

UN INTENTO DE ESCAPAR DE LA OLIGOMEDICINA

Autor: Francisco González-Aguilar

Dirección: Gral. Moscardó 27, Madrid 20

Teléfono: 233 1291

El autor nació en Santander en 1930. Ha sido estudiante, docente e investigador médico en Argentina, Chile, Puerto Rico, Estados Unidos de Norte América y Alemania Federal. Es miembro activo de la American Association of Anatomists y de la Deutsche Gesellschaft für Elektronenmikroskopie. Sus intereses son la neurohistología, la neurofisiología y la psicoterapéutica, y es autor de diversas publicaciones en revistas científicas internacionales.

I. La Importación del Numerus Clausus.

Como si aquí no tuviéramos calamidades suficientes para elegir, y como si en Alemania no hubiera acopio de normas, prácticas y tradiciones universitarias de las que aprender, los tecnócratas que operan en el área universitaria española parecen haber sucumbido al embrujo de uno de los más decadentes productos de la universidad alemana de hoy: el numerus clausus, es decir, la limitación de plazas de estudiante, no de acuerdo a las necesidades de la sociedad, sino como respuesta a la demanda de plazas por el mercado comprador. Las plazas se otorgan por un sistema de evaluación numérica aparente pulcro y pretendidamente eficiente que no es ni lo uno ni lo otro.

Los tecnócratas dan sus razones, muchísimas, más razones que plazas. Tantas son (las razones, no las plazas), que hasta las hay válidas.

Válido es, por ejemplo, decir que entrar en la universidad supone un privilegio (por el que pagan los que siempre pagan todo) al que debe responderse demostrando una capacidad de esfuerzo a tono. Pero uno siente la necesidad de interrumpir la discusión interminable de argumentos válidos y no válidos venidos de quienes están en posesión del poder y de las estructuras universitarias tradicionales, acaso otrora más loables, y buscar alternativas en otras atmósferas menos estancas. Además, por supuesto, predominan las razones inaceptables, entre las cuales tres son particularmente socorridas: que el precio de la formación de un estudiante es tan alto que no es posible pedir más dinero al estado; que aún suponiendo que se dispusiera del dinero necesario no existe cantidad suficiente de profesionales idóneos para formar más profesionales de los que se forman; y que si esto último se lograra, a la salida de la universidad no encontrarían puestos de trabajo. Sería difícil conseguir por coerción física o moral una confesión más enternecedoramente cándida que esta denuncia espontánea de la ineptitud del modelo universitario que defienden.

Médico, hijo y nieto de médicos, creo que la mentalidad del médico es la que conozco más. Y creo que pocos estarán en desacuerdo en aceptar que, sin forzar las cosas demasiado, los cuatro motivos principales que llevan al médico a serlo son, en este u otro orden, el prestigio o ascendiente social, las ambiciones económicas, el deseo de saber y la filantropía. Estas afinidades del médico no deberían escandalizarnos demasiado ya que, a fin de cuentas, se parecen bastante a las del ser humano en general. Pero lo que sí parece lamentable es la transformación cuantitativa gradual que se va dando por lo general con el correr

del tiempo. Porque la triste realidad es que el ejercicio de la práctica profesional tal y como se da tiende a reducir a vestigios la filantropía y el deseo de saber -o a obligarlos a refugiarse en zonas recónditas de la psiquis- en tanto no parece producir los mismos efectos sobre las otras debilidades.

Y no será precisamente el numerus clausus basado en los criterios que hasta ahora se están imponiendo lo que remedie esta situación, según parece deducirse de esta triste experiencia que se daba en la universidad alemana en la que me tocó trabajar: la carrera de medicina exigía casí el promedio máximo posible de notas de bachillerato; pero otra carrera exigía aún más: la de farmacia.

Hubiera querido decir elegantemente: "Sin comentarios". Y dejar la cosa ahí. Pero no puedo: hay que vivir lo que es un estudiante de bachillerato alemán con un promedio máximo para entender lo que esto significa. No es un empollón vulgar. Es una tía o tío que aparte de saberlo todo sobre polinomios, orografía, físico-química y latín, cuando discute de teología es capaz de pulverizar los argumentos del profesor sobre la existencia o inexistencia de Dios, según sea el caso, de hacer lo propio en la clase de filosofía política cuando se habla de keynesianismo o marxismo, de tocar el violoncello como un profesional, de meter los tres goles del equipo de fútbol y, lo que es más desconcertante, de hacerse acreedor al título de mejor compañero.

Uno podría pensar que va a ser físico teórico, filósofo, músico, médico, o bohemio y borracho perdido. Pues no: va a ser farmacéutico. Va a hacerse rico vendiendo anticonceptivos y aspirinas que es a lo que las necesidades del mercado ha reducido esta venerable profesión. Pero si no consigue entrar a farmacia probará en medicina.

¿Era pues un tramposo? Naturalmente que no: nadie nace tramposo. Es él quien ha caído en la trampa. Trampa que funciona con su complicidad.

Supongo que no necesito aclarar que no todo bachiller brillante aspira a entrar en farmacia, ni todo aspirante a médico llega para hacerse rico. Lo que está claro es que se puede llenar un curso entero de farmacia con los estudiantes más brillantes de una promoción dada; y que por lo tanto el numerus clausus basado en las supernotas no es ca-

paz de discriminar entre estos dos tipos de estudiante para darnos el médico que necesitamos. De lo que es capaz es de darnos más superejecutivos, precisamente lo que menos necesitamos en medicina. Porque si, después de todo, el método de tipo alemán dejara por resultado una medicina excelente, no habría porqué alterarlo. Pero la realidad es que la medicina que se ofrece y se impone es patéticamente pobre en relación a los medios de que se dispone. Es sabido, por ejemplo, que la mortalidad infantil en Alemania Federal no es menor de lo que era en algunos países latinoamericanos.

Pero esto no es ni todo ni lo peor. Peor aún que su ineficiencia son los males que genera, el más representativo de lo cuales es que los médicos llegan a la sincera convicción de ser una casta elegida de Dios. Porque ¿qué otra cosa que un elegido de Dios puede uno sentirse después de haber sacado los puntajes más altos entre miles de estudiantes, tanto en los exámenes de conocimiento como en los tests de personalidad y aptitudes? ¿O es que no es un verdadero elegido de Dios quién, además de saberlo todo, demuestra ser sensible, caritativo, emocionalmente estable, sexualmente equilibrado, tolerante y flexible? ¿Ni que tiene que hacer en medicina quién no haya probado numéricamente poseer todas esas virtudes?

Personalmente yo preferiría ponerme en manos de un hombre trabajador, responsable y lo suficientemente modesto como para reconocer lo que no sabe y consultar a quien sabe más, que en la de alguno de estos genios que me ha tocado conocer como estudiantes, y que, o mucho han de cambiar, o van a ser verdaderos peligros públicos (Y por cierto ¿habría conseguido plaza Einstein?).

Pero la cosa no termina aquí sino en tragicomedia. Mis críticas no son originales: han llegado hace mucho a oídos de las autoridades, quienes han tratado de perfeccionar el sistema como para que también pueda entrar algún 'atípico' que otro, es decir, alguien que no ha conseguido los más altos promedios. De manera que ahora el estudiante de bachillerato no sólo lucha obsesionado por alcanzar un promedio inalcanzable, sino que está también obsesionado por la idea de que un atípico pueda birlarle la plaza.

¿Es o no el numerus clausus una manera segura de garantizar una generación de médicos neuróticos? ¿Y es o no el estudiante, víctima y cómplice del sistema? Piensen en ello quienes creen que debemos importar soluciones probadas de los países donde se sabe hacer las cosas, en vez de tratar ingenuamente de buscar caminos propios.

Yo creo que no necesitamos monstruitos capaces de contestar trescientas preguntas complejas en 55 minutos: los médicos no son jugadores de simultáneas de ajedrez. Como no creo que podamos esperar ni pedir que los médicos sean santos apóstoles de la medicina, desnudos de toda ambición y vanidad humanas. Lo que necesitamos son médicos normalmente honrados, con vocación normalmente sincera, una inteligencia normal, reflejos normales -no de piloto de avión a chorro- y, sobre todo, que no se sientan pertenecientes a una casta especial de superhombres cualitativamente diferente de la del enfermo. Ni más ni menos que los médicos no necesitan superprofesores sino colegas idóneos y dispuestos a compartir sus conocimientos con ellos.

En resumen, el numerus clausus, en mi opinión, es objetable desde dos puntos de vista, uno anecdótico, el otro de fondo. El anecdótico es que como dispositivo técnico no ha dado los resultados que pudieran justificarlo; es decir, un mejoramiento substancial de la medicina que la sociedad en general necesita. El de fondo es que concurre con las demás tendencias monopolistas del mercado económico y social para agravar los males propios de todo monopolio.

Pero de nada nos valdrá anatematizar el numerus clausus si no somos capaces de llevar adelante soluciones alternativas concretas que demuestren en la práctica su superioridad sobre los sistemas convencionales. Por eso en la segunda parte de este artículo propondré un bosquejo de programa, no como una solución, sino como un intento de abrir el debate en ese sentido.

La estructura del programa está inspirada en el principio que Porsche aplicó al crear el legendario Volkswagen: en vez de inventar nada nuevo, ensamblar elementos de eficacia ya probada en diferentes tipos de máquinas. Así, por ejemplo, la enseñanza por capas corresponde al viejo precepto pedagógico francés: 'explicar lo que se va a explicar, explicar, y explicar lo explicado'; la idea de aprender explicando es tan vieja como la enseñanza, la ha aplicado extensamente Pablo Freire, y la he experimentado en mí mismo como estudiante de tercer año en la cátedra de fisiología; la promoción sin examen es característica de toda universidad donde el estudiante y el docente se conocen bien: por ejemplo Oxford; la proscripción de la polaridad docente-estudiante es otra pieza fundamental en el sistema de Freire; la eliminación de sobreasignaciones económicas por responsabilidades especiales es típica de órdenes religiosas sin que ello haya mermado su proverbial eficiencia; por lo contrario, la eliminación de la autoridad vertical descendente se contrapone a la disciplina religiosa, y es, en mi opinión, un objetivo irre-

nunciabile sin el cual no merece la pena intentar nada; la necesidad de un elemento estabilizador en la revisión permanente del programa proviene de la experiencia de la participación estudiantil en el gobierno de la universidad de la Córdoba argentina; etc., etc., etc.

II. Un Modelo Utópico Basado en Experiencias

El plan parte de la convicción de que, si bien no todos, hay muchísimos médicos y estudiantes dispuestos a autoimponerse tanto limitaciones substanciales en sus aspiraciones económicas como cambios radicales en sus sistemas de trabajo, a condición de sentirse parte activa de un progreso real en algo tan importante como la medicina asistencial. Y no estoy pensando en una fantasía sin respaldo en la experiencia sino en un hecho concreto e irrefutable: las gentes que han producido virtualmente todos los avances en los que la medicina moderna se apoya han sido, casi sin excepción, empleados muy modestamente pagados en comparación a sus colegas dedicados al ejercicio libre de la medicina. El investigador gana menos y produce más, porque su tarea es atractiva en sí misma, y la medicina pudiera serlo tanto o más. Hay que terminar con el mito de que sólo la libre empresa es capaz de funcionar eficientemente. Y con el de que no existe otra motivación capaz de mover a la gente que la del dinero y el poder.

Los siguientes puntos no pretenden, como ya he dicho, ser un plan sino un esquema inicial a discutir, esquema basado en diversas experiencias positivas y negativas provenientes de diferentes disciplinas y países.

1. Un hospital policlínico ya existente, razonablemente grande y dotado de equipo técnico. En lo económico hay que no perder de vista que no se trata de aspirar a la automantenimiento en el sentido empresarial sino de conseguir una medicina y enseñanza mejores y más baratas que las que tenemos.

2. Ingreso por sorteo sin distinción de nota entre estudiantes que hayan aprobado el COU con notas que correspondan a los dos tercios superiores. Creo que un mínimo de selectividad es conveniente para no desalentar el esfuerzo de docentes y estudiantes en la enseñanza secundaria. Una reforma de la enseñanza secundaria, adecuada y conjunta con la deseable en enseñanza universitaria, debiera eliminar también esta limitación. En cuanto a pruebas psicológicas, si alguna se hace por excepción en casos individuales, debe estar dirigida a establecer la existencia de alguna anomalía notoria, y no a establecer relaciones con niveles teóricos de ningún tipo.

3. Enseñanza por capas de toda la medicina, desde el primer año y permanentemente, con práctica simultánea empezando por enfermería en todas sus tareas habituales. Esto quiere decir que desde el primer día se enseñan todos los aspectos de la medicina, de manera necesariamente superficial que se va profundizando recurrentemente cada año volviendo sobre los mismos temas. Naturalmente que esto tiene sus limitaciones y que no debe entenderse ni aplicarse literalmente. En cuanto al personal de enfermería y médico ya en funciones, podrá optar por sumarse al programa o no hacerlo. Lo que no deberá hacerse es dejarlo cesante o desplazarlo forzosamente a menos que obstaculice intencionalmente el programa.

4. Tarea doble simultánea, estudiantil y docente, a partir del segundo año de enseñanza: todo estudiante enseña o ayuda a enseñar lo que se le ha enseñado a él al estudiante que viene por detrás. Esto no sólo reduce drásticamente la necesidad de crear cargos docentes y la tarea docente de los médicos -quienes deben enseñar sin excepción y a lo largo de toda su carrera- sino que es tal vez la forma más efectiva de aprender y afianzar lo aprendido. El hospital escuela debe ser taller de asistencia, enseñanza y aprendizaje donde las clases magistrales son sustituidas por grupos de estudio y trabajo de cuatro a cinco personas con la participación de un docente.

5. Promoción automática anual al curso superior, salvo por circunstancias especiales.

6. Sueldo progresivo desde primer año, con tope a los cuarenta años de edad, proporcionado a las cargas de familia, sin asignaciones adicionales por tareas o responsabilidades especiales, con promoción anual automática en las mismas condiciones que en el punto anterior. Los sueldos deben ser modestos a todo nivel, aunque no insuficientes o autopunitivos.

7. Gobierno compartido por docentes y estudiantes, y voto calificado en función de la antigüedad, con tope a los diez años. Téngase en cuenta que en realidad la división entre docentes y estudiantes desaparece por la dinámica del programa.

8. No otorgamiento de título habilitante para el ejercicio liberal de la profesión. Las habilitaciones a cualquier nivel serán sólo válidas para trabajar dentro del programa. En realidad no existirá el paso de

estudiante a médico en un instante determinado sino una habilitación gradual para tareas parciales de diferente responsabilidad y nivel técnico, acumulativa desde el primer día de trabajo e indefinidamente. En la medida de lo posible y conveniente estas habilitaciones parciales serán optativas. Por ejemplo, quien no esté interesado, no tendrá que habilitarse en cirugía o en radiología, aunque no podrá carecer de los conocimientos necesarios a todo médico sobre estas especialidades. Esto, por cierto, no es nuevo, sino que coincide con lo que se está imponiendo en la medicina moderna de todos los países incluida España: nadie es ya médico para todo. El no otorgamiento de título liberal es fundamental por dos razones: para evitar problemas legales y paliar fricciones con los sistemas convencionales, por un lado; y para desalentar el ingreso a la profesión por ambiciones económicas por otro.

9. Todo el modelo debe estar en revisión permanente pero dotado del lastre suficiente. Es decir, ni deberá estar atado y obstaculizado por premisas que muestran no funcionar en la práctica, ni deberá interrumpirse o zigzaguear a cada paso porque una asamblea de transnochadores decide modificar métodos o procesos que aún no se han aplicado por el tiempo suficiente como para probar que realmente no funcionan bien.

Creo que un programa de este tipo, por austero que parezca, implica gratificaciones más que suficientes para atraer a una juventud angustiada por la falta de opciones profesionales capaces de motivarla. Pienso en cosas que nosotros jamás tuvimos: la satisfacción de ver progresar un programa gracias a, y no en contra de, el propio esfuerzo; el contacto directo con la medicina -en vez del cadáver- desde el primer momento; el ganar un pequeño sueldo desde el primer día, que permita cubrir los propios gastos, sueldo auténticamente ganado en el trabajo de enfermería; la participación directa en el gobierno, encauzamiento y reforma del programa; la eliminación de la angustia por terminar la carrera cuanto antes para dar el gran salto de estudiante a médico, lo que por cierto permitirá alargar cuanto sea necesario el tiempo de enseñanza-aprendizaje en cada disciplina y a todo nivel; y por último pero fundamental: la gratificación del auténtico prestigio médico. Si este objetivo no se alcanza el programa habrá fracasado.

Conviene también aclarar lo que creo que no debe hacerse en el modelo.

En primerísimo lugar creo que no se debe intentar imponer al gremio médico ni a las instituciones tradicionales de enseñanza reformas que no partan de ellos mismos. Esto sería contraproducente. El plan debiera

ser alternativo y paralelo, empezar en pequeña escala y no crecer sino en la medida que demostrara merecerlo.

El otro error importante que creo que debe evitarse es el de apuntar a una solución que lo resuelva todo. Por ejemplo, que además de intentar mejorar la calidad de la enseñanza de la medicina práctica y la atención hospitalaria del enfermo se pretenda formar investigadores médicos, salir al encuentro del enfermo en el hogar y en el campo, implementar una política sanitaria de orientación social real, etc. Y entiéndase que he elegido estos ejemplos precisamente por considerarlos de importancia primordial, no sólo para el país y el enfermo, sino para el propio desarrollo del programa, ya que sin ellos, a poco andar se convertiría en un estanco sin vitalidad. Pero son aspectos que en mi opinión deberán concurrir partiendo de otros programas, y no ser incluidos en uno global y gigantesco que probablemente no llegaría a funcionar nunca. En cambio, un programa de este tipo debiera ser una investigación viva y permanente de la medicina clínica, su aprendizaje, su enseñanza y su aplicación.

Reconozco que este programa puede no ser viable. Convenido. Entonces hay que pensar en otro, o en otros, que sean capaces de darnos los muchísimos médicos que hacen falta donde hacen falta. Y vuelvo a referirme al modelo alemán occidental, no porque sea peor que otros sino porque parece gozar de un especial prestigio entre nosotros. En Alemania Federal lo usual es que un médico tenga una práctica privada, una consulta, con cuatro o más gabinetes donde atiende simultáneamente a sus pacientes: mientras uno se desnuda él está viendo a otro, y siete a ocho minutos por paciente es lo normal. El automóvil de los alemanes recibe una atención mucho más minuciosa, pausada y regular que la que reciben ellos. Y no hay manera de eludir el sistema: para ser atendido en un hospital clínico de cierta categoría, el paciente tiene que venir referido por uno de estos médicos de familia, como ellos los llaman, quien se resiste hasta donde le sea posible para declararse incompetente. Es decir, es el médico más incompetente, el de la consulta cuádruple, y no el más competente del hospital clínico, quien decide lo que el más competente puede o debe atender.

Para terminar, una reciente experiencia personal que hace resaltar lo grotesco de la contradicción que vivimos: he circulado este esquema entre dos pequeños grupos de estudiantes alemanes en su último año de

estudios, uno de bachillerato, otro de Medicina. Sin excepciones, los bachilleres, agobiados por la necesidad de tener que elegir entre el porro y convertirse en lo que más detestan, es decir, ejecutivos del comercio, la industria o la banca (si tienen suerte), contestaban: "Tu plan no es viable; porque naturalmente a un plan así querríamos entrar todos". Y entre los casi médicos la contestación era también unánime: "Tu plan no es viable; porque ningún compañero que yo conozca estaría realmente dispuesto a aceptar voluntariamente esas condiciones de trabajo". Es decir, en cinco años (en realidad en el instante mismo en que con una probabilidad de menos de 1 en 2000 había entrado al cerco de la Medicina) el estudiante que veía el plan como un sueño irrealizable no estaba ya dispuesto a renunciar a sus privilegios, sino más bien a quejarse de la dura vida del médico. Parece lógico y humano. Pero es obvio que no es con los médicos con quienes tenemos que contar ni quienes nos deben preocupar sino el futuro de esos adolescentes de quienes tanto nos quejamos. Por lo demás, allí y aquí, antes y ahora, ha habido y hay médicos viejos y jóvenes dispuestos, si pueden, a romper el cerco.

Madrid, diciembre de 1982.