad por la cual se canaliza la atención y 3) el resultado de esa actividad.

Para Gutiérrez⁴⁶ evaluar la calidad de la atención quirúrgica depende por un lado, del enfermo, el equipo y la institución y por el otro, del riesgo. Así, calidad no es sinónimo de cantidad de estudios, sino uso racional de recursos, donde pocos y sencillos expresan experiencia, respeto por el enfermo y defensa del sistema. Un trasfondo de la responsabilidad que estamos analizando.

Consideración especial merece la denominada "Psicología Institucional" efecto de la compleja relación de individuos que integran una Institución asistencial donde a veces el entusiasmo del recién iniciado puede alterar la calidad por acciones imprudentes y la responsabilidad se incrementa si no existe la tutela del jefe o del instructor⁵¹.

RESPONSABILIDAD ÉTICA

Dijimos que ética institucional es aquella nacida del contenido de la organización, de la nobleza de su misión y además, de la moral de quienes la dirigen o la componen, criterio compartido por Fajardo Ortiz⁴² que considera la ética hospitalaria como la del médico, con deberes para con los enfermos, los colegas y la sociedad.

El Código de Ética de la Asociación Americana de Hospitales, destaca que el objetivo es la atención del enfermo y la educación permanente de

sus integrantes, relegando lo económico a un plano subalterno. Se trata de principios generales que relacionan el cuerpo de gobierno con los médicos y el personal y está compuesto por normas éticas y religiosas, verdaderas soluciones para proceder médico-asistenciales riesgosos.

Varias son las actividades que en una entidad asistencial son condicionantes de conflictos. Enumerarlas, vale para recordar que la responsabilidad de estas Instituciones no está sólo ligada a malpráctica profesional.

Hay 2 responsabilidades que merecen el comentario independiente por ser graves faltas éticas. La 1ª está referida a la responsabilidad ética de instituciones que "presta u ofrece" sus instalaciones a un profesional que no conoce. Legalmente, la entidad está desvinculada de responsabilidad por la actuación de ese médico, como más adelante se analiza. Sin embargo, no exime su responsabilidad ética cuando ve o comprueba alteración reprochable de la conducta de ese profesional o deja cometer un daño por su desvinculación contractual con el enfermo. La 2ª responsabilidad ética institucional, es el conocido "cambio de cirujano", cuando en aras de la docencia y especialmente en ambientes privados, se altera el contrato profesional, al permitir que opere otro cirujano.

Igual consideración merece el cambio de cirujano en exámenes de cirugía que deben rendir, tanto futuros especialistas como profesores, para acceder a cátedras de cirugía. La natural alteración anímica aumenta el riesgo de complicaciones. Es un sistema equivocado para la evaluación, y antiético, pues el enfermo en ambos casos, ignora a qué será sometido y además, no ha autorizado un cambio del profesional tratante.

La organización, el equipamiento, es decir la complejidad, significa tener controles especiales y diversos comités como los de Historia Clínica, Investigación y Docencia, Infecciones, Tumores, Tejidos, cuyas acciones son de inestimable valor en la gestión conjunta de la actividad hospitalaria.

La admisión y egreso del enfermo, el cuidado de sus pertenencias, los delitos que entre ellos puedan cometerse, son ejemplos de hechos conflictivos que incrementan la responsabilidad. Todo demanda organización, documentación, sistema de evaluación y vigilancia. Son aspectos que habitualmente desestimamos los cirujanos y consideramos que deben estar a cargo de otros.

En estas consideraciones éticas recordemos el valor de la historia clínica, un documento probatorio de la actividad médica, el testigo de su actuación.

Su confección incumbe al médico y su archivo y protección a la Institución. Recordemos simplemente, que el derecho al reclamo en actos médicos dañosos recién decae a los 10 años y la única memoria capaz de explicar la actuación del médico es la historia clínica¹⁰⁹.

RESPONSABILIDAD JURÍDICA

En principio estas Instituciones responden por los daños causados por quienes las dirigen. El problema se plantea cuando se pretende responsabilizar a la entidad asistencial por el daño ocasionado por médicos y auxiliares o por el originado en el uso de equipos, aparatos o instrumental⁸⁰. Ello es sustento de la denominada responsabilidad por el hecho ajeno y el hecho de las cosas y cuya naturaleza es extracontractual y contractual.

Extracontractualmente la responsabilidad es consecuencia de que las personas jurídicas responden por los daños que causen quienes las dirigen, por los que causen sus dependientes y las cosas de las que se sirve (Arts. 43 y 1113 Código Civil Argentino). La responsabilidad contractual por el hecho ajeno es similar al de las personas físicas según lo dispuesto por el Art. 42 del mismo Código.

Se puede analizar la responsabilidad de las instituciones asistenciales planteando las siguientes posibilidades¹⁵: 1) que la contratación del paciente con la clínica sea directa, basada en el prestigio de la misma o porque siendo única carece de opción; 2) la relación se establece a través de un intermediario, sea una obra social, mutual o corporación profesional; 3) la relación es sólo con un médico que atiende en determinado establecimiento asistencial sin dependencia del mismo.

1) *De la institución que contrata directamente con el paciente*: lo primero es interpretar de qué modo estas instituciones responden contractualmente por el hecho ajeno, aun aquellas de asistencia gratuita. La relación nace de que el deudor, la Clínica, promete una prestación al acreedor, el enfermo.

La obligación asumida por la Clínica incluye actividades para prestar asistencia, debe contar con profesionales idóneos y ofrecer medios diagnósticos y/o terapéuticos en perfecto estado de utilización. Dos son las situaciones legales aquí planteadas: reparar los daños por el hecho ajeno, o sea de los profesionales y auxiliares dependientes o contratados y reparar los daños por el hecho de las cosas, es decir de los medios y equipos con que presta la asistencia.

Referente a la primera, obviamente la obligación

es de garantía por la conducta del profesional y por lo tanto la acción u omisión indebida de esa conducta genera responsabilidad de la institución asistencial. Conviene señalar que la relación del médico con la institución es sólo administrativa y legal y que su actuación es personal de acuerdo a su capacidad, pues no tiene dependencia científica de la institución. La responsabilidad de la Clínica surge entonces con la acreditación de la responsabilidad profesional y sólo podrá excusarse, cuando no pueda demostrarse la responsabilidad del médico o que el daño es fruto de lo fortuito o culpa del paciente que reclama. Desde luego, la obligación de reparar recae en ambos, es decir clínica y cirujano y tiene por objeto el resarcimiento, el que una vez logrado a través de una parte extingue el derecho del damnificado respecto de la otra.

Reafirmando entonces, la responsabilidad de las instituciones prestadoras de salud, cualquiera sea su categoría, se confunde con la de sus profesionales y subordinados para la prestación, es decir, el deudor, o sea la entidad, es responsable por las diligencias de las personas que la componen pues de ellas se sirve para cumplir su obligación contractual.

La responsabilidad por el hecho de las cosas, incrimina a la institución por perjuicios sufridos a raíz del uso de equipos o instrumentos que emplee en el cumplimiento de su contrato. Aquí el daño puede deberse al mal uso del instrumento, es el hecho a través de la cosa, tal como sería la quemadura por electrobisturí mal colocado, donde obviamente la responsabilidad directa es del cirujano o auxiliar de sala de operaciones, pero indirectamente también es de la institución. En cambio, en el daño por el hecho de la cosa o simplemente por la cosa, no media la acción humana, pues se trata de equipos o instrumental obsoleto y/o en malas condiciones de uso. Aquí, la institución es responsable por la obligación de dar seguridad, por ser propietaria o guardián de la cosa.

2) *Obras Sociales, Mutuales, Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS)*: la atención médica en un marco ideal se basa en la relación directa entre médico y paciente y demanda libre elección del profesional de prescripción y de prestación asistencial.

La asistencia colectiva, es decir la ofrecida a través de organizaciones basadas por el pago de una cuota social, es un sistema intermedio establecido por obras sociales que para Bueres²² se comportan como agentes de la seguridad social. Igual consideración merece el sistema prepago. Cuando la obra social tiene su propia entidad asistencial

adquiere la misma responsabilidad que hemos analizado anteriormente, pues se confunde su misión de cobertura social con el de prestación asistencial. De igual modo ocurre cuando ella limita de tal forma su oferta, que el afiliado sólo logra asistencia en reducido número de organizaciones asistenciales y por lo tanto se identifica también como prestadora del servicio.

Por el contrario la obra social no responde cuando el contrato celebrado con sus afiliados sea sólo un medio para aproximarlas al ente asistencial y financiar su pago. Cumple su obligación poniendo al alcance de sus afiliados el servicio, el beneficio, la entidad asistencial, e los eligen y la obra social actúa como compensadora pagando la asistencia total o parcial, según modalidad de cada obra social. En este caso por lo tanto un daño sufrido por el afiliado es asumido directamente por el hospital o sanatorio contratado.

En cambio, conviene destacarlo, hay responsabilidad de las obras sociales cuando ellas incurren en omisiones de los servicios ofrecidos o en denegatoria de los mismos, situación donde podrían involucrarse ciertas auditorías médicas. Dentro de este análisis, englobamos también la responsabilidad del Instituto Nacional de Obras Sociales que como ente encargado del registro de prestadores individuales y colectivos en condiciones de establecer vínculos con la obra social, asume la obligación de inscribir prestadores acreditados. Su responsabilidad se incrementa según Bueres²² sobre todo porque de acuerdo al Art. 23 de la todavía vigente Ley 22.269, le confiere al Instituto Nacional de Obras Sociales la función de control y conducción del sistema en base a la eficiencia del prestador inscripto. Los recamos que a este nivel se efectúan a esta entidad al respecto de los honorarios médicos caen exclusivamente en la competencia de la responsabilidad ética del organismo.

3) *Profesionales o equipos médicos sin dependencia*: si el contrato del paciente se establece con un profesional que no pertenece a la institución donde se presta la asistencia, es tan sólo el profesional quien responde ante aquél por el incumplimiento de la obligación. El ente asistencial, sólo presta la instalación y responde por lo tanto por el hecho de sus dependientes y por el hecho de las cosas.

Equipo médico

El equipo, especialmente el quirúrgico, incluye profesionales coordinados por un jefe y obviamente

te puede estar integrado antes o durante la cirugía. La doctrina jurídica y la jurisprudencia, sostienen que el jefe del equipo es quien tiene la responsabilidad tanto sea por su acción como por la de sus miembros integrantes, situación similar a la que ocurre entre clínica y profesionales dependientes.

La responsabilidad del equipo se origina en que el paciente ha aceptado un contrato que será cumplido por personas que no conoce y que actúan coordinados por un jefe, tengan o no subordinación técnica. La responsabilidad del jefe del equipo no es sólo por su labor personal, sino por la obligación de dirigir y coordinar la tarea de sus integrantes. Sin embargo, la relevancia de la prestación o el prestigio de quien la ejecute, tal como sería el caso de anestesista, determina una responsabilidad propia. Para Trigo Represas¹⁰⁴ si mediante contrato directo entre el paciente y el anestesista, o tal como acontece en la actualidad si la figura del mismo aparece perfilada en el preoperatorio, la obligación está a cargo del anestesista, quedando en el caso contrario integrado a la responsabilidad del equipo y por ende quien responde es el jefe del mismo.

Cuando el equipo está integrado por pluralidad de miembros y no haya responsabilidad solidaria por disposiciones especiales, la responsabilidad de los integrantes es concurrente, pues todos están obligados a la única y compleja prestación. Los llamados dobles equipos o la simultaneidad de actividades quirúrgicas a punto de partida de patologías complejas, individualiza la responsabilidad de cada uno.

En síntesis si bien el jefe de equipo es responsable ante el paciente, podrá como en el caso de las instituciones asistenciales resarcirse de la eventual reparación del daño pagado con la acción repetitiva ante el autor del daño e integrante de su equipo.

De acuerdo al análisis efectuado, debe concluirse que la responsabilidad ética de las instituciones prestadoras de salud, está garantizada por la nobleza de sus misiones y debe ser custodiada por quienes la dirigen y/o la componen. La responsabilidad legal estará preservada también en el cumplimiento de su obligación contractual y extracontractual y ello se funda en el deber de garantía y seguridad, tanto de los profesionales que la brindan en su nombre como de los medios que ofrecen para la prestación.

CAPITULO III

FACTORES QUE INCIDEN EN LA PROBLEMÁTICA DE LA FORMACION MEDICA

PREGRADO

Hace tiempo nadie hubiera dudado en aceptar que la Educación Médica era misión de la Universidad, tarea que hoy depende también de otras instituciones que, a sus responsabilidades naturales, han agregado la de educación.

La Universidad es una síntesis de las corrientes que desde su origen le han ido dando forma a la misión actual. La medieval, de fin primordialmente cultural y la de la era moderna con intereses en el conocimiento científico, plasmaron las distintas corrientes sintetizadas en la Humboldtiana de Alemania, basada en la búsqueda de la verdad sin condicionamientos, la francesa, donde esa búsqueda se relaciona con intereses estatales y sociales o también la inglesa cuya corriente inicial era fundamentalmente la enseñanza.

Desde luego, hoy se establecen además, otras diferencias de carácter organizativo-académicas basadas en la departamentalización de áreas para una enseñanza común entre Facultades y la departamentalización interna de una Facultad, sistemas habituales en las universidades americanas.

De todas formas la misión universitaria sigue siendo la formación del hombre, un proyecto educacional basado en integración de vocaciones y condiciones con actitudes afectivo-volitivas del educando, ello establece la diferencia entre la universidad y la escuela técnica; una razón que debe replantearse y que demanda la acción de una generación que desarrolle la capacidad de entender que la Universidad no es un medio para satisfacer necesidades laborales sino fin de servicio a la sociedad que la sostiene, un criterio que asentado en lo racional eliminará la discriminación cuando se oriente y mida la necesidad social.

Varias personalidades nacionales se han ocupado en distintas épocas de la misión universitaria y si

bien todos han emitido juicios de valor sobre ella, limito el comentario a 3 pensadores ilustres:

1) *Dr. Bernardo Houssay*⁴⁸: su pensamiento está documentado en diferentes conferencias y publicaciones. Nuestro comentario se nutre de su trabajo "Investigación clínica", donde el maestro expone sobre la función de la investigación, el sostenimiento de la misma, la ciencia y el gobierno y el papel de la Universidad.

Allí define a la Universidad como el principal centro de creación, coordinación y difusión de nuestro conocimiento, a la vez que preside la formación intelectual y técnica superior.

"La ciencia necesita libertad de investigación, de discusión y de expresión y depende de la existencia de investigadores originales que sean maestros que sirvan de guía y mentores de la juventud". "La Universidad desarrolla el amor a la verdad, al espíritu de libertad intelectual, de equidad personal y tolerancia, que son las conquistas superiores de la humanidad".

Su clase inaugural en la Cátedra de Fisiología de la Universidad de Buenos Aires el 18 de marzo de 1920, es todo un testamento docente cuando habla a sus alumnos: "Cuidaré que los conocimientos que deben armar la inteligencia no la aplasten con su peso. La tendencia a preferir soluciones simples y definitivas es vano intento, pues no puede hacerse sencillo lo complicado". "Cada uno llega hasta donde alcanzan a llevarle sus propios impulsos; el profesor puede dar estímulos, pero el alumno deberá desarrollar sus aptitudes y satisfacer su curiosidad. No hay que adormecerse asimilando sólo conocimientos digeridos, eso embota la capacidad".

2) *Ing. Rodolfo Martínez*⁶⁹: ex Rector de la Universidad Nacional de Córdoba, señaló: "La

Universidad, es la más alta expresión del pensamiento capaz de agitar la conciencia del país y el medio para acrecentar y enriquecer el acervo moral, que perfecciona y modela un espíritu humano. No es sólo enseñanza que imparte, ni vocación que suscita, ni ciencia ni historia que investiga y acrecienta; es que en ella se estimula y rinde culto a la inteligencia que se valora, porque es a través de ella que el hombre se asemeja a Dios, conoce sus propios errores y aprende a tolerar los ajenos".

3) *Dr. Agustín Caeiro*: ex Rector de la Universidad Nacional de Córdoba al referirse a la reconstrucción universitaria y a la libertad académica expresó: "La Universidad es matriz de ideas fundamentales y laboratorio donde se realizan las experiencias sociales del progreso y por ello es la sociedad que debe prestar su apoyo para organizarla, desterrando las bastardas fuerzas que uniformizan y subalternan las disciplinas, presupuesto básico de una libertad de conciencia que tiene por meta el Supremo Hacedor en vez del líder estatal"²⁵.

La universidad no es un edificio o un ambiente, aunque exista quien enseña y quien aprende, sino la institución propulsora de vocaciones que estimula la búsqueda de la verdad a través de la investigación desarrollada como hábito y como medio para acrecentar el conocimiento al mantener vivo el principio dinámico de superación. Esta tarea se complementa con la de docencia y servicio a la comunidad formando el trípede: investigación, docencia y servicio, base de las distintas actividades del saber universitario, que se encauzan en normas categorizadas, las Facultades e Institutos, ambientes donde se aglutinan la corporalidad de maestros y discípulos y origen de la comunidad universitaria.

Derisi³⁶ además y muy gráficamente perfila la misión de la Universidad destacando que en ella se estudia economía y no es una empresa, se enseña técnica y no es una fábrica, se enseña política y no es un partido político o se enseña teología y no es una religión. Es una comunidad plural donde el respeto a las ideas nace del ecuánime ejercicio directivo de estas instituciones.

En síntesis como lo destaca Perkins^{cit. 60}, la eficiencia y la investigación deben marchar juntas para satisfacer la misión que sintetiza de la siguiente manera: adquisición de conocimiento: misión de la investigación; transmisión de conocimiento: misión de la enseñanza; aplicación del conocimiento: misión del servicio público.

La Facultad es un medio para generar, transmitir y aplicar el conocimiento y está integrada del conjunto de cátedras que a modo orgánico agrupan sus actividades para brindar formación, capacidad científica y técnica y además desarrollar las aptitudes humanísticas, culturales y morales. Para ello, deben captar la necesidad, reclutar, seleccionar, formar, adiestrar, transferir y evaluar el producto de su misión, apretada síntesis de una administración de recursos, una delicada y trascendente tarea que se incrementa cuando además agrega la de acreditar la misión a través del título o el certificado. La Facultad de Medicina para Santas⁹³ "no es sólo el lugar donde se enseña Medicina, sino donde se aprende a ser médico".

La tarea de graduar un médico capacitado o por analogía un especialista idóneo está hoy afectada por diversas razones. De ellas sólo mencionamos 2 que consideramos importantes: 1) la distorsión del currículum estudiantil, que ante los vertiginosos cambios de la medicina fue plasmado anárquicamente con materias, que hizo perder el perfil profesional, tema que concita la atención de profesores y el Claustro Universitario en la actualidad; 2) el progresivo interés por el estudio de la medicina desde las últimas 3 décadas, cuyo crecimiento en la actualidad, desborda la capacidad pedagógica universitaria y demanda soluciones que aún están en el terreno de los debates ideológicos.

Como introducción al tema y en el marco de la hipótesis podríamos parangonar la responsabilidad universitaria con la de las instituciones asistenciales cuya responsabilidad es de resultado. Al extrapolar el concepto a la Universidad se evidencia la de ella ante la Sociedad también como una "obligación" de resultado lo que equivale decir, graduar un profesional idóneo. Soslayar esta responsabilidad sosteniendo que la Universidad, obviamente, no habilita al ejercicio profesional, de ninguna manera, desplaza la obligación de dar un crédito, un título que certifica. No sólo haber aprobado el curso o el ciclo de una carrera, sino fundamentalmente ser idóneo al plan de estudio impartido. El análisis implica despojarse de prejuicios, no afectarse por las críticas y participar del estudio de soluciones, si no queremos seguir siendo cómplices al silenciar nuestra responsabilidad como integrantes de la comunidad universitaria.

Nuestro análisis se hará a través de los siguientes planteos: 1) qué se quiere formar, es decir el modelo profesional que el país necesita; 2) cuántos se quiere formar, una respuesta que nace en la política de salud; 3) dónde y cómo se van a formar, es decir el ambiente y el sistema edu-

cativo; 4) quiénes lo van a formar, el cuerpo docente en sus distintos niveles, y 5) quién se va a formar, es decir el alumno.

¿Qué se quiere formar?: el país requiere un médico humano, capaz y hábil y que en la inmediatez de su graduación se encuentre competente para atender el primer nivel de la atención de la salud. La individual exige conocer no sólo al hombre enfermo sino las transiciones entre salud y enfermedad. La enfermedad no es simple lesión orgánica sino un conjunto de hechos centrados en una persona con antecedentes psicológicos, antropológicos y sociológicos. La colectiva es producto de políticas de prevención, promoción, justicia, sentido ético social y está plasmada en sistemas y planes basados en una acción comunitaria sostenida, a fin de corregir o disminuir las consecuencias sociales de la enfermedad. Cualquiera sea, individual o colectiva, el médico debe estar capacitado y actualizado, pero además imbuido de que aquellas máximas de Berard no sólo tienen vigencia en la actualidad, sino que exigen solvencia moral y sentido humano: "guerir parfois, soulagner souvent, consoler toujours" (curar a veces, mejorar a menudo, consolar siempre). Así lo planteaba Unamuno cuando decía: "No basta curar la peste, hay que saber llorarla" *cit.* ⁶³. Curar, saber y llorar, son 3 verbos difíciles de conjugar simultáneamente y para Mainetti ⁶³ sintetizan el trasfondo del contenido técnico y humano de la medicina.

En 1978, en Alma Ata, los países reunidos para estudiar los sistemas de atención de la salud, acordaron que la atención primaria era el estilo de una medicina básica requerida por los estados para responder a sus necesidades sanitarias. Allí se la definió como: "un conjunto de recursos humanos, técnicos y funciones capaces de desarrollar acciones programadas de baja complejidad, de carácter preventivo y curativo y acciones de promoción para la salud". Allí se acordó que la tarea podría cubrirse por medio del médico generalista cuya acción está centrada en la atención de la patología ambulatoria. La recomendación fue sugerida a las Facultades de Medicina de los 134 países intervinientes, incluido el nuestro, basando el proyecto en el conocimiento de la realidad sanitaria como marco referencial de su futuro profesional, formándolo para ocuparse de la salud individual, pero también de la colectiva por medio del fomento, prevención, recuperación y rehabilitación, capacitándolo para dirigir y administrar los recursos racional y científicamente. A ello debe agregarse el estímulo de las condiciones para trabajar en equipo y mantener su propio perfeccionamiento.

En síntesis, es un modelo profesional que está lejos de ser realidad puesto que salvo excepciones hay divorcio entre lo que se quiere formar y la realidad que se forma. De hecho la idea de formar un médico generalista nace como consecuencia de la atomización de la medicina en especialidades y subespecialidades, aquel modo de conocer la parte y perder el todo. Mazzei ⁷¹ fue uno de los más interesados aconsejando que ese perfil médico debía corresponderse con una medicina cuyo contenido es en esencia, conciencia, honor, moral, responsabilidad, libertad y caridad. De igual modo, hace 10 años, en la Academia Nacional de Medicina, destaqué la misma necesidad planteando las causas de la mala formación profesional ⁷⁰.

Lain Entralgo ⁵³ destaca 3 aspectos fundamentales en la formación del médico: 1) adquisición de conocimientos científicos y técnicos; 2) posesión del ejemplo brindado por el magisterio; 3) estudio de Humanidades Médicas.

Para Caeiro ²⁴ el perfil médico debe satisfacer las siguientes premisas: conciencia de que su tarea médica es actividad de servicio destinada a prevenir la enfermedad, curar y aliviar al enfermo; conciencia y responsabilidad de la función social del acto médico; conciencia comunitaria para sentirse miembro de la comunidad y desarrollar una función universal basada en la cultura básica y conocimientos de la ciencia en los que se funda la medicina.

En síntesis, necesitamos un médico que tenga la humildad de saberse miembro de un sistema que atiende al enfermo según necesidades y complejidades y además con el orgullo suficiente para comprender que su misión profesional en la atención primaria de la salud no es la escala inferior de la atención médica sino la primera en un orden naturalmente establecido.

Sin embargo, los recién graduados encuestados al respecto del valor de su formación médica para la atención primaria de la salud, sólo un 11% consideró que el sistema satisfacía su aspiración de médico, el 59% lo considera como una necesidad programada del estado, el 24% lo relaciona a la eventual limitación de su formación y un 5% la considera una medicina de inferior calidad. Ello vale para destacar que debe intensificarse la información sobre atención primaria de salud y médico generalista.

Aceptaremos que nuestro recién graduado habitualmente tiene dificultades para el ejercicio inmediato, pues tanto su capacidad como habilidad no satisfacen la idoneidad. Al respecto el 98% de pro-

fesores encuestados consideran que el recién graduado no logra idoneidad adecuada al ejercicio inmediato. El 56% de estudiantes respondieron que la Facultad no les brindaba formación, en cambio los graduados en el 100% admiten fallas en la formación discriminándolas: 53% a fallas metodológicas, el 37% a falta de oportunidades y medios por exceso de alumnos y el resto a dificultades de orden estructurales y pedagógicas.

Si bien el muestreo no es el suficiente para emitir opinión válida, permite inferir la realidad que los docentes conocemos, desde hace tiempo; se está graduando deficitariamente y las causas son varias.

Sólo un freno moral al saberse incompetente será garantía de responsabilidad, en cambio aquel profesional sin valores morales y además incapaz, estará más expuesto a la malpráctica y en consecuencia a los reclamos jurídicos, y quizás cargará su fracaso en la cuenta de las complicaciones. Felizmente entre ambos ejemplos hay un profesional que tuvo la oportunidad, limitada por cierto, de integrarse a una actividad docente asistencial para lograr la capacidad elemental que estamos reclamando.

El hiato entre lo que se quiere formar y lo que se forma es una diferencia mensurable que representa la dosis de estímulo para quienes debemos participar en la elaboración de medidas correctivas. De lo contrario valdrá repetir con Terencio: "Cuando no se puede lo que se quiere, hay que querer lo que se puede".

¿Cuántos se quiere formar?: el planteo exige respuestas claras para analizar una verdad sumergida en los silencios y controlada por conductas dependientes de una miopía que desenfoca la realidad y que incrementa la cuenta de la estolidez humana.

Los derechos de aprender y su creciente aspiración están limitados porque el interés se centra en el estudio de profesiones tradicionales reducidas a la realidad de los excesos. La orientación profesional hacia otras ramas del saber o del trabajo y fundamentalmente la adecuada proporción médico-habitante es parte de soluciones serias y estables.

Desde luego, una universidad no podría desarrollarse si el estado o la sociedad no acuden a dotarla de presupuestos acordes para incrementar personal, equipamientos, bibliotecas, a fin de armonizar la relación docente-alumno, puesto que si bien es cierto no son estructuras reducidas a minorías, tienen el peligro de la masificación. Aquí

la solución será medir lo que es el tamaño pedagógico lógico, aquel que respeta el derecho de ingresar a través de la probada aptitud⁷⁴. En síntesis racionalizar en base a políticas que eviten la doble imposibilidad, de formarse primero y de trabajar después.

La admisión universitaria es un tema polémico debatido entre autorizados e interesados, ambos con razones sustentadas en principios distintos, pero de resultados idénticos: la idoneidad, para unos lograda a través de la proporción pedagógica, para otros, por aumento de su capacidad. Resulta prioritario informar al estudiante las actuales restricciones al ejercicio profesional por la plétora médica, pues imponer autoritariamente cuántos y quiénes deben ingresar, establece la discriminación. Reemplazar la imposición por disuación y orientación hacia el estudio de otras carreras, evidentemente, es lo mejor. La irrestricción al ingreso universitario suociona el derecho de estudiar, pero al crear plétora estudiantil altera la proporcionalidad docente-alumno y afecta la formación. En mi criterio, sólo puede mantenerse la irrestricción con aumento de la capacidad docente tanto de pre como postgrado, pues sería inadmisibles reemplazar calidad por cantidad, un criterio que también comparten Neghme^{cit. 84} y Rodríguez Castells⁸⁴. La simpleza de aumentar el número de escuelas médicas sin requisitos estructurales o de personal docente, son soluciones irracionales cuando dependen, como en el actual momento, de la limitación económica o cuando ignoran la necesaria adecuación médico-habitante.

Junto a la relación docente-alumno afectada por el exceso, está la distorsión de la relación alumno-enfermo. Su aglutinamiento alrededor de la cama del enfermo, no sólo perturba la docencia, sino que avasalla la dignidad del paciente, una situación planteada en la actualidad que reclama soluciones basadas en la voluntad de cambios más que en la de imaginaciones creadoras. Por otra parte, hay que asumir también la defensa de la dignidad del alumno que no puede depender de una dádiva docente o de la caridad del enfermo que se presta a la enseñanza. El respeto hacia ambos y la responsabilidad universitaria demandan el racional equilibrio.

Las actividades en consultorio externo y en los centros periféricos referenciales de un Hospital que ampliarán la capacidad docente son recursos de interés, pero no reemplazan al internado que permite mejor desarrollo del juicio clínico. No obstante, siendo la patología ambulatoria la más común, debe insistirse en su utilización para la docencia.

Cualquiera sea el lugar donde ella, se desarrolle, lo importante es contar con el enfermo que permitirá al alumno acumular experiencia y razonar sus decisiones. Además el paciente es en sí mismo la distinta edición de la enfermedad, y el único medio para desarrollar la empatía profesional. Realmente no hay mejor cátedra que la cama de hospital. Allí se convive con el dolor y el infortunio y se desarrolla la sensibilidad y la comprensión para entender la necesidad humana. Allí nace el calor humano que distingue una unidad docente del simple abrevadero de conocimientos³⁵⁻⁹¹.

Antes de terminar estas consideraciones respecto a las consecuencias de los sistemas de irrestricción, vale mencionar que otro condicionante de la alteración docente-alumno es la desaparición y/o limitación actual del Hospital Escuela Universitario, pues a pesar de ser reemplazado satisfactoriamente por el Hospital Público, está también saturado de alumnos. No debe olvidarse que este hospital, primordialmente asistencial, no siempre está interesado en la docencia de pregrado y además, al menos en nuestro medio, han comenzado a plantearse serias deficiencias edilicias, que exigen una limitación. Por otra parte no escapa al análisis la eventual situación conflictiva que significa ejercer la tarea docente independientemente de la asistencial, a cargo de otros profesionales. Ha de convenirse que solamente la integración docente-asistencial es el mecanismo que no sólo facilita la docencia sino permite la adecuada coherencia en la enseñanza.

La restricción al ingreso universitario es un criterio, como lo hemos dicho, basado en la capacidad de lo posible y además en la selección de aptitudes psicofísicas, intelectuales y humanas. El estudiante que inicia los estudios de medicina debe asumir que recién podrá ejercer dentro de 10 años y que la armónica relación docente-alumno le facilitarán una graduación idónea.

Las necesidades de salud, presentes y futuras, no podrán satisfacerse recurriendo al simple criterio de aumentar el número de médicos sin considerar la salida profesional. Hace 30 años extender el servicio de salud significó aumentar el número de médicos; 10 años después estábamos reclamando calidad en la formación profesional; hoy, además, planteamos el problema del costo de la graduación y/o del servicio.

Estas son algunas de las razones que influyeron en los cambios de la educación médica, donde había períodos en que se imponía la selección y cobraban valor los cursos de introducción universitaria y se reconocía la importancia de la enseñanza práctica, los practicantados y las residencias.

Fueron los tiempos donde parecía haber más interés por el cómo hacer que por el cuánto, por qué y para qué hacer⁴⁴. Así, a partir de 1969 con 90.000 alumnos en las facultades de medicina latinoamericanas, se llegó en 1971 a 178.000 alumnos, origen del movimiento pendular de la restricción al ingreso universitario, que entre nosotros, ocurrió entre 1961 y 1973, 1977 y 1983, un tema controvertido cuya solución no es el simple limitar sino orientar hacia otras carreras jerarquizadas y con real inserción en el medio social.

Ninguna medida logrará resultados sin la sostenida acción de promocionarla y efectivizarla. La solución debe partir de planes racionales y desde las etapas pre-universitarias, una tarea de los fuertes, de los que arriesgan costos y no temen perder.

En la actualidad hay aproximadamente 70.000 alumnos en las Facultades de Medicina con 7.000 docentes de todo nivel, una relación desproporcionada que se evidencia mucho más en ciertas Facultades.

Parcializando la cifra y según información a octubre de 1987 el número por Facultad figura en el cuadro 1.

CUADRO 1

Facultad	Alumnos	Docentes
Buenos Aires	15.182	1.454
Córdoba	11.135	1.169
La Plata	10.843	1.031
Nordeste	7.181	689
Rosario	6.506	866
Tucumán	5.856	464
Cuyo	2.508	857
Universidad Del Salvador	457	152
Universidad Católica de Córdoba	360	189

De todas maneras debe quedar claro que limitar debe ser consecuencia de la capacidad pedagógica y que ello no atenta ni discrimina socialmente. La alternativa es aumentar esa capacidad con el fin de que las garantías de calidad e idoneidad y la responsabilidad universitaria que analizamos no se altere. Igual consideración merece la situación del estudiante que trabaja, pues ello no puede admitirse como justificación de una deficiente formación. Si se ha aceptado el compromiso de atenderlo, deben instrumentarse los medios para que no sea un profesional discriminado por su incapacidad y para que la Universidad no incremente su responsabilidad.

Para completar el comentario analizamos el tema por medio de la encuesta en los 3 niveles. Adhirieron por la limitación al ingreso el 86% de los estudiantes, el 91% de los graduados y el 100% de los profesores y las razones invocadas fueron la mala formación por exceso de alumnos y el propio exceso profesional. El 14% de estudiantes que opinaron a favor del ingreso irrestricto lo hacen con la alternativa de orientación al estudio de otras ciencias de la salud o con incremento de escuelas de medicina.

La solución por la orientación al estudio de otros recursos para la salud fue considerada por los graduados en un 50% como poco seleccionadas por falta de promoción, en cambio el 50% restante la consideró de menor jerarquía y/o mal retribuida. El 67% de los profesores opinaron que el problema de la escasez de recursos en otras áreas de la salud se revertiría jerarquizando las mismas. En cambio el 25% consideraba que la solución es mejorar la retribución de estas profesiones.

Una consideración hermanada a este análisis es la plétora médica. La Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Federación Mundial de Educación Médica, reunieron en Acapulco en 1986 a representantes de 40 países y analizaron el problema del desempleo médico y el costo de la educación médica. Bankowski¹¹ señala que en Italia hay 45.000 médicos desocupados, 40.000 en la India, 33.000 en España, estima que en EE.UU. habrá un excedente de 70.000 médicos en 1990 y 150.000 médicos para el año 2000 y que prospectivamente habrá 250.000 médicos de más en el mundo para el año 2000, algo que supone una "burla" y un "derroche" en el año de "salud para todos". Anderson⁹ destaca que en 1982, en el Caribe y Latinoamérica se registraban 295.000 médicos y había inscriptos 300.000 alumnos en las Facultades de Medicina. Al respecto comparemos que en la Argentina en 1977 había 55.000 médicos y en 1982, 80.000 médicos lo que significa un médico cada 350 habitantes, una cifra aproximada a la informada actualmente.

La relación médico-habitante 1/700 comparada con la actual, evidencia la alteración de la ecuación costo-beneficio, máxime cuando el gasto para formar un médico es el mismo que se requiere para formar 6 enfermeras, recurso de salud reconocido como insuficiente.

Para Soberón Acevedo⁹⁸, no controlar voluntades o dejarlas evolucionar espontáneamente en el marco del libre albedrío en el terreno profesional, ha creado una deformación tal que obliga a tomar soluciones drásticas como las que Bryan y Geill-

horn²¹ proponen: cierre de facultades, limitación al ingreso, incremento de educación al graduado y necesidad de jubilar más precozmente al médico.

Es real que limitar frena el impulso de una juventud que busca superación, pero no es menos cierto e impactante ver a médicos conduciendo taxis, vendiendo artículos en la vía pública u otras tantas soluciones laborales; ello evidencia la responsabilidad de una mala inversión de tiempo, de dineros y una relación costo-beneficio sin respuesta. Ello mutila la ilusión de quien ingresó con el anhelo de ser y de servir y peligrosamente incrementa la cuenta de la insatisfacción social.

Sin embargo existe la paradoja de médicos sin enfermos y enfermos sin médico. Ello es consecuencia de varios factores, pero fundamentalmente de la falta de promoción para el asentamiento profesional en zonas de condiciones dignas para el ejercicio, y de la incapacidad para asumir riesgos, es decir de competencia.

A modo de síntesis y como recuerdo a la figura del Dr. Andrés Santos digamos con él, que la solución armónica es fruto de: lo que el estudiante quiere, lo que la Facultad puede y lo que el país necesita.

¿Cómo se van a formar?: La formación del sentido de responsabilidad del alumno en el marco de la democracia y libertad, fundamentalmente debe promover la necesidad de reforzar el sentido de la obligación docente.

El proyecto básico, además de dotarlo de la capacidad y habilidad, es enseñar a aprender, enseñar que asumir la responsabilidad de pedir cuentas, va unida a la responsabilidad de saber dar cuentas. Por eso, como más adelante veremos, la responsabilidad del alumno demanda un cuerpo docente preparado e interesado en la problemática. Diplomar es una responsabilidad que requiere rigor y exige dedicación.

La educación médica, verdadero instrumento de la salud ha sido objeto de análisis en diversas y calificadas reuniones científicas. Las realizadas por la Asociación de Facultades de Medicina Latinoamericanas son un punto referencial básico al acordar que: 1) es imprescindible conocer los fundamentos de la educación; 2) los principios generales de la educación deben aplicarse a la enseñanza; 3) debe haber toma de conciencia del problema y 4) más que promover educación, debe haber un cambio en el docente.

La formación del médico generalista, aquel que satisface las necesidades de la atención primaria

de la salud, reclama objetivos claros plasmados en el curriculum estudiantil; un proyecto educativo integrado de aspectos filosóficos, metodológicos, pedagógicos y administrativos y con adecuada distribución de contenidos en el tiempo y en el espacio. Nutre su concreción en el informe Flexner que, en EE.UU. a comienzos del siglo, planteó las diferencias de una enseñanza rutinaria de la medicina y la necesidad de mejorar los intereses de la salud pública a través de los cambios de la enseñanza, pero facilitó la práctica del criterio único.

La educación médica está basada en la adquisición de hábitos, desarrollo de aptitudes y estímulos por aprender una enseñanza práctica, objetiva y razonada que permitirá aplicar en forma deductiva el conocimiento adquirido¹². Es un equivalente a la mayéutica socrática "parto intelectual", basado en la inducción para enseñar a pensar. Ello es fruto de la pedagogía de contacto y de la conducción docente afectuosa, pues en ese marco se inicia el proceso de transferencia del conocimiento y de la imitación ética. Ese respeto y tolerancia desarrolla la libertad y la confianza para emprender el progresivo camino de asumir riesgos y amasar el lento capital de una experiencia.

El curriculum estudiantil ha sido y es permanente preocupación de las Facultades de Medicina. La nuestra, desde su creación en 1877 hasta la fecha tuvo 4 planes de estudio: 1878, 1918, 1921 y 1974, cada uno refleja la evolución de la medicina. En los primeros había dominio de ciencias básicas, luego de las prácticas y más recientemente la integración de clínicas y especialidades. Desde un modelo francés en la educación médica se fue tendiendo hacia el modelo americano³¹. Al criterio enciclopedista, basado en suma de materias se lo intentó corregir a partir de 1970 con la creación de Unidades Académicas con el principio de coherencia en la enseñanza, un objetivo no logrado y que veremos ratifica la opinión de la encuesta realizada. Recientemente se han creado las Unidades Curriculares, agrupamiento de materias afines bajo el principio de la concepción integradora del conocimiento y el interés de coherencia en contenidos metodológicos y en sistemas evaluativos. Un tema todavía debatido a nivel académico y por lo tanto, el problema subsiste.

Varias consideraciones merece el curriculum estudiantil que como sabemos también ha tenido diferentes cambios en las Facultades de Medicina nacionales. El análisis sobre el particular a través de lo acontecido en Córdoba es parangonable al resto del país y la discriminación resultaría sumamente tediosa. Así por ejemplo resulta de interés recordar que en el plan de 1974, el curriculum era

en Córdoba la síntesis de 4.700 horas de actividades prácticas y teóricas, una proyección que en la actualidad sin duda diluye la cifra. Pero lo que realmente interesa desde nuestro punto de vista es que tal como sucede en otras Facultades, el estudio de la deontología médica es realmente escaso, con un total para ese año, de 96 horas. Hoy sobre 2.350 horas se dictan 24 horas de medicina legal.

Los estudios humanísticos no son una panacea pedagógica, pero con la incorporación de la ética en la enseñanza pueden sensibilizar los valores estudiantiles ante las diversas situaciones que se le plantearán más adelante en el ejercicio de la clínica⁵⁹.

La educación médica, medio para el desarrollo de conductas profesionales adecuadas a las distintas áreas de salud, demanda definir nuevamente el perfil médico con la integración de cualidades afectivas, volitivas, junto a la capacidad y la habilidad, es decir, el ser, el saber y el saber hacer⁴⁷.

La competencia profesional que para Santas⁹³, es armonía entre lo intelectual y lo ético, nace de virtudes humanas que devienen de un código familiar y social que deben reconocerse en el educando. Estos valores morales dotarán al perfil profesional de un estilo perdido que permitirá equilibrar la conducta ante la deshumanización tecnológica y la plasmara de contenido humano, no como un hecho simbólico sino como medio para salvar la dignidad humana agredida, criterio al que adhieren varios autores y que además va plasmando al cuerpo docente y profesional³⁻⁴⁻⁶⁴.

Junto al desarrollo de aspectos éticos, hay que incrementar el acervo cultural, basado en que la cultura no es refinamiento espiritual ni medalla para colgar de una solapa o joya para guardarse o título para sentirse superior, sino un medio para conocer mejor al hombre¹⁰⁶. Es decir, no sólo integrar la actividad científica al programa y brindarla en unidades docentes que llenen bolsones de ignorancia y eviten áreas superpuestas, sino también estimular el desarrollo de las condiciones éticas, culturales y humanas del estudiante⁶⁶. Ello será el medio para cultivar el arte de observar, pensar y razonar, requisitos para utilizar esa "herramienta" que significa el conocimiento y la habilidad adquirida. La armonía entre lo cognoscitivo y lo volitivo es base para el ejercicio idóneo y responsable. Para León⁶⁰ la escasa capacidad y habilidad configuran la incompetencia profesional, pero las insuficiencias de actitudes humanas, morales y culturales son causas que también incre-

mentan la demanda legal. En síntesis, se está graduando un profesional distinto al que se demanda y 2 son los factores condicionantes: la desproporción docente-alumno y la falta de adecuación curricular al perfil del médico generalista.

El gran tema que condensa la responsabilidad de las instituciones educacionales es la evaluación, pues el objetivo de graduar y acreditar, es una suma de atributos que surgen de la administración de recursos metodológicos y pedagógicos. La evaluación es el medio para conocer procesos y resultados, un sistema debatido en teorías que no siempre reflejan la realidad, pues la calidad profesional no es la simple capacidad sino consecuencia de una selección, de evaluar valores y conocimientos. Evaluar puede asimilarse a medir acto de comparar una medida con un estándar y emitir un juicio por esta comparación. Al respecto, Díaz Barriga³⁷ destaca que evaluar es más trascendente que una simple medición y considera que podría ser un condicionante social, un nivel que exige medir y fomenta el individualismo e induce a la tendencia de sobresalir en vez de aprender. No obstante, considero que no debe aplastarse el deseo de superación, pues se induce a la masificación y se bastardea el estímulo de crecer primero individualmente para hacerlo luego colectivamente.

Desde luego, la mejor forma de evaluar es la que permite la pedagogía de contacto, de la armonía docente-alumno, una situación que está lejos de ser realidad. Tamizar la incompetencia es la tarea docente final. Ello debe permitir conocer lo que el alumno aprendió en vez de evaluar lo que el profesor enseñó. Sin embargo lo más importante es conocer la capacidad y el desempeño del educando para asumir progresivas responsabilidades, un sistema educativo-evaluativo que es norma en las universidades de EE.UU. y en varias de las europeas³⁸.

De real interés resulta comentar las opiniones de los 3 niveles consultados respecto del plan de estudio de medicina, que como sabemos no sólo tiene diferencias metodológicas en las distintas Universidades sino también pedagógicas entre las propias Facultades o aun en las Unidades Académicas. El 88% de los graduados consultados consideran que cirugía de pregrado se dicta en forma desigual entre las cátedras de una Facultad. Los profesores en el 81% señalaron que el plan de estudios de medicina es diferente en las distintas Facultades. Las fallas en la formación de pregrado fueron categorizadas por los estudiantes de la siguiente manera: 1) falta de contacto con los enfermos; 2) falta de recursos humanos; 3) fallas metodológicas que impiden el desarrollo de habilidades y 4) di-

ficultad en la integración docente-alumno. Los graduados en cambio priorizan las fallas metodológicas e imputan la alteración del sistema a la falta de oportunidades por exceso de alumnos.

La enseñanza de la cirugía referida a la formación de un médico generalista fue otra pregunta consultada a los 3 niveles. El 54% de los estudiantes la consideraron adecuada, el 41% insuficiente y el 5% excesiva. En tanto los graduados (residentes de cirugía) destacan: el 16% haber logrado alguna habilidad, el 55% haber adquirido sólo escasos conocimientos, un 12% haber logrado una buena información y el resto manifiesta no haber adquirido conocimientos ni habilidades.

Los profesores respondieron sobre la enseñanza de cirugía de pregrado de la siguiente manera: el 74% que brinda conocimientos mínimos sin habilidades; el 19% que brinda habilidades adecuadas al perfil del médico generalista y el 7% escasas habilidades para la cirugía. Ello avala el interés de reconsiderar el curriculum estudiantil y planificar con coherencia la enseñanza de la cirugía en el pregrado.

Llama la atención la respuesta de los estudiantes al respecto del valor de los conocimientos del ciclo básico y si le permitieron o no integrarse con facilidad al ciclo clínico. El 70% respondió que no se adecuaron a las exigencias del ciclo clínico y las deficiencias fundamentales fueron marcadas en la siguiente proporción: 46% microbiología, 44% anatomía, 44% física biomédica, 41% fisiología, 23% química biológica, 17% parasitología, 16% anatomía patológica y 11% histología. El 63% de los graduados propone planificar la enseñanza y el resto incrementar el ámbito de la misma. Los estudiantes en el 54% proponen armonía alumno-enfermo y el resto aumentar la capacidad pedagógica.

En síntesis reiteramos que la desproporción docente-alumno, la falta de perfil curricular y las fallas metodológicas y pedagógicas son las causas más importantes en la alteración de la formación profesional.

Dar alas al que quiere volar es un acto que satisface el deseo estudiantil, pero darle alas al que puede volar es la trascendente responsabilidad universitaria que juzgamos. Ello implica enseñar acorde al modelo profesional que el país necesita y evaluar para garantizar la responsabilidad universitaria: egreso restringido.

¿Quiénes lo van a formar?: La primera condición del docente universitario y del profesor de cirugía en particular es, además de conocer su ma-

teria, ejercer o haber ejercido la cirugía, requisito que distingue al auténtico profesor, cuyo despacho es el amplio límite de la sala de internados y del quirófano y lo diferencia de aquel profesor que sólo puede mostrar lo que otros han realizado.

De principio, cada consulta médica es un acto docente y esa enseñanza, está basada en la actitud ética del ejemplo de lo que dice y hace el médico. Por eso enseñar cirugía es hacer sentir y demostrar la cesión del conocimiento. Puede enseñarse por medio del cuerpo docente habilitado o también con la participación plena del servicio, haciendo notar la presión paulatina de las responsabilidades para asumir distintas decisiones en la actividad quirúrgica¹².

Lo primordial en la docencia, es la autoridad basada en el respeto y la exigencia que desplaza al facilismo demagógico, una actitud utilizada como un medio para equilibrar la incompetencia docente. Junto a la autoridad, hacen falta condiciones morales, culturales, humanísticas y además el sentido organizativo y administrativo que cualquier tarea demanda.

Enseñar ética y transmitir los hechos morales es tarea que radica en el ejemplo, y por eso las normas y códigos serán interpretadas por el estudiante sólo cuando las teorías morales del docente coincidan con las teorías enseñadas por él. La tendencia imitativa del estudiante se torna peligrosa cuando se nutre de conductas antiéticas y por eso, la selección docente y su acreditación permanente son medios para lograr confiabilidad en esta jerarquizada misión de la docencia⁸²⁻⁸⁶. Al respecto, la encuesta a los estudiantes sobre el eventual divorcio entre lo que se enseña y lo que se practica en la profesión señaló que el 43% lo encontró en los profesionales no docentes, el 32% entre quienes le enseñaron y sólo el 25% señaló la coincidencia.

Planteada la insuficiencia de la enseñanza de la ética, en la encuesta a los señores profesores al respecto de la forma en que ella debiera ser estudiada, el 88% consideró que debía ser escalonada durante la carrera y dictada por los docentes de cada cátedra. El resto consideró que debía impartirse por especialistas en Medicina Legal.

Otra condición de gran valor docente es la honestidad científica del profesor, patrimonio moral de su vida, evidenciado en publicaciones, reuniones, congresos; es sustento de la autoridad que exige la docencia y es reflejo de la condición que estamos analizando. La autoridad se funda en los actos de fe que una persona hace ante otra, de

temas o hechos que manifiesta conocer y para que sea creíble, debe tener, no sólo competencia en el conocimiento, sino veracidad en la información, que es igual a tener verdad moral. Esa honestidad intelectual de buscar, aceptar, vivir, amar y transmitir la verdad, es un estilo de vida y demanda ser reconocida por todos, para descubrir al deshonesto en la más sutil y ventajosa mentira: agigantarse en la falsedad y crecer al amparo de un silencio tolerante. Es a mi juicio, una responsabilidad de Cátedras y Facultades, porque a ellas compete la misión de formar el cuerpo docente y por lo tanto reconocerlo es tarea primordial para evitar incorporarlo. Séneca decía: "Elige por maestro aquél a quien admires, más por lo que en él viéreis, que por lo que escucháreis de sus labios".

Para Faure la ciencia es un arma poderosa capaz de volverse funesta, si no está tutelada por otra fuerza profunda que asciende desde el fondo del alma. Llamada conciencia. Otro atributo que junto a la ecuanimidad, virtud que iguala el ánimo y equilibra el juicio, permitirá al docente conocer en la intimidad al estudiante y estimular con su ejemplo, la capacidad para enfrentar futuras situaciones críticas.

La encuesta sobre las condiciones que el estudiante más aprecia en el docente, destacó sus cualidades docentes en el 69%, la rigurosidad en el 13%, la afectividad en el 11% y la actuación profesional en el 8%.

De acuerdo a Ruiz⁹⁰ enumeramos los requisitos deontológicos docentes: 1) adquisición ético profesional de carácter individual y social; 2) desarrollo y afianzamiento de conductas y aptitudes sobre el interés comunitario del magisterio; 3) contar con espacio para reflexión, el estudio y la integración de conocimientos; 4) conocer lo indispensable para el ejercicio de la docencia; 5) conocer los aspectos administrativos de la organización; 6) adherir a los valores de la cultura nacional y los principios de la vida democrática.

Además, debe tener dominio psíquico y físico, decoro, control de emociones, amor por sus alumnos y prudencia, justicia, fortaleza, templanza, virtudes para combatir la soberbia, la injuria, la avaricia, la envidia y el resentimiento, que tantas veces alimentan el espíritu y estimulan las conductas que chocan en el ambiente de sus relaciones. La falsa humildad, es una soberbia oculta, un legado habitual del resentimiento, mala virtud que envenena el espíritu y altera la conducta de los hombres. También como aquel deshonesto es necesario conocerlo para poder apartarlo.

No puede quedar marginado del análisis la jerarquía económica que requiere la docencia universitaria de acuerdo a su trascendente misión. Ello no debe ser la conquista de una huelga sino la justicia de un gobierno. La Universidad debe tener docentes bien remunerados y fundamentalmente de tiempo completo, medios para exigir el cumplimiento responsable de la tarea.

La Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba, está integrada por 745 docentes con jerarquía de cargo simple, 277 con la dedicación semi exclusiva y 57 con el de tiempo completo, una cifra exigua al compararla con las universidades extranjeras, pero similar al resto del país. Personalmente creo adecuado estimular el acceso a la cátedra universitaria, luego de cumplidas las etapas de diferenciación profesional y docente, reservando la educación de postgrado para docentes con años de experiencia, pues la Universidad no puede perder, por imperio de una ley, un capital científico y humano que tanto costó acumular.

¿Quién se va a formar?: El análisis del alumno, fin trascendente de la misión universitaria, es aquel que justifica el esfuerzo del servicio docente.

Más que modos de enseñar hay modos de aprender, un concepto que expresa Maraño y demanda conocer la personalidad del estudiante cuyo deber es participar y aprender para formarse, y su derecho, el respeto a su persona. Conocer sus condiciones morales y aptitudes no son freno al ingreso sino medios para orientar y seleccionar al futuro profesional en cirugía. La estabilidad psicoemocional es un requisito para asumir la responsabilidad de tratar una vida humana asumiendo riesgos que no puede compartir. Por ello el perfil estudiantil no debe quedar librado al azar o a la tarea de gabinetes psicopedagógicos exclusivamente. Será el propio docente en un marco de afectuosa relación, quien irá conociendo al estudiante mientras él va despertando sus aptitudes a nuevas responsabilidades. Al respecto varios autores¹³⁻⁶⁴ han estimado la necesidad de reconocer la calidad de la personalidad y estimular en el marco del respeto, el infinito deseo de aprender y colaborar que tiene el estudiante, una tarea que por diversas causas no se cumple debidamente. Se destacan la falta de iniciativa del docente, la insuficiencia de metodología y especialmente la ausencia de afectividad en la relación docente-alumno. Por otra parte debe aceptarse que ello es el único medio válido para facilitar la forma de aprender del educando y reconocer las inseguridades presentes y futuras⁹². El 57% de los estudiantes encuestados al respecto de su futuro

profesional, han manifestado la inseguridad para ejercer y el miedo a provocar daño, un 29% señala la preocupación por falta de oportunidad laboral y un 14% teme ejercer en lugares que no desea. Estas consideraciones junto a las anteriores, valen para reiterar la necesidad de conocer la personalidad del estudiante, sus deseos y aspiraciones a fin de hacer entender que la inseguridad es el presupuesto de la permanente estimulación que nunca alcanzará a satisfacer plenamente. Sólo la armonía pedagógica, la metodología coherente al objetivo de graduar eficientemente y un cuerpo docente altamente capacitado permitirá al estudiante alcanzar la capacidad para ejercer en la inmediatez de la graduación.

En síntesis, con respecto a la educación de pregrado la responsabilidad universitaria, se puede dividir en 2 niveles: 1) el alumno que "sufre" una desilusión por no alcanzar su meta y 2) la sociedad que "sufre" la consecuencia del profesional no capacitado.

POSTGRADO

Son válidas las mismas consideraciones planteadas en el pregrado es decir las necesidades, los medios y los sistemas.

La educación continuada es producto de una necesidad de renovar, actualizar y perfeccionar el conocimiento y no sólo es un proyecto escalonado sino un principio basado en el trípode formación, perfeccionamiento, producción y en el criterio de que incrementar la educación médica es mejorar la atención médica, fin de los recursos humanos para la salud⁴⁷⁻¹⁰⁷. En realidad, como lo señalan Manrique y colaboradores⁶⁵ el programa se agrupa en 3 períodos: formación básica, diferenciación y actualización. Cada uno involucra distintas responsabilidades y debe estar a cargo de instituciones y docentes eficientes.

La educación de pregrado es el comienzo para iniciar la actividad médica, aquella sostenida en el tiempo del entusiasmo y del éxito profesional. La tendencia al estancamiento es consecuencia del hábito, sólo revertido por planes de una educación médica continuada. Junto a esta razón, está la tasa de olvido por alteración de la memoria y la necesidad de renovar el conocimiento, una conexión entre lo viejo y lo actual, algo que significa desaprender y aprender de nuevo.

La educación médica continua es el único tratamiento conocido para la natural obsolescencia progresiva de la competencia profesional que tiene síntomas de extensión universal, pero a veces

de carácter asintomático⁷². Conocer y aceptar esta progresión natural, es base para una corrección terapéutica y fruto de la obligación de seguir siendo competente en salud, actualizando conocimientos, habilidades y destrezas.

La obligación de estimular la autocapacitación profesional requiere además programas de actualización y especialización, integración docente-asistencial, bibliotecas, idiomas, cursos de apoyo a la investigación y estadísticas, una tarea de las escuelas de postgrado universitario habitualmente no cumplidas por la insuficiencia de ambientes, de docentes y de medios.

Quienes hemos tenido la oportunidad de conducir organizaciones científicas ligadas a esta etapa de la educación médica, como es el *Círculo Médico de Córdoba*, sabemos del interés del graduado para alcanzar la idoneidad profesional que no logró. Aquí también las limitaciones estructurales y de medios alternan con la voluntad y el espíritu de colaboración de las sociedades científicas integradas en la *Escuela de Graduados del *Círculo Médico**, organización creada para apoyar la tarea de la *Facultad de Medicina*. Obviamente, el comentario puede extenderse a distintos ámbitos científicos nacionales y/o provinciales.

La educación médica existió siempre, su interés es consecuencia del desarrollo que demanda permanente actualización, una tarea que desbordó la capacidad de la *Facultad de Medicina*. El progreso era integrado en los ambientes científicos y en los servicios hospitalarios que dieron forma a las *Escuelas Médicas Quirúrgicas*, cuya vigencia, quizá despersonalizada en la actualidad, se mantiene en sus principios, es decir, conciencia de pertenecer a un grupo, unidos por el impulso de adhesión a la excelencia moral y científica de un Jefe o de un sistema. De todas formas, el hospital, el servicio de cirugía y el ambiente de una sociedad científica siguen siendo los medios idóneos para la educación médica de postgrado.

Los Departamentos de Graduados de las *Facultades de Medicina*, surgieron de una necesidad integradora de la actividad docente desarrollada en las cátedras universitarias por medio de cursos de postgrado. La concreción de esta tarea resultó limitada por diferentes causas y son las razones que justifican la responsabilidad asumida por las instituciones científicas nacionales y provinciales de distinto orden. Fruto de ello nació la *Escuela de Graduados de la Asociación Médica Argentina* y la educación quirúrgica asumida por la *Asociación Argentina de Cirugía*. Ambas son, en la actualidad, el más alto nivel de la educación de postgrado en el país.

En Córdoba la experiencia fue similar, el postgrado fue actividad de las cátedras universitarias de pregrado y fueron los cursos de largo aliento como el de *Anestesiología* o el de *Salud Pública*, los que conformaron el núcleo de la *Escuela de Graduados* de hace 30 años. El resto de la actividad giró alrededor del *Círculo Médico* cuya misión se extiende en la actualidad a través de la labor de sus 35 filiales concretadas en cursos de postgraduados de corto y largo alcance.

La creación del *Consejo Asesor de Educación Médica de Córdoba* en 1968, integrado por todas las *Instituciones Médicas*, permitió conocer medios y necesidades con el fin de apoyar y asesorar a la *Escuela de Graduados* de la *Facultad de Medicina* en la tarea de planificar, proyectar, desarrollar y evaluar la docencia de postgrado en la provincia. Este principio plasma la actual programación de la *Escuela de Ciencias de Salud* con el criterio de conducir el proceso metodológico y apoyar y efectivizar el proceso pedagógico en la tarea de las instituciones científicas. En otras facultades se cumple también de manera similar ya sea a través de cursos especiales de largo alcance, o de sistemas integrados a tal fin.

De todos modos los *Facultades de Medicina* no pueden olvidar la obligación primaria de satisfacer la educación del pregrado, cuyas limitaciones ya hemos analizado. Por ello parece lógico que un *Departamento de Graduados*, incrementado y facilite la labor docente extrauniversitaria, especialmente porque la extensión universitaria está limitada operacionalmente y por lo habitual son las instituciones científicas quienes ejercen el liderazgo en estas actividades.

La responsabilidad de delegar tareas docentes se acrecienta con la de categorizar o acreditar los centros científicos asistenciales, una misión que la *Universidad* debe compartir con los entes deontológicos y estatales específicos.

Los dos sistemas más importantes de la *Educación Médica* de postgrado son: la residencia médica y la educación continuada. La residencia es una simiente para el progreso de quien siente deseos de superación y necesidad de completar su formación. Es un plan basado en la dedicación completa al aprendizaje, con progresiva incorporación de tareas, permanente control docente, pero además, con la necesaria retribución para que no deba reclamar compensaciones o utilizar otros mecanismos para lograrlo⁹⁹. Vale comparar la residencia con el internado, aquella escuela de caballerismo y comprensión, donde la ecuación enfermo-médico nutría una vocación que asoma y se brinda

ardorosamente al ser que sufre. Allí se nutrieron tantas generaciones médicas despertando a la responsabilidad con mezcla de los sabores de gloria al sentirse autores de la resucitación¹⁰⁰.

No hay dudas de la existencia de categorías en residencias médicas. Lo mínimo exigible es una real integración docente asistencial y activa participación del residente. El control de esa enseñanza, especialmente en medios privados evitará el peligro de una mala formación⁴¹. Aquel necesitado que "de paso" se va entrenando representa el peligro que estamos señalando, pues la residencia es una responsabilidad progresiva que exige juicio, equilibrio mental, sentido común. Además debe cumplir un entrenamiento programado y ejecutar determinado número de operaciones, que bien sabemos sólo consiguen en determinados servicios⁴⁰.

Conocer en profundidad el valor de la cirugía académica, aquella que permite cultivar la disciplina de la mente para completar y ganar la tecnología es también un objetivo de ese entrenamiento⁹⁴. Allí aprenderá, como lo destaca Bracco²⁰, que las leyes de la cirugía siguen vigentes, que la asepsia y la antisepsia no se reemplazan por antibióticos, que la suavidad de maniobras quirúrgicas y el respeto por las vísceras, es presupuesto básico del buen postoperatorio y tampoco se reemplaza por una sala de terapia intensiva y también aprenderá que el tiempo en la sala de operaciones sólo es útil al enfermo cuando ello no atente a la elemental seguridad que evita las complicaciones que luego exigen reintervenciones. Si así no aprende, difícilmente será un cirujano, quizá tan sólo el extirpador de órganos que jamás entenderá la esencia de la medicina y de la cirugía, pues deberá aprender también que el estilo no es destreza sino elegancia, gracilidad y ajustada y armoniosa utilización de técnicas y recursos quirúrgicos²⁸.

Por otra parte, debe recordarse que la residencia es el camino más idóneo para luego optar, a través de la vía reglamentaria, al título de cirujano. Considero válido reiterar que la residencia no debe ser el mecanismo para corregir la insuficiencia de formación del pregrado, su limitación a lo posible debe seguir marcando la necesidad en la formación quirúrgica.

La otra etapa formativa, es decir la educación médica continuada, es también producto de la superación y de la necesidad de suprimir el hábito, un proyecto que involucra 3 niveles: actualización, especialización y perfeccionamiento⁵. Valen aquí las mismas consideraciones expuestas al respecto de la residencia. La simpleza de mirar cirugía y la

conurrencia como oyente, eximido de obligaciones, es sencillamente una malapráctica y no puede considerarse como alternativa válida⁴⁰. El sistema demanda un plan coherente, al principio de actualizar el conocimiento y renovar la habilidad. Esta enseñanza no difiere de la residencia, exige también un ambiente adecuado a la creatividad para evitar la simple imitación, que como lo señala Christmann³⁵ favorece la molición y traba el desarrollo. La enseñanza de la cirugía es tarea que sólo puede estar en manos responsables y fundamentalmente en ambientes de medios adecuados donde el orden, el respeto y la exigencia son indispensables para efectivizar la tarea docente.

En síntesis la educación médica debe brindarse en determinados ambientes o instituciones de prestigio integradas a una coherencia de objetivos metodológicos y sistemas evaluativos que aseguren la garantía de calidad. El sistema basado en la integración docente-asistencial, vinculación entre los que planifican la salud y la atienden y los que ejecutan la docencia es el verdadero reciclaje de la educación como lo sugiere Vidal¹⁰⁷.

Con el objeto de completar la información sobre las residencias médicas señalamos que el 83% de los residentes encuestados opinaron que la escasez de plazas para entrenamientos en la actualidad podría mejorarse ampliando las residencias en centros privados de menor complejidad. Sólo el 17% consideró a la agregaduría o pasantía como una opción válida. Considerando que el ingreso a la residencia médica habitualmente está limitado a las plazas posibles se encuestó la explicación sobre la diferencia de ánimo entre esta limitación y la que genera el ingreso universitario. El 15% contestó que era por tener agremiaciones débiles, el 32% por contar con otras alternativas en su formación y el 53% por madurez de juicio y aceptación de la limitación a lo posible.

La responsabilidad de estas instituciones es similar a la universitaria, es decir es ética y social ante el medio y ante el profesional que intenta su formación. Aquí aparece configurada la responsabilidad de los entes deontológicos que habilitan, categorizan y acreditan las instituciones docente-asistenciales, así como también la de éstas al respecto de certificar la idoneidad de su propio graduado.

RESPONSABILIDAD UNIVERSITARIA

Además de reclamar políticas firmes de orientación vocacional y análisis de las reales necesidades de médicos, la Universidad debe reinstrumen-

tar mecanismos que le permitan cumplir con su obligación.

Ello significa: limitar el ingreso a la capacidad de la unidad académica, seleccionar a quienes acrediten las mejores condiciones de ingreso. Para ello es esencial el curso de apoyo con evaluación final, a fin de nivelar conocimientos y dar igualdad de oportunidad a todos los candidatos. A ellos debe agregarse opcionalmente el estudio de los antecedentes y la entrevista personal.

La implementación de mecanismos que garanticen que la matrícula estudiantil sólo será mantenida por quienes demuestren condiciones y la permanente evaluación de las etapas de formación, son base para que el egreso sea restricto, es decir,

condición para adquirir la idoneidad básica para el ejercicio profesional.

Persistir en soslayar la realidad actual es una comprometida situación, que sólo contempla un derecho, pero que olvida una responsabilidad, frente al medio social, que demanda seguridad en la atención y ante el graduado que sufre una frustración.

Al respecto cabe destacar las recientes reuniones de las Academias Nacionales de Medicina de Uruguay y Argentina, y la otra de la Asociación Médica Platense en conjunto con la Asociación de Profesores de la Facultad de Medicina de La Plata, sobre estos temas, cuyas conclusiones reflejan con claridad el problema que venimos planteando.

CAPITULO IV

INSTITUCIONES MEDICO GREMIALES Y DEONTOLOGICAS

El control del ejercicio médico profesional depende de leyes y normas corporizadas en organizaciones estatales, científicas y gremiales. Las primeras tienen competencia natural, las segundas tienen además tareas en la educación médica y las terceras atienden diversos problemas, quizás más profesionales que individuales, por lo cual, no son comparables con la actividad gremial común.

En la actualidad el ejercicio profesional plantea distintos problemas pues la medicina, de profesión romántica y respetada, pasó a ser cuestionada y hasta vilipendiada y de individual se transformó en colectiva, regulando así una actividad de masas, tanto de quienes requieren como de quienes brindan el servicio médico, es decir, Obras Sociales y Corporaciones Médicas. Si bien ello no debe alterar la relación médico-enfermo, los intereses de ambos, están diluidos en el hecho colectivo. Además como gran responsable está el Estado, que planifica el sistema de salud y organiza la seguridad social, un regulador de los intereses de médicos y enfermos¹. "Cuanto más mires hacia atrás más podrás ver hacia adelante" (W. Churchill) *cit.* 96. El pensamiento del estadista avala el comentario histórico de estas organizaciones. El primero, sobre la evolución del ejercicio, tanto en los aspectos éticos como legales y el segundo, sobre la Seguridad Social, habida cuenta que es el sistema que hoy encuadra tanto la actividad como la regulación médico-profesional.

El acuerdo entre lo correcto e incorrecto o lo bueno y lo malo en el comportamiento humano, es base del progreso social y presupuesto de un orden basado en el respeto por la vida y la familia. En ese marco, desde la antigüedad la relación médico-enfermo se integró con normas y códigos como el babilónico que controlaba al médico sacerdote de entonces por medio de recompensas y castigos. En realidad fue el legado de la Isla de Cos, es decir el sistema, la ley y el Corpus Hi-

pocráticus, el más evidente control de una medicina basada en conocimientos y prendas morales, tal como lo demuestra una parte de ese testamento ético: "La impericia, es un mal haber y un mal caudal que nutre la timidez y la temeridad. La timidez pone al descubierto la impotencia; la temeridad, a la inexperiencia, pues saber y creer saber es algo distinto; saber es ciencia, y creer saber es ignorancia"¹⁰; una verdad escrita hace siglos que describe como hoy, la culpa médica.

Recordemos que el Código Hipocrático tiene vigencia por su contenido ético, que preconiza la resaltaación y conservación de la vida, el respeto por la confidencia y valoriza al hombre como persona. A partir de este modelo de código, se han producido las diferentes adaptaciones acorde a los planteos de cada época y a las costumbres particulares de países y regiones.

El hospital, la universidad y la imprenta, son 3 jalones históricos que no pueden quedar marginados del comentario de este análisis.

El hospital, creado en el siglo I, para el aislamiento de enfermos y protección de la comunidad, fue sin duda un centro de auxilio al menesteroso y por lo tanto simiente de solidaridad. La evolución lo integró luego como lugar de asistencia y más adelante como centro docente. La universidad medieval y las primeras escuelas médicas, como las de Salerno, Bologna, Padua, París, Montpellier, no sólo posibilitaron la enseñanza médica sino que fueron medios de control profesional al otorgar títulos habilitantes.

Ya en el año 1200 había Tribunales ordenados por los Reyes que controlaban la idoneidad médica y en el año 1311 los cirujanos franceses debían demostrar su idoneidad ante comités especiales como fue el de Châtelet. Recordemos que también en Inglaterra, por orden de Enrique VIII en el año 1500, los médicos y cirujanos para ser auto-

rizados al ejercicio, debían examinarse ante tribunales especiales⁶⁸.

En síntesis, en el medioevo la medicina ya tenía 3 pilares importantes: la enseñanza, la asistencia y el control profesional.

Los últimos 4 siglos han sido jalones del desarrollo de la misma, pero en realidad, los 2 últimos reflejan la vertiginosa evolución integrada en los períodos anatómico de Vesalio, fisiológico de Harvey, experimental de Hunter, investigación fisiológica de Bernard, patológico de Virchow, bacteriológico de Pasteur, antiséptico de Lister, anestésico de Morton y los rayos X, los antibióticos, la microcirugía y los trasplantes orgánicos, son eslabones últimos de la cadena que integra la medicina al desarrollo de la ciencia y cuyo resultado final es la tecnología médica moderna hoy agrupada en los 3 niveles².

El 1º referido a mecanismos de prevención y curaciones de enfermedades comunes. El 2º, más complejo, incluye la tecnología inmunológica, genética, psicofarmacológica, de reproducción y adaptación; cada una, con sus propios planteos científicos, éticos y legales, verdaderos testimonios de un asombro que escapa al análisis del intelecto común. El 3º es paradójicamente lo contrario e involucra a una veintena de patologías, como la colagenosis, donde la tecnología se apoya en el alivio y consuelo.

La bioética, concreción del progreso biomédico y ético, es reflejo de un crecimiento desproporcionado y desarmonico, apretada síntesis de la problemática actual. Otro jalón es el Código Mundial de Ética de la Organización Mundial de la Salud, redactado en 1948, como renovación del Hipocrático. Un complemento posterior formado por las declaraciones mundiales para dar solución a diferentes planteos, que fueron: la de Helsinki en 1946, sobre investigación clínica; la de Sidney en 1968, sobre trasplantes de órganos y muerte; la de Oslo en 1970, sobre aborto terapéutico; la de Tokio en 1965, sobre torturas y castigos degradantes en prisioneros de guerra; la de París en 1976, sobre eutanasia y la de Hawái, sobre drogas y psiquiatría en 1977; cada una de esas reuniones ha dado respuestas a los planteos realizados y están incorporadas a la deontología. Desde luego, muchos planteos quedan aún sin respuesta ética, en especial la tecnología de segundo nivel, donde a veces una atmósfera de elitismo o de arrogancia, debe equilibrarse con la humanización del conocimiento.

Hoy la tesis ética en medicina es que cuanto más cosas sabemos hacer, más necesitamos saber lo

que realmente debemos hacer, y por ello, es vital que aprendamos a no hacerlas por el mero hecho de saberlas hacer. Si los avances técnicos no se ajustan a la ética y no se mantienen vivas las normas de conducta, como lo señala Fox⁴³ llegará el día en que el hospital será una cámara de horrores para salvar vidas y la medicina un supermercado de productos farmacéuticos.

El segundo análisis previsto es la Seguridad Social, justificado, porque forma parte de la problemática actual y es condicionante de la regulación y retribución médica. Es la esencia de una innata solución que busca el hombre para sortear la adversidad. Sus ancestros, han sido las corporaciones romanas, las cofradías de la edad media, los gremios y los montepíos. En realidad, la corriente mutualista fue el antepasado más cercano, un seguro social voluntario, que brindaba servicios a gente de bajos recursos y generaba clientela para médicos sin ella.

Hunicken⁴⁹ considera que esta historia resulta larga y tediosa y que puede interpretarse mejor a través de 5 principios básicos: 1) dos impulsos espontáneos, individuales y diferentes: el ahorro y la caridad; 2) tres impulsos espontáneos y colectivos: la beneficencia, el mutualismo y el cooperativismo; 3) un impulso jurídico colectivo: la asistencia social; 4) un impulso jurídico individual: el seguro privado voluntario y 5) una actividad pública del estado: los seguros sociales.

El ahorro es la renuncia a un consumo actual para solventar una necesidad futura. Fue el medio que permitió al hombre salvar la imprevisión y sigue siendo base del capital y palanca del desarrollo. Las Cajas de Ahorro, creadas en 1806 en Inglaterra prosperaron en todo el mundo. La iniciativa fue concretada en la Argentina en 1914, por el Dr. Arturo M. Bas. Obviamente la alteración inflacionaria redujo la capacidad de las mismas.

La caridad, gesto voluntario, es sustento de una razón sentimental que se evidencia en donaciones individuales o colectivas a través de la beneficencia.

La beneficencia, caridad colectiva, es en el fondo consecuencia de que la Solidaridad Social y la Asistencia no deben agotarse en el plano individual sino plasmarse en organizaciones, como fueron las obras de beneficencia hospitalaria, un sistema que durante mucho tiempo brindó ayuda a quienes sufrían el desamparo.

El mutualismo, es una forma más evidente de ese espíritu solidario y es pilar de la seguridad social. Su objetivo es proteger contra la enfermedad, invalidez, vejez y muerte, y nace en el principio de ayuda o socorros mutuos. Fue introducido en el país por la corriente inmigratoria de comienzos de siglo y se desarrolló en las asociaciones mutualistas de cada colectividad.

El cooperativismo del siglo XVII era un verdadero impulso de clases sociales necesitadas que buscaban en la cooperación sin fines de lucro, la obtención de fuentes de trabajo y artículos de primera necesidad. Estas cooperaciones, fueron desplazadas en la época de la revolución francesa, cuando el Estado suprimió la protección individual y reconoció la obligación de proteger al hombre por medio de los servicios públicos, revitalizando el hospital público y el mutualismo. El concepto de salud pública, como deber del Estado, es más reciente y tiene su origen en que tanto la asistencia pública como el mutualismo ya no podían satisfacer las necesidades sociales.

La asistencia social, nació como una alternativa basada en el derecho del hombre de ser asistido y en el deber de asistir que tiene el Estado, síntesis de la concreción jurídica de esa obligación que suma los impulsos individuales y colectivos, y marca la diferencia entre el favor y el deber.

El seguro privado, es el más cercano antecedente de la seguridad social y como veremos reemplaza a este seguro por otro a cargo de la organización pública.

El seguro social, nace en Alemania y como lo destaca Poviña ^{cit. 49} fue Wagner su precursor y es fundamentalmente una forma del llamado socialismo de cátedra de los universitarios alemanes de entonces. Así, a partir de 1833, se creó el seguro de enfermedad y sucesivamente se desarrollaron el de accidente de trabajo, de invalidez, de vejez y las leyes de jubilación; sistemas que desde Alemania y a partir de 1930, se extendieron mundialmente bajo el fundamento sociológico de la solidaridad.

La seguridad social es una rama de la política económica, que se ocupa de abolir el estado de necesidad material por riesgo de enfermedad, invalidez y desamparo mediante la previsión y la asistencia médica.

Dos hechos históricos se ligan con el tema: 1) la Carta del Atlántico de 1941, firmada por los

entonces jefes de gobierno de Gran Bretaña y Estados Unidos de Norteamérica, cuyo objetivo era garantizar trabajo, progreso y seguridad social, situación ratificada en 1942 por la Carta de las Naciones Unidas; 2) la creación de la Organización Mundial de la Salud en 1946, órgano rector de la salud mundial, tutelado por la influencia de la Organización de las Naciones Unidas, que destacó a la salud como derecho del género humano y sustento de paz y seguridad, definiéndola desde entonces, como perfecto estado de bienestar físico, mental y social.

En nuestro medio, la situación fue similar al resto del mundo. La medicina individual cubría las necesidades, tanto del pudiente como del mutualizado, y la atención del desprotegido estaba a cargo de la beneficencia y el hospital público, un medio que permitió el desarrollo y extensión de la asistencia médica a partir de la década del 30.

El seguro social se concretó en la Ley 18.610 que normatizó las obras sociales y obligó el ingreso de los trabajadores en relación de dependencia, creando el INOS, como órgano de registro y control de prestadores. La Ley 19.032, amplió la cobertura a jubilados y pensionados y la 22.269 completó la incorporación al sistema de los trabajadores autónomos y anuló la 18.610. Un nuevo proyecto, basado en igualdad, solidaridad y participación, propuso cobertura universal por medio de una estructura integrada y administración descentralizada, creando el ANSSAL (Administración Nacional de Seguro de Salud), organismo que reemplazará al INOS. La ley suplantará a la 22.269, pero está aún en el terreno del debate parlamentario por intereses encontrados y donde el médico, como recurso principal del sistema de salud, no puede ni debe quedar ausente del análisis y/o de la conducción del sistema.

REGULACIÓN ACTUAL DE LA ACTIVIDAD MÉDICA

El médico regula su tarea profesional por 4 mecanismos bien diferenciados: las leyes del país, las normas deontológicas, las ideas filosóficas y la religión ⁹⁶. Sin negar la influencia de estas dos últimas, sólo analizaremos las primeras por considerarlas más específicas a nuestro tema.

El ejercicio profesional es el conjunto de normas condicionantes de la actividad médica a fin de controlar al médico y siendo el estado quien debe garantizarlo, es procedente que la norma se corporice en un instrumento nacional unificado ³³. La ley 17.132 regula la actividad de los profesionales de la salud en el ámbito de la Capital Fe-

deral, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. El Decreto N° 160/82 y las Resoluciones accesorias 1733 y 126 de 1985 actualizan la reglamentación.

Quienes reclaman la unidad normativa, lo hacen por una función orientadora, promocional y reguladora uniformada en el país y por las ventajas de agrupar ciertos aspectos dispersos del ejercicio médico, tales como título profesional, certificación de especialidad, alcance de su validez en el territorio nacional, normas para habilitación, categorización y acreditación profesional y/o instituciones docentes y asistenciales, responsabilidad médica, contratos médicos, en síntesis, agrupamientos que permitan a los estados provinciales adoptar sus propias leyes y procedimientos.

El cumplimiento de las leyes del ejercicio profesional, sean nacionales o provinciales, es una responsabilidad de las instituciones pero también del profesional, obligado a conocerlas y cumplirlas.

La actividad deontológica, en cambio, está a cargo de instituciones que velan por el mejoramiento científico, técnico y moral del médico, aunque también formulan y sancionan denuncias por violaciones a leyes y códigos vigentes. Las más completas, controlan la matriculación profesional, fijan aranceles médicos, reglan los contratos profesionales en relación de dependencia, regulan las especialidades médicas, categorizan y acreditan los centros asistenciales interesados en la educación médica. En general, ejercen su autoridad por medio de tribunales especiales y comités de ética.

En Córdoba, existe el Consejo de Médicos de la Provincia, creado por Ley Provincial 4853, Decreto 6390, organismo capacitado para obligarse legalmente e integrado por un Consejo Directivo y Tribunales Especiales como el de Ética, el que he integrado en distintos períodos. Esa experiencia, demostró que habitualmente las faltas eran fruto de ignorancia de las normas deontológicas, si bien también existían graves alteraciones de la conducta médica. Por ello, fundamento la docencia permanente de la ética, tanto a nivel de pregrado como de postgrado en medicina, dejando al ente deontológico, la responsabilidad de hacer cumplir su misión.

Esta responsabilidad del organismo estatal o paraestatal no excluye la de instituciones que tienen tribunales de ética o de disciplina, puesto que ello no es un símbolo distintivo, sino el compromiso de ejercer el control profesional.

El Tribunal de Disciplina integrado por el Comité Colegio de la Asociación Argentina de Ciru-

gía, es aglutinante de la tarea y fiscaliza la actividad del cirujano MAAC de acuerdo al Código de Ética del Cirujano que rige para todos los miembros de la Institución.

Igual consideración merece el Tribunal de Honor de la Asociación Médica Argentina, cuya misión es de tutelar normas y principios, que el tiempo y su acción deterioran. Personalmente creo en la legitimidad de estos tribunales y para avalarla es fundamental que tengan ejecutividad, pues sólo así podremos encauzar los desvíos y corregir las alteraciones si realmente queremos lograr la autoestimación como base de la dignidad profesional.

La multiplicidad de alteraciones éticas en el ejercicio de la profesión médica imposibilita todo intento de análisis global, por lo cual, limitamos el comentario a los aspectos que concitan desde nuestro punto de vista mayor interés, tales como la investigación clínica, honorarios médicos, categorización profesional e institucional y huelga médica.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA

La Declaración de Helsinki dio las bases éticas de la Investigación Clínica. Está reglamentada en la Ley 17.132, Art. 20 y en el Código de Ética Argentino, Capítulo II, en sus Arts. 15, 16 y 17 y además en el Art. 9 del Código de Ética y Deontología del Cirujano. De real trascendencia resultan las consideraciones expresadas por S.S. Juan Pablo II⁵⁰, en un extenso documento sobre los valores humanos y normas éticas en el ejercicio de la medicina.

Tres principios deben encauzar cualquier investigación clínica: 1) la vida humana debe ser respetada; 2) el sufrimiento minimizado; 3) el riesgo de vida o de daño debe ser asumido por decisión personal del enfermo, pues se comprende que el beneficio colectivo de una investigación no es mecanismo ni justificación para imponer riesgos a nadie. Algunos autores coinciden en la necesidad de aumentar los valores éticos en el control y ejercicio profesional de este aspecto conflictivo de la investigación¹⁸⁻⁵²⁻⁵⁷⁻⁵⁸.

Tyrrell¹⁰⁵ señala que la diferencia entre paciente y voluntario en una investigación no es sutileza, sino una realidad que exige delinearse y por ello, toda terapéutica extraordinaria, además del consentimiento escrito del paciente debe avalarse con la opinión de autorizados, de jefes de servicios u organismos competentes o por comités de ética.

En nuestro medio, la investigación de fase 1 de alta tecnología es infrecuente; en cambio, las de fase 2 y 3, referidas al Chagas, fiebre hemorrágica, oncología clínica y quirúrgica, son las más frecuentes¹⁹. La investigación clínica exige permanente control legal y deontológico, sobre todo porque a veces escapa de lo serio y cae en sensacionalismos distorsionantes de la verdad y atentadores de la dignidad de los pacientes al develar la intimidad del acto médico. Sobran los ejemplos que avalan este comentario. Es responsabilidad de los entes deontológicos, gremiales y autoridades sanitarias en general, detectar, controlar y sancionar las promociones antiéticas con especulaciones comerciales.

Limitar ciertas prácticas a centros asistenciales acreditados y exigir la aprobación de Comités de Ética para aplicar nuevas técnicas quirúrgicas aún no divulgadas, no es frenar el desarrollo ni tampoco reducir las a una élite, sino que es un medio idóneo para defender al enfermo y evitar como si fuera una fábrica, que ingrese a los "bancos de prueba", situación en la que se puede caer, al especular más sobre el interés científico que el humano. La reunión sobre ética en investigación clínica señaló que las controversias en las normas que regulan estas investigaciones son tantas, que ya se confunde lo ético y lo moral con el bienestar del hombre, un utilitarismo moderno, basado en que el fin del ser humano es lograr la máxima felicidad del mayor número, trasfondo de la ética social, cuyos límites parecen infinitos²⁶. Esa reunión organizada al respecto de educación médica y ética transcribe palabras de S.S. Juan Pablo II: "Hay voces de alarma que denuncian los efectos perniciosos de una medicina que se ocupa más de sí mismo que del hombre a quien debe servir". Sin duda un enfoque integral para encontrar el rumbo de la medicina asistencial que al avanzar e incorporar los adelantos y beneficios científicos deberá hacerlo en el encuadre moral.

En síntesis la entidad deontológica o las equivalentes que integran las instituciones profesionales médicas y por cierto, los directores de hospitales y jefes de servicio, deben ejercer un efectivo control de la investigación clínica. La tarea mancomunada limitará la funesta práctica y encauzará la misma hacia los centros habilitados y categorizados para ello.

HONORARIOS MÉDICOS

Tema de controversias y reclamos que involucran al profesional, al enfermo y la seguridad social, que depende tanto de la depresión económica

como de las obras sociales distorsionadas por distintos intereses, como del exceso de médicos y la alteración de la prestación profesional.

El honorario, honor u honra que recibe el médico por servicios prestados, ha dejado de serlo, pues su escaso valor actual afecta la ética, la dignidad, y el propio honor que se quiere retribuir. Además no alcanza para ser "sal", esencia del salario con que los romanos compensaban el esfuerzo, porque aun cuantificando el trabajo médico, recibe menos "sal" que un legítimo asalariado.

En la actualidad la retribución justa y equitativa, ya no es decisión del médico, sino imposición de un sistema arancelario que proletariza la medicina, a pesar de que el médico sigue asumiendo el riesgo de trabajador independiente⁹⁷.

Se cambió agradecimiento por exigencia y mérito profesional por el símbolo retributivo de un sistema que obliga a entrar, pues quedarse fuera es perder capacidad de trabajo y como dice Lawrence⁵⁵ ingresar es hacerlo al sistema de la ética diluida, donde el enfermo no es nadie.

¿Quién puede negar que la salud se debe "devolver" en el marco de un contrato legal y moral por determinado galenaje cuantificado en un nomenclador de cifras desproporcionadas al riesgo que se asume?; ¿y quién puede negar también que un error se debe resarcir con valores muy superiores, definidos por la medida legal? Por cierto, es una hipótesis rebatible, extraída de lo utópico, sólo para resaltar la desigualdad de riesgo y retribución. En realidad es la ética de la solidaridad quien da respuestas al planteo. Ella, junto a la gratitud, seguirán siendo la moneda que retribuye el esfuerzo y el riesgo.

La retribución justa o acorde al riesgo, la percibe aquel profesional que está fuera del sistema o quien impone su prestigio o circunstancia y evalúa su labor compensándola con honorario diferencial. De todas formas vale destacar que la Seguridad Social, sistema de protección igualitaria al enfermo, no debe implicar injusticia en la retribución al profesional.

Un tema ligado al comentario es la jubilación médica, habida cuenta que ella es magra y antiética. Ver a nuestros maestros y colegas, percibiendo lo atentatorio de la dignidad, provoca rebeldía; un ánimo que más bien debiera estimular a quienes tienen la responsabilidad de reclamar y defender el derecho a un retiro digno y a la vejez acorde a la solidaridad que tanto se reclama al médico.

Por último digamos que la jerarquización económica es una necesidad, pues resulta inmoral e

injusto la igualdad retributiva que uniformiza antigüedad y experiencia. Por ello, la etapa de diferenciación profesional debe ir acompañada de la diferenciación económica.

De igual modo, resulta adecuado destacar lo mismo para las instituciones, es decir, lograr que la retribución sea acorde a la complejidad, a la categorización de la misma, algo que dará razón y equilibrio a la ecuación costo-beneficio. Se trata de un tema muy complejo, cuyo análisis exige el concurso de la realidad y racionalidad.

Vivir decorosamente con la percepción de honorarios quirúrgicos arancelados es producto de un importante número de operaciones, situación que sabemos es inexistente por el exceso de cirujanos. La adecuada relación de correcta indicación, riesgo quirúrgico y retribución arancelaria es el resultado que induce a la solución del cobro adicional, una situación que hace enfrentar al cirujano con la ética y su propia responsabilidad profesional.

Por otra parte, vale destacarlo aquí, las instituciones asistenciales vienen sufriendo una paulatina disminución de su capacidad económico-financiera. Los aumentos de retribuciones al personal, y de gastos en insumos, se han desactualizado con los pagos de las facturaciones, tanto en el monto como en el tiempo de la percepción.

Considerando la importancia del problema se lo planteó en la encuesta averiguando sobre justificación de la conducta antiética como consecuencia de la insuficiencia retributiva. Sólo el 2% de los profesores la justifican y el 8% la entiende y la tolera. El 6% de los graduados la justifica.

La situación ha desbordado a quienes tienen competencia en el problema. El cobro adicional, es el honorario diferencial silenciosamente justificado y será la solución hasta que la razón, la justicia y la verdad se impongan. La razón y la justicia alientan el reclamo por la injusta retribución, la verdad exige evidenciar una realidad que duele conocer, como veremos más adelante.

Liberar los nudos que atan verdades va permitiendo que afloren desde el fondo silencios y actitudes cómodas o no comprometidas. Así, la palabra de la máxima autoridad sanitaria del país ha confirmado que la distorsión del gasto de salud es consecuencia de la alteración económica actual y tiene estrecha relación con el exceso de médicos. Consideró el cobro adicional como una anomalía impuesta por la circunstancia. Por eso, vale preguntarse si sólo al médico se le debe exigir altruismo en el marco de una ética social cuan-

do el resto la concreta sólo a través de instituciones pertinentes y como solidaridad diluida⁸⁸. No se dude que el médico seguirá ejerciendo, solidario al dolor y al sufrimiento humano. Cederá su tiempo e incluso su honorario, pero defender una justa retribución no debe confundirse con comercialización de la medicina.

La retribución médica en la seguridad social depende del presupuesto o masa acumulable de dinero en el sistema. Se aduce que el gasto administrativo, el abuso de la indicación de tecnología o de medicación condicionan el saldo para retribuir al médico. Sin embargo, ha de plantearse también si ello no es consecuencia de un exceso de médicos, pues sería inmoral inducir el control de indicación para incrementar el monto retributivo, cuando en realidad lo legítimo es el uso racional de los recursos.

Hay 3 verdades que no pueden ocultarse y como dijimos, junto a la justicia y la razón, deben corregirse para que la solución sea acorde a la realidad y consecuencia de lo justo. Ellas son: exceso de médicos, sobrefacturación y sobreprestación.

El exceso de médicos, es producto de la irrestrictión al ingreso universitario y como lo hemos señalado, consecuencia de la escasez de alternativas al derecho de estudiar. Nadie negará que la razonable proporción médico-enfermo actúa como factor gravitante en la distribución del honorario. El problema demanda, como hemos analizado, una solución política racional y sostenida para equilibrar la desproporción.

La sobrefacturación, palabra que tiene un equivalente menos eufemístico, es una situación crónica conocida y detectada, tanto en el profesional como en la institución. El manejo del nomenclador, la codificación de operaciones no ejecutadas o distintas a las realizadas, la facturación de insumos o drogas no utilizadas o de muestras profesionales, son ejemplos conocidos, que con matices distintos, forman parte de un estilo comercial doloso.

Una consideración especial merece el comentario de la llamada "cirugía innecesaria" ligada al error médico, o al entusiasmo del recién iniciado en la actividad quirúrgica. Ambas deben ser reconocidas y desde luego corregidas. Pero lo que realmente exige análisis es el abuso de indicación quirúrgica con fines de incremento retributivo. Desde luego, difícilmente puede probarse tan delicada acusación. Cada cual recordará un ejemplo de cirugía innecesaria, de órganos extraídos sin fundamentos diagnósticos, de laparotomías abusivas, pero ¿basta la sanción de la conciencia? El Co-

legio Americano de Cirujanos ha discriminado diferentes categorías de cirugías innecesarias²⁷, y resalta el valor de la segunda opinión al respecto de la indicación quirúrgica, como también la acción de los Comités de Tejidos; ambos, y las auditorías médicas, que sólo deben controlar eficiencia y calidad, son las bases de la corrección.

La sobreprestación ligada a una participación honoraria es también una profunda alteración de la conducta. Este ingreso compensador por medio del exceso de consultas o de indicación de tecnología con "retorno" o formulación terapéutica con productos "premiados" contra la presentación de duplicados de recetas son ejemplos conocidos. Otra alteración de la prestación, que además daña la calidad de la misma, es el "retorno" de ciertos contratos asistenciales directos entre partes, también obviamente indemostrable. El retaceo de prestación por esta ilegítima causa es similar en consecuencia al de la capacitación. Por ello reitero el valor de las auditorías médicas al respecto de calidad de la prestación profesional.

Vemos así, que la responsabilidad de estas instituciones es grave tanto por no detectar estas situaciones como por no corregirlas. La falta de control, de acción y de sanciones, no sólo significan impotencia o indolencia de quienes las dirigen, sino injusticia ante quienes sufren con dignidad la depresión económica.

LA HUELGA MÉDICA

La responsabilidad social del médico está relacionada a la conciencia profesional, el peso moral que obliga al médico ante el enfermo y la sociedad, criterio compartido en el Art. 7º del Código de Ética de la República Argentina¹⁰¹. Junto a ello está la obligación del médico a ser solidario con intereses gremiales que admiten la huelga de acuerdo al derecho constitucional (Art. 14 bis). Sin embargo, aun con amparo legal e inclusive ético, una huelga enfrenta al médico con su conciencia y la sociedad.

Una huelga debe interpretarse como manifestación patológica del desequilibrio social y representa en síntesis un fracaso del derecho general ante los intereses contrapuestos e individuales.

El enfrentamiento de huelga y servicios públicos es un hecho grave que demanda un racional estudio. Es un problema que suscita adhesión y rechazo. Por ello, estas medidas deben ser tomadas por decisión mayoritaria a través de una votación directa de los interesados, algo que reemplazará la manipulación de los pocos sobre la mayoría y

evitará que la huelga cargue tensiones políticas o extramédicas o sea fruto de presiones inoportunas.

El derecho legal expone al médico muchas veces a elegir entre la solidaridad al colega o al enfermo. Desgraciadamente, el ejemplo de que estas medidas son los medios válidos para conseguir lo que el diálogo racional debiera lograr, van reemplazándolo por la fuerza de una presión donde los derechos y deberes están subvaluados.

CATEGORIZACIÓN PROFESIONAL E INSTITUCIONAL

La categorización y acreditación, tanto profesional como institucional, es otra responsabilidad de los organismos deontológicos y estatales. La seguridad y la buena fe, son base de los contratos profesionales y ello es fruto de la confianza en los sistemas de habilitación y categorización tanto asistencial como docente.

Estas organizaciones adquieren la responsabilidad en 3 niveles: la certificación profesional, sea en la etapa de diferenciación o recertificación, la categorización y acreditación de las instituciones con tarea docente-asistencial y la habilitación y categorización de las instituciones puramente asistenciales.

Los 2 primeros niveles incluyen evaluar la idoneidad del profesional que cumplió la etapa de la diferenciación y accede a una categoría de especialista. Ello implica también acreditación del servicio donde el postulante adquiere su formación. La exigencia "atenuada" o la comprometida tolerancia al sistema educativo insuficiente, son causas que incrementan la responsabilidad de estas instituciones. Aquí es donde debe existir la máxima rigidez y el estricto control sobre quienes organizan actividades médico-educativas, con qué objetivos, con qué medios y para quién se desarrolla la actividad.

El cirujano MAAC, categoría que se intenta extender al país, con apoyo de las sociedades provinciales de cirugía es una solución basada en la unificación de programas y sistemas evaluativos que certifique idoneidad y represente un respaldo para el ejercicio quirúrgico.

Las normatizaciones diagnósticas-terapéuticas diseñadas por la Asociación Argentina de Cirugía, no sólo facilitan el uso racional de los recursos, sino dan respaldo científico a quien las utiliza, especialmente ante planteos médico legales.

La categorización de las instituciones asistenciales de acuerdo a su complejidad es una responsabilidad que debe ser complementada con la acreditación a fin de mantener la garantía de calidad de un servicio o un hospital. El sistema tiene por objetivo mejorar las prestaciones médicas y quirúrgicas y contribuir al control de los establecimientos asistenciales, especialmente los privados. Ello significa clasificar por categorías y calificar de acuerdo a la calidad de la prestación. Categorizar en distintos niveles (mínimos-intermedios-superiores) significa evaluar la organización, el nivel de atención, la hotelería y el bienestar.

Un comentario especial merece la categorización de los servicios de cirugía, especialmente con fines a la acreditación docente de los mismos. Cobran valor los recursos humanos que los componen, el nivel docente y número de cirujanos de planta, su certificación o recertificación, extensión de la actividad, programas de residencias, selección. Vale también destacar la importante relación anestésista-mesa de operaciones; de igual modo se debe valorar planta física, número de camas del internado, número de quirófanos; equipamientos, aparatos. También debe analizarse la existencia de aulas, bibliotecas y la evaluación de los Comités de Historias Clínicas, Tumores, Infecciones y Capacitación y Docencia; el número de operaciones, promedio de estadía, giro-cama, complicaciones, mortalidad operatoria, porcentaje de infecciones. Por último integra el análisis, la actividad docente desarrollada, cursos, ateneos y producción científica. En síntesis una tarea trascendente que grava la responsabilidad de los entes deontológicos y estatales.

El problema ha sido analizado en el simposio de "Ejercicio de la cirugía en los distintos sistemas de atención médica"⁷, donde se destaca el valor de la acreditación como medio para mantener calidad en la prestación de la atención quirúrgica.

El objetivo de que cada paciente tenga un proyecto diagnóstico y terapéutico eficiente para lograr el mejor resultado, al menor costo y con mínimo riesgo, también involucra la acreditación, un aspecto tratado por Gutiérrez⁴⁶ donde la calidad y el riesgo se analizan en relación al enfermo, el equipo y la institución.

"Cirugía adecuada" para el "paciente adecuado", demanda institución acreditada y cirujano idóneo. Conjugar simultáneamente las ecuaciones, garantizan calidad y minimizan el riesgo. Todo es reflejo de la acreditación del cirujano, es decir de la responsable tarea de certificar que determinado cirujano opera bien por la calidad de sus resultados.

Allí se nutre el prestigio de la cirugía y es responsabilidad del cirujano mantenerlo. La recertificación, voluntario sistema, permitirá tal como lo propone la Comisión Nomencladora Nacional y aranceles de la Asociación Argentina de Cirugía, acceder a una jerarquización científica y retributiva.

ASPECTOS GREMIALES DE LA ACTIVIDAD MÉDICA

La organización gremial, cuyo principio es la unidad de fuerza capaz de ejercer presión para conseguir soluciones, es también custodia de normas y leyes profesionales, y participa en la formulación de políticas de salud concertando intereses en un marco ideal de orden, justicia y libertad⁶.

Como en las instituciones deontológicas, la responsabilidad ética de las gremiales, nace en las conductas de quienes las dirigen, aquí la necesaria "asepsia" política por su pluralismo ideológico, es base de esa responsabilidad. Legalmente su responsabilidad se origina en la participación de los servicios de prestación médica, tanto ante las Obras Sociales como ante el Registro de Médicos que mantiene. Responden como intermediarias en la prestación y adquieren la obligación ante quienes representan. Junto a esta responsabilidad, está también la defensa de intereses de sus asociados y la custodia de su patrimonio.

La delicada misión de la actividad gremial y el habitual carácter conflictivo de la misma, demanda la conducta ética exaltada de los dirigentes, a fin de salvaguardar el prestigio y la credibilidad de la institución gremial.

La lucha por reivindicaciones médico profesionales, ha sido una larga tarea ligada a reclamos sobre condiciones y fuentes de trabajo profesional, beneficios para el médico, es decir, todo lo que antes era previsión individual y producto de una profesión que permitía vivir con decoro y dignidad.

El crecimiento de la matrícula médica desde los años 70, que redujo el mercado profesional, estimuló el reclamo por plazas y lugares de trabajo, una situación que hizo crisis en la década del 80 y está hoy en el límite de la saturación. El mejor testimonio de esa realidad son las reiteradas reuniones gremiales convocadas para tratar el problema.

En 1981, la "Reunión de Médicos de Reciente Graduación" planteó la crisis y solicitó aumento de presupuestos, cargos y medios para mejorar la educación médica de postgrado. Se propuso utili-

zar al sistema de seguridad social como una opción en tal sentido. En 1982 y 1983³⁴, encuentros similares, solicitaron ampliar el número de residencias y pasantías médicas. Es decir, 3 años planteando la necesidad de aumentar la educación de postgrado, solicitando mejorar la retribución y peticionando por más fuentes de trabajo profesional. Cabría preguntarse si también fue analizado un exceso de graduación. Si de acuerdo a la información, en la Argentina hay un médico cada 370 habitantes, si damos valor al informe de la Organización Mundial de la Salud, sobre el exceso mundial de médicos o como también recientemente el Presidente del INOS considera que el exceso de médicos es condicionante de la alteración del sistema, haría falta más información para sumarse a la verdad y reclamar por soluciones integrales.

Desde luego, ello no implica desoír el reclamo del recién graduado y abandonar la búsqueda de soluciones, sino el racional estudio que diga con veracidad, si realmente siguen faltando médicos, especialmente después que la reclamada distribución profesional armónica, basada en necesidad y posibilidad de asentamiento profesional, lo siga demostrando. De ser así, tendríamos una privilegiada situación ante un mundo con excedente de 250.000 médicos para dentro de 12 años. De todas formas, duele aceptar irónicamente que quizás, quienes consideran que faltan médicos, tengan razón, porque en realidad lo que sobran son personas con título de médico. Personalmente considero que el exceso de graduaciones es un gran condicionamiento de la crisis, pero asumo que es una realidad incompleta, pues los factores de distorsión son más complejos y escapan a este análisis.

"El médico y la salud en un país en crisis" fue el título de la reunión en 1984⁸⁵, que consolidó el planteo sobre aumento del presupuesto de salud y solicitó la jornada de 35 horas semanales en los hospitales. Se reiteró el concepto de que la alteración del gasto de salud se debe a una industria farmacéutica que absorbe el 50% de una tecnología que insume el 25%. El magro resto para el profesional debe dividirse con equidad y en función de varios condicionantes ya analizados.

La extensión de la jornada hospitalaria es un acto racional, tanto como debe ser la indicación de tecnología y medicamentos, temas reiterados en 1986 a propósito de la implementación del Vademecum Nacional. Obviamente de escaso valor serían los preceptos gremiales si fueran sólo reclamos pecuniarios, ya que estas instituciones deben ser fundamentales pilares de leyes y principios⁸⁹.

Aquí vale el comentario sobre la plétora de profesionales en algunos servicios de cirugía don-

de la actividad asistencial "cedida" al residente es motivo de relajación disciplinaria y promotora de la molición. El incumplimiento de la tarea hospitalaria no tiene justificación alguna y su corrección no puede estar en un "reloj fiscal", que registre concurrencia sino en la propia responsabilidad profesional. Aquí el control de la autoridad pertinente, y la comprometida participación de las gremiales hospitalarias que no pueden excluirse del problema, son el principio de solución.

La actividad profesional en los sistemas de atención pública, privada y la seguridad social fue el tema de las "Primeras Jornadas Médico Gremiales"⁵⁶, en donde se estableció que en los 3 niveles existe deficiente retribución al profesional.

A nivel privado la alteración está ligada a la insuficiencia económica general. Se destacó la incongruencia de ciertos dirigentes gremiales que paradójicamente no cumplen con lo solidario, pues contribuyen a los médicos contratados en sus propios sanatorios en forma antiética.

Teniendo en cuenta que el 80% de los médicos está en relación de dependencia y que habitualmente ocupan 2 ó 3 cargos para equilibrar su presupuesto, es plausible el reclamo por el cargo único y bien remunerado, una solución que tiene como principio lógico el redimensionamiento del gasto público. Lo mismo vale en cuanto a la creación de nuevos cargos y el proyecto de la carrera médica en la seguridad social, nuevos intentos para satisfacer la necesidad de tantos y quizás medios de jerarquización. De todos modos lo que debe admitirse es que el país sólo puede permitir un equilibrio entre lo posible, lo justo y lo necesario.

El gasto en salud involucra el estado, la seguridad social y el ámbito privado y respectivamente corresponde el 20, 40 y 40%, cuyo monto representa hoy 5.400 millones de dólares, es decir 177 dólares por habitante y por año. Hay países, donde el gasto es sólo de 1 ó 2 dólares por año y otros, como EE.UU., donde el gasto sobrepasa el 10% del P.B.I. y significan 1.000 dólares por año y habitante, es decir casi 350.000 millones de dólares, cifras que por sí solas hablan de la medicina que puede brindarse.

Satisfacer apetencias de 340 Obras Sociales y las de sus respectivos afiliados, que desde luego piden con justicia lo máximo y lo mejor del servicio médico, es un factor de distorsión en la actual depresión económica. Por ello, racionalizar el gasto no es privar para economizar, sino por el contrario extender la cobertura de salud.

Es cierto que pocos y razonados estudios son suficientes, pero ello no significa reemplazar la seguridad y precocidad del adelanto tecnológico por la observación clínica, un riesgo que a veces no puede ni debe asumirse. De ahí que el temor no es la pluma del médico que solicita estudios o que prescribe medicamentos, sino el exceso de pluma.

En síntesis, el monto de dinero para gastos de salud y retribución médica sólo pueden mejorar con aumento del presupuesto a punto de partida del incremento de cuotas sociales, algo poco probable en la actualidad. La alternativa entonces es racionalizar el gasto, controlar la administración, sancionar y abolir radicalmente la sobre facturación y la sobre prestación. Si así no se alcanza el equilibrio, será útil empezar a compartir la pobreza distributiva de los dineros en salud o controlar un exceso de prestadores, situación de la cual débilmente se comienza a hablar.

Por ello la responsabilidad de las gremiales médicas se acrecienta ante una falta de acción sobre la realidad que va mostrando las alteraciones por excesos: mala formación profesional, prestación médica de insuficiente calidad, menor retribución médica, falta de lugares de asentamiento.

Personalmente creo, como lo ha destacado la Agremiación Médica Platense, la realidad va coincidiendo con la verdad: el exceso de médicos es

también un condicionante de la alteración del sistema de salud y el tratamiento del problema tiene una única solución.

El resultado de la encuesta al respecto de la responsabilidad de las instituciones sanitarias, educacionales y gremiales en la situación actual de la medicina en el país es el siguiente: el 75% de los profesores y el 80% de los graduados responsabilizan en primer término, a las autoridades sanitarias, especialmente por la falta de planificación sobre las necesidades profesionales; en cambio el 55% de los estudiantes responsabiliza a las autoridades educacionales que no plantean el problema en esas necesidades. Con respecto a la eficiencia de las corporaciones médicas deontológicas sólo el 10% de profesores la consideraban eficiente, un 26% apuntó su actividad como insuficiente porque sus autoridades temen hablar y el 64% las consideró inoperantes porque no tienen poder.

De todas formas vale señalar que en realidad los 3 niveles de instituciones tienen competencia en el problema. Las sanitarias porque deben clarificar la situación con el estudio de las necesidades médicas en el país en relación a modelo y cantidad, las educacionales que deben satisfacer esas políticas y cumplir con su misión de graduar un profesional idóneo y las gremiales deontológicas que deben participar en forma concurrente de esas políticas sumándose al análisis de la realidad de una geopolítica sanitaria regional y nacional.

CONCLUSIONES

El incremento de acciones jurídicas por mala práctica médica es una realidad que involucra tanto al cirujano como a las instituciones asistenciales. Tal situación no es índice de mala calidad profesional, pues un gran porcentaje de esas acciones no prosperan legalmente.

La revalorización de la salud que desplazó la resignación, la pérdida de la identidad del médico y del enfermo y fundamentalmente la inconducta e incompetencia profesional, son las causas más frecuentes de las demandas legales.

Los principios de seguridad y justicia entre médicos y enfermos están salvaguardados por normas éticas, deontológicas y jurídicas.

Las instituciones médicas, sean asistenciales, educacionales o gremiales deontológicas, por ser personas jurídicas, asumen las mismas responsabilidades legales que las personas reales. Éticamente, por carecer del atributo humano, sólo responden socialmente por las inconductas de sus dirigentes y/o sus integrantes, afectando la credibilidad de las mismas. Legalmente, la responsabilidad surge de la naturaleza de la obligación y en las instituciones asistenciales es de resultado, es decir, seguridad de los servicios que presta.

Las obras sociales tienen la obligación de ofrecer a sus afiliados la capacidad de elección, pero asumen una responsabilidad similar al ente asistencial cuando limitan la posibilidad de elección.

La universidad toma una responsabilidad social, parangonable a la obligación de resultado de las instituciones asistenciales, es decir, idoneidad del recién graduado. Un alto porcentaje de ellos, no logran tal nivel, ingresan al padrón de la frustración y generan una plétora médica regional al permanecer en el ambiente de su graduación para completar su formación.

La realidad actual en la formación del médico demanda la formulación de políticas de ingreso,

requisitos para el mantenimiento de la matrícula estudiantil y sistemas de evaluación que permitan un egreso restringido a la idoneidad.

La falta de políticas estables sobre cantidad y calidad del médico que el país necesita, la escasez de alternativas para estudios de otras carreras, son condicionantes de la masividad en el ingreso de carreras tradicionales como medicina.

La saturación de los ambientes estructurales de las Facultades de Medicina, las deficiencias metodológicas y fundamentalmente la desproporción de la capacidad pedagógica, son factores concurrentes a la mala formación del médico.

Las instituciones de educación médica de postgrado tienen una similar responsabilidad, pero deben tener su propia acreditación para asumir el cumplimiento responsable de la educación en las etapas de postgrado universitario.

Los entes deontológicos y gremiales adquieren la trascendente misión de preservar la imagen y probidad profesional, fiscalizando la actividad médica, detectando anomalías y corrigiendo las alteraciones.

Los consejos deontológicos deben ejercer un fuerte control sobre habilitación, categorización y acreditación profesional e institucional, tutelando el ejercicio con la permanente aplicación de las normas éticas.

Las entidades gremiales tienen la jerarquizada responsabilidad de la defensa honorable de los intereses médicos, pero deben constituirse en permanentes custodias de leyes y normas que garanticen moralidad y calidad profesional.

Las conductas antiéticas, culposas y/o dolosas de médicos o de instituciones, pueden ser más frecuentemente detectadas por las corporaciones de 1º ó 2º nivel y por lo tanto es responsabilidad de quienes las dirigen, detectar las alteraciones y sancionarlas pertinentemente de acuerdo a la causa.

BIBLIOGRAFIA

1. Abad Gómez H.: *Incorporación del concepto de ética social dentro de la ética médica*. Antioquia Médica, 17: 313, 1967.
2. Abel F.: *Bioética: un nuevo concepto y una nueva responsabilidad*. Labor Hosp., 17 (196): 101, 1985.
3. Acuña H.: *Ética y educación médica*. Bol. Of. San't. Panam., 90: 471, 1981.
4. Aguilar O.: *Aspectos éticos de las instituciones de enseñanza de la medicina*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, Bs. As., 1981, pág. 41.
5. Aguilar O.: *Enseñanza de la cirugía en el graduado. Su educación continua*. Relato 43º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1972, pág. 185.
6. Ahumada A.: *Rol de las entidades profesionales en la organización de la atención médica*. Med. Soc., 4: 155, 1981.
7. Alume H.: *Calidad de la atención quirúrgica (Mesa redonda)*. Rev. Argent. Cirug., 52: 178, 1987.
8. Alende D. y Babini D.: *Evaluación del riesgo quirúrgico*. Relato 50º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1979, pág. 70.
9. Anderson A.: *Atención gobiernos*. Salud Mundial, abril, 1987, pág. 8.
10. Aznares E.: *Historia de la ética médica*. Jornadas Ética Médica, Cons. Medicina, Córdoba, 1982, pág. 20.
11. Bankowski Z.: *Una burla y un derroche*. Salud Mundial, abril, 1987, pág. 3.
12. Berra J.: *Enseñanza de la cirugía en el pregrado*. Relato 43º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1972, pág. 103.
13. Berra J.: *Ética del estudiante de medicina*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, Bs. As., 1981, pág. 63.
14. Bergoglio M. T. y Bertoldi M. V.: *El dolo y la responsabilidad civil del médico*. Diario Jurídico, 6: 281, julio, 1983.
15. Bergoglio M. T. y Bertoldi M. V.: *La responsabilidad civil. Profesionales de la salud. Establecimientos asistenciales*. Dirección Gral. Publicaciones, Univ. Nac. Córdoba, 1987, pág. 119.
16. Bergoglio M. T. y Bertoldi M. V.: *La responsabilidad médica y el consentimiento como causa de justificación*. Seminario Jurídico, 6: 570, 1985.
17. Bertoldi M. V. y Bergoglio M. T.: *Obligaciones de medio y de resultado en el quehacer médico*. Rev. Colegio Abogados, Córdoba, 1982, pág. 16.
18. Bertoldi M. V. y Bergoglio M. T.: *La experimentación en seres humanos y la ley 6222 de la Provincia de Córdoba (República Argentina)*. En: *Estudios de Derecho Civil*, Alterini, Belluscio, Gastón, Vasques, Ed. Universidad, Córdoba, 1980, pág. 453.
19. Borgna H.: *Responsabilidad médica. Algunos aspectos legales*. Arch. Argent. Ped., 78 (3): 384, 1980.
20. Bracco A.: *Límites de cirugía general y especializada*. Rev. Argent. Cirug., 51: 149, 1986.
21. Bryant J. y Geilhorn A.: *Es preciso actuar*. Salud Mundial, abril, 1987, pág. 12.
22. Bueres J.: *Responsabilidad civil de las clínicas y establecimientos médicos*. Ed. Abaco de Rodolfo Depalma, 1981, pág. 76.
23. Bustamante Alsina J.: *Teoría general de la responsabilidad civil*. Ed. Abelardo Perrot, 2ª Ed., Bs. As., 1973, pág. 9.
24. Caeiro A.: *Perfiles del Médico*. Rev. Méd. Córdoba, 60: 2, 1972.
25. Caeiro A.: *Reconstrucción de la universidad y libertad académica. Del hombre y su formación*. 2ª Ed. Biffignandi, 1981, pág. 15.
26. Cárdenas Escobar A.: *Punto de vista de las academias nacionales de medicina respecto a la revisión ética de la investigación clínica*. En: *Medical ethics and medical education*. XIVth Cions Round Table Conference, Council for Intermedical Organization of Medical Sciences Ed., Génova, 1981, p. 146.
27. Casal M.: *Cirugía innecesaria*. Rev. Argent. Cirug., 41: 164, 1981.
28. Casal M.: *El estado en cirugía*. Rev. Argent. Cirug., 51: 157, 1986.
29. Ciafardo R.: *Responsabilidad profesional del cirujano*. Bol. Acad. Nac. Medicina, 55: 167, 1977.
30. Cole N.: *Plastic surgery*. Special Number, march-april, 2: 2, 1986.
31. Comisión de Estudio del Curriculum Estudiantil: *Informe Secretaría Asuntos Académicos*. Fac. Med. Córdoba, marzo, 1988.
32. Committee of Professional Liability: *Professional Liability: A blue print for reform*. Bol. Am. Coll. Surg., 71 (3): 2, 1986.
33. Comra: *Seminario Nacional de Legislación del ejercicio de la medicina*. Ed. Comra, Paraná, 10 y 11 abril, 1981.
34. Comra: *Tercer encuentro nacional de médicos de reciente graduación*. Ed. Comra, Circulo Méd. Lomas de Zamora, noviembre, 1983.

35. Christmann F.: *El cirujano actual*. Rev. Argent. Cirug., 10: 161, 1966.
36. Derisi O.: *Naturaleza y vida de la universidad*. Ed. El Derecho, 3ª Ed., 1980, pág. 45.
37. Díaz Barriga A.: *Didáctica y curriculum. Tesis para una teoría de la evaluación y sus derivaciones en la docencia*. Ed. Nuevo Mar, México, 1984, pág. 106, cap. V.
38. Díez J. A.: *Educación médica y enseñanza de la cirugía de los Estados Unidos de Norteamérica*. Día Med., 40: 1460, 1968.
39. Editorial: *Ética y Salud*. Labor Hosp., 196: 1, 1985.
40. Esteva H.: *Necesidades docentes de la cirugía del interior*. Rev. Argent. Cirug., 31: 33, 1976.
41. Esteva H.: *Significado y alcances de la capacitación en servicio*. Rev. Argent. Cirug., 46: 142, 1984.
42. Fajardo Ortiz G.: *Atención médica. Teoría y práctica administrativa*. Ed. Prensa Méd. Mexicana S.A., 1983, pág. 377.
43. Fox T.: *The personal doctor and his relation to the hospital*. Lancet, 1: 743, 1960.
44. González S.: *Admisión en las facultades de medicina. El médico que el país necesita*. Reunión Nacional, Fed. Méd. Gremial, La Falda, Córdoba, 1986, pág. 43.
45. Gurruchaga J. V.: *Condiciones que debe reunir una institución donde se practica cirugía*. Relato 47º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1976, pág. 122.
46. Gutiérrez V. P.: *Calidad de la atención quirúrgica. Evaluación del riesgo quirúrgico (Mesa redonda)*. Rev. Argent. Cirug., 52: 192, 1987.
47. Gutiérrez L.: *Educación médica continuada y recertificación*. Relato 57º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1986, pág. 95.
48. Houssay B. A.: *Investigación clínica*. Homenaje de la Academia Nacional de Medicina en el Centenario de su Nacimiento. Colección Acad. Nac. Medicina, Nº VI: 18, 1987.
49. Hunicken J.: *Lineamientos de la seguridad social. Curso de seguridad social*. Dir. Gral. Publicaciones, Univ. Nac. Córdoba, 1978, pág. 11.
50. Juan Pablo II S.S.: *Valores humanos y normas éticas en el ejercicio de la medicina*. Med. Soc., 4 (4): 183, 1981.
51. Katz E.: *Aplicación de la psicología institucional al departamento de cirugía*. Rev. Argent. Cirug., 29: 80, 1975.
52. Ladd I.: *Ethical issues in human experimentation*. In: *Medical ethics and medical education*. XIVth Cions Round Table Conference. Council for Intermedical Organization of Medical Sciences Ed., Génova, 1981. p. 26.
53. Lain Entralgo P.: *Por un hospital más humano (Entrevista)*. Labor Hosp., 196: 87, 1985.
54. Lange W. y Frigerio M.: *Infecciones quirúrgicas*. Relato 32º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1961, pág. 259.
55. Laurence A.: *Discurso del Presidente del LI Congreso Argentino de Cirugía*. Rev. Argent. Cirug., 40: 94, 1981.
56. Lazarte E.: *El médico en relación de dependencia privada*. las Jornadas médico gremiales de entidades privadas de la República Argentina, Colegio Méd. Córdoba, La Falda, 1985, pág. 8.
57. Leighton F.: *Conducta médica en la investigación biomédica*. J. Rev. Méd. Chile, 111: 977, 1983.
58. Leighton F.: *Conducta ética en la investigación biomédica. II Aspectos éticos de la relación entre ciencias biomédicas y sociedad*. Rev. Méd. Chile, 111: 1095, 1983.
59. León A.: *Humanización de la medicina*. Seminario Nac. Ética Médica, Gaceta Médica, Caracas, 93 (3): 79, 1985.
60. León A.: *Ética en medicina*. Ed. Científico Médico, Barcelona, 1973, pág. 345.
61. Libonatti E. J., Beveraggi E. M. y Padrón R. A.: *Sepsis y cirugía*. Relato 49º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1978, pág. 3.
62. López Bolado J.: *La medicina y el Código Penal*. El Universitario Ed., Bs. As., 1981, pág. 22.
63. Mainetti J. A.: *El hombre objeto de la medicina. El humanismo médico*. Quirón, 16 (2-4): 5, 1985.
64. Manrique J.: *Ética de la educación médica*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, Bs. As., 1981, pág. 51.
65. Manrique J., Berra J., Beveraggi E. y Gutiérrez L.: *Reflexiones sobre educación médica en nuestro país*. Rev. Argent. Cirug., 53: 267, 1987.
66. Manrique J.: *El perfil del egresado médico. El médico que el país necesita*. Reunión Nacional, Fed. Méd. Gremial, La Falda, Córdoba, 1986, pág. 28.
67. Manuel B.: *A surgeon's perspective on professional liability*. Am. Coll. Surg., Bull, Nº 70: 6, 1985.
68. Marottoli O.: *Especialización en cirugía*. Rev. Argent. Cirug., 14: 52, 1968.
69. Martínez R.: *La Universidad y su influencia en el espíritu de la Nación (Conferencia)*. Círculo de Prensa, 1944.
70. Martínez Marull A.: *El ocaso del médico rural*. Bol. Acad. Nac. Med., 1978, vol. 56.
71. Mazzei E.: *Ciencia, técnica y ética en la era actual*. Rev. A.M.A., 93 (3): 57, 1980.
72. Mejía A.: *Educación continuada*. Educ. Med. Salud, 20 (1): 43, 1986.
73. Mendoza H.: *La atención del enfermo y sociedad*. Arch. Dominicanos Pediatría, 19: 29, 1983.
74. Montenegro A.: *Crisis y porvenir de la Universidad*. Fac. Filosofía y Humanidades, Univ. Nac. Córdoba, 1986, pág. 58.
75. Mosset Iturraspe J.: *Responsabilidad civil del médico*. 1ª reimpresión, Ed. Astrea, 1985, pág. 117.
76. Neghme A.: *La ética en la práctica médica actual*. Rev. Méd. Chile, 113: 590, 1985.

77. Orgaz J.: *Ética en la práctica médica*. Jornadas de Ética Médica, Consejos de Médicos, Córdoba, 1982, pág. 9.
78. Patterson Kimball D.: *Ética profesional*. Clín. Méd. N. A., Ed. Castellana Interamérica, 1977, p. 867.
79. Pavlovsky S.: *Investigación clínica y protección del sujeto en Argentina*. En: *Medical ethics and medical education*. XIVth Cions Round Table Conference, Council for Intermedical Organization of Medical Sciences Ed., Génova, 1981, p. 118.
80. Ramírez J.: *Indemnización de daños y perjuicios. Actos ilícitos e incumplimiento contractual*. Ed. Hammorabi, Bs. As., 6: 205, 1985.
81. Riu J. A.: *Responsabilidad profesional de los médicos (aspecto penal-civil y deontológico)*. En: *Jurisprudencia*. Lerner Ed., Bs. As., 1981, pág. 108.
82. Rivero Serrano O.: *La enseñanza de la ética en las escuelas de medicina*. En: *Medical ethics and medical education*. XIVth Cions Round Table Conference. Council for Intermedical Organization of Medical Sciences Ed., Génova, 1981, p. 166.
83. Roa A.: *Ética y medicina*. Rev. Med., Chile, 111 (11): 632, 1983.
84. Rodríguez Castells H.: *Atención médica y educación médica*. Rev. Argent. Cirug., 14: 104, 1968.
85. Rodríguez R.: *El médico y la salud en un país en crisis. Perspectivas futuras del gremio médico*. 2^{as} Jornadas Méd. Gremiales, Colegio Méd. Córdoba, 1984, pág. 3.
86. Rodríguez Echelandia L.: *Ética de la enseñanza. Condiciones éticas de un profesor de la Facultad de Medicina*. Rev. A.M.A., 82: 581, 1958.
87. Rojas N.: *Medicina legal. Responsabilidad médica*. Lib. El Ateneo, 7^a Ed., Bs. As., 1959, pág. 508.
88. Roemer M.: *Ética médica y orientación social de las enseñanzas de la medicina*. Foro Mundial Salud, 39 (4): 405, 1982.
89. Romero J.: *Cierre de discusión*. 2^{as} Jornadas Méd. Gremiales de Ent. Primarias de la Rep. Argentina. Colegio Méd., La Falda, Córdoba, 1986, pág. 111.
90. Ruiz D.: *Ética y deontología docente*. Ed. Braga, Bs. As., 1987, pág. 141.
91. Sainz Janino J. M.: *La ética y el humanismo en la formación y en el ejercicio profesional del médico*. Rev. Med. Inst. Mexicano Seguro Soc., 24: 1, 1986.
92. Sanguinetti F.: *Elementos afectivos en la enseñanza de la cirugía*. Rev. Argent. Cirug., 25: 164, 1973.
93. Santas A.: *Ética y educación en medicina*. En: *Ética médica*. Fund. A. J. Roemmers, Bs. As., 1986, pág. 35.
94. Santas A.: *Discursos Presidente XLI Congreso Argentino de Cirugía*. Rev. Argent. Cirug., 20: 2, 1971.
95. Santas A.: *El ejercicio de la cirugía en los actuales sistemas de atención médica. Acreditación de instituciones donde se practica la cirugía. (Simposio)*. Rev. Argent. Cirug., 40: 110, 1981.
96. Score G. W.: *Problemas éticos en medicina*. Ed. Doyma, 1983, pág. 24.
97. Sereday C., Nápoli O., Smilasky G. y Torlaschi C.: *Estudio comparativo de remuneraciones profesionales*. Rev. Argent. Cirug., 49: 297, 1985.
98. Soberon Acevedo G.: *El desequilibrio de los recursos humanos por la salud*. Salud Mundial, abril, 1987, pág. 16.
99. Spátola J.: *Enseñanza de cirugía para graduados. Residencias*. 43^o Relato Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., N^o Extraord., 1972, pág. 148.
100. Tejerina Fotheringham W.: *Escuela quirúrgica argentina*. Rev. Argent. Cirug., 24: 168, 1973.
101. Tombazzi V.: *El médico, la ética y el derecho de huelga*. Med. y Soc., 8 (6): 223, 1985.
102. Trejo Naturana C.: *Ética e investigación científica biomédica*. Rev. Med. Chile, 113: 1227, 1985.
103. Trigo E.: *Organización y funcionamiento de un departamento de cirugía*. Relato 45^o Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., N^o Extraord., 1974, pág. 1.
104. Trigo Represas A. y Stigitz R.: *El seguro contra la responsabilidad civil profesional del médico*. Ed. Astrea, 1983, pág. 154.
105. Tyrrel D.: *Normas de protección en la investigación clínica. Problemas éticos en medicina*. Score Gordon Wing Antony, Ed. Doyma, Barcelona, 1983, pág. 180.
106. Valdadares Colado G.: *Editorial profesión y cultura*. Univ. Guadalajara, Arch. Fac. Med., 7: 2, 1986.
107. Vidal C. v Quiñones J.: *Integración docente y asistencial*. Educación y salud, 20 (1): 1, 1986.
108. Yungano A.: *Responsabilidad civil de los médicos. Cuestiones civiles*. U.B.A., 1982, págs. 22 y 24.
109. Zavaleta O.: *Sobre nuestra profesión según mi experiencia*. Prensa Méd. Argent., 72: 579, 1985.