

## **CAMBIOS Y DESAFÍOS EN EDUCACIÓN MÉDICA**

*Conferencia del Dr. Alfredo Martínez Marull  
al incorporarse como miembro correspondiente a la  
Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas,  
en sesión pública del 16 de julio de 2008*

*Las ideas que se exponen en esta publicación son de exclusiva responsabilidad de los autores, y no reflejan necesariamente la opinión de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas.*

ISSN: 0325-4763

Hecho el depósito legal

© Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas

Avenida Alvear 1711, P.B. - Tel. y fax 4811-2049

(1014) Buenos Aires - República Argentina

[ancmyp@ancmyp.org.ar](mailto:ancmyp@ancmyp.org.ar)

[www.ancmyp.org.ar](http://www.ancmyp.org.ar)

**Se terminó de imprimir en Talleres Gráficos Leograf**

Rucci 408 - Valentín Alsina - Prov. de Bs. As. en el mes de enero de 2009.

**ACADEMIA NACIONAL DE CIENCIAS  
MORALES Y POLÍTICAS  
JUNTA DIRECTIVA 2007 / 2008**

*Presidente* . . . . . Académico GREGORIO BADENI  
*Vicepresidente* . . . . . Académico ISIDORO J. RUIZ MORENO  
*Secretario* . . . . . Académico HUGO O. M. OBIGLIO  
*Tesorero* . . . . . Académico JORGE EMILIO GALLARDO  
*Prosecretario* . . . . . Académico FERNANDO N. BARRANCOS Y VEDIA  
*Protesorero* . . . . . Académico HORACIO SANGUINETTI

**ACADÉMICOS DE NÚMERO**

Nómina	Fecha de nombramiento	Patrono
Dr. Segundo V. LINARES QUINTANA..	03-08-76	Mariano Moreno
Dr. Horacio A. GARCÍA BELSUNCE ....	21-11-79	Rodolfo Rivarola
Dr. Pedro J. FRÍAS .....	10-12-80	Estanislao Zeballos
Dr. Alberto RODRÍGUEZ VARELA .....	28-07-82	Pedro E. Aramburu
Dr. Natalio R. BOTANA .....	11-07-84	Fray Mamerto Esquiú
Dr. Ezequiel GALLO .....	10-07-85	Vicente López y Planes
Dr. Horacio SANGUINETTI .....	10-07-85	Julio A. Roca
Dr. Carlos María BIDEGAIN .....	25-06-86	Fray Justo Santa María de Oro
Dr. Carlos A. FLORIA .....	22-04-87	Adolfo Bioy
Dr. Leonardo MC LEAN .....	22-04-87	Juan B. Justo
Monseñor Dr. Gustavo PONFERRADA..	22-04-87	Nicolás Avellaneda

Nómina	Fecha de nombramiento	Patrono
Dr. Gerardo ANCAROLA.....	18-12-92	José Manuel Estrada
Dr. Gregorio BADENI .....	18-12-92	Juan Bautista Alberdi
Dr. Eduardo MARTIRÉ .....	18-12-92	Vicente Fidel López
Dr. Isidoro J. RUIZ MORENO .....	18-12-92	Bernardino Rivadavia
Dr. Jorge R. VANOSSI.....	18-12-92	Juan M. Gutiérrez
Dr. Félix LUNA .....	23-04-97	Roque Sáenz Peña
Dr. Hugo O. M. OBIGLIO.....	23-04-97	Miguel de Andrea
Dr. Alberto RODRÍGUEZ GALÁN .....	23-04-97	Manuel Belgrano
Dr. Fernando N. BARRANCOS Y VEDIA	28-04-99	Benjamín Gorostiaga
Dr. Dardo PÉREZ GUILHOU .....	28-04-99	José de San Martín
Dr. Adolfo Edgardo BUSCAGLIA .....	10-11-99	Dalmacio Vélez Sársfield
Dr. Juan R. AGUIRRE LANARI.....	27-11-02	Justo José de Urquiza
Dr. Bartolomé de VEDIA.....	27-11-02	Carlos Pellegrini
Dr. Miguel M. PADILLA.....	24-09-03	Bartolomé Mitre
Sr. Jorge Emilio GALLARDO .....	14-04-04	Antonio Bermejo
Dr. René BALESTRA.....	14-09-05	Estaban Echeverría
Dr. Alberto DALLA VÍA .....	14-09-05	Félix Frías
Dr. Rosendo FRAGA .....	14-09-05	Cornelio Saavedra
Embajador Carlos ORTIZ DE ROZAS....	14-09-05	Ángel Gallardo
Dr. Mario Daniel SERRAFERO .....	14-09-05	José M. Paz
Dr. Juan Vicente SOLA.....	14-09-05	Deán Gregorio Funes
Dr. Carlos Pedro BLAQUIER.....	27-08-08	Nicolás Matienzo
Ing. Manuel SOLANET .....	27-08-08	Joaquín V. González

*Apertura del acto a cargo del  
académico Presidente Gregorio Badeni*

En la sesión pública de esta tarde, la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas se complace en incorporar al doctor Alfredo Martínez Marull como miembro correspondiente con residencia en la Provincia de Córdoba.

Su nombramiento fue resuelto en la sesión privada del 12 de abril de 2006.

Será presentado por el académico doctor Leonardo Mc Lean y su conferencia de incorporación versará sobre “Cambios y desafíos en educación médica”.

En nombre de nuestra Corporación, tengo la particular satisfacción de dar la más cordial bienvenida a tan calificada como prestigiosa personalidad, que se destaca por sus méritos indiscutibles en uno de los ámbitos científicos que conforman los objetivos de esta Academia.

Doctor Martínez Marull, le expreso mis más sinceras felicitaciones y le deseo que el éxito corone las empinadas funciones que asume, poniendo en sus manos el diploma que lo acredita como miembro correspondiente de nuestra Academia.

Tiene la palabra el académico Leonardo Mc Lean.



*Palabras de presentación a cargo  
del académico Dr. Leonardo Mc Lean*

Agradezco al Sr. Presidente de la Academia de Ciencias Morales y Políticas el levantado honor y privilegio que significa para mí hacer la presentación del Profesor Alfredo Martínez Marull, quien se incorpora en esta ceremonia como miembro correspondiente nacional de esta corporación, tarea sumamente grata, dada la personalidad de mi colega y amigo.

Los Martínez son oriundos de Betencour de la Galicia y los Marull de Cataluña. Los Marull llegaron a América a mediados del siglo XVIII, donde Evaristo Marull, quien era médico Adsentista (Boticario; boticari en la Cataluña), tenía una gran farmacia y fue miembro del Protomedicato que presidía el Dr. Miguel Gorman allá por el año 1799, y tuvo un gran predicamento durante las Invasiones Inglesas, curando sin discriminación. Los Marull se asentaron luego en Rosario fundando pueblos en las estaciones de ferrocarril, uno Clusellas, que era el apellido de la esposa de Juan, y otro pueblo en Córdoba, llamado Marull. Ambos son hoy prósperas ciudades.

Fueron sus tatarabuelos que hicieron fortuna, pero como sucede con frecuencia, tuvieron gran y gastadora descendencia.

El padre de nuestro beneficiario era médico y cirujano, amigo de Ricardo Finochietto a quien pudo conocer en su juven-

tud. Según nos dice Martínez Marull, siempre le atrajo la cirugía, al punto que desde el Colegio Nacional solía acompañar a su padre, que allá por el año 1946 era jefe de cirugía del Hospital Italiano de Córdoba, y allí se metía en la sala de operaciones, primero mirando, y luego ayudando.

Hizo la educación primaria y secundaria en el colegio La Salle de Córdoba en 1938, inaugurando el colegio como fundador y terminando en 1948 como bachiller.

Posteriormente entra en la Facultad de Medicina de Córdoba donde cursa toda la carrera sin inconvenientes y con promedio de 8.

Inicia su vida como cirujano en el servicio de su padre en el Hospital San Roque, pero por consejo de éste, al final de 1952, pasa a desempeñar sus actividades quirúrgicas en el Hospital de Clínicas de Córdoba, al servicio del Dr. Pablo Mirizzi, eminente cirujano cordobés. Allí continuó su carrera de cirujano, salvo una etapa en que, perdiendo todo, debió renunciar junto a muchos colegas dada la exigencia de afiliación al partido gobernante imperante.

En 1956 volvió resarcido al Hospital de Clínicas donde pudo completar toda su carrera de cirujano y docente, siendo durante 15 años Jefe del Departamento de Cirugía Experimental, haciendo entrenamiento y formación de cirujanos.

Simultáneamente se desempeñó como Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital Aeronáutico de Córdoba entre los años 1960-1969 y Jefe de Cirugía de la Sociedad Española de Córdoba, Hospital Español, durante los años 1970-1994, y Cirujano Consultor del Servicio de Cirugía del Hospital Tránsito Cáceres de Allende, desde 1985 hasta la fecha.

A Martínez Marull siempre le gustó el deporte, en especial el fútbol y también la esgrima (habiendo sido subcampeón de florete



allá por esos tiempos). Le gusta la música clásica y la española, y además es un lector diario de medicina, arte, literatura e historia.

Tiene 4 hijos y 8 nietos de su primer matrimonio con Marta Lascano, quien falleció de una cruel enfermedad. Rehizo su vida matrimonial con una persona encantadora que es María Teresa Panetta, Tere para los que la conocemos y queremos mucho, y con quien lleva 26 años de casado.

Me resulta difícil hacer un resumen de la actividad científica, docente y académica del Dr. Martínez Marull, dada su intensa labor desarrollada.

Doctor en Medicina y Cirugía con su Tesis Doctoral “Esplenopografía”. Profesor Titular de Cirugía por concurso en 1985 y Profesor Emérito de la Universidad Nacional de Córdoba en 1997, cargo que se da de por vida.

Fue Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba en el año 1992. Miembro de 18 sociedades científicas, entre otras. Miembro Titular de la Association Francaise de Chirurgie, Fellow del American Collage of Surgenos, Miembro Titular de la Societe Internationalle de Chirurgie, Miembro de Número de la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba a la que presidió en el período 2001-2003 y también Presidente de la Asociación de Cirugía de Córdoba.

En Buenos Aires es Miembro Correspondiente Nacional de la Academia Nacional de Medicina. Ha presidido la Sociedad Argentina de Cirugía y el 64 Congreso Argentino de Cirugía, siendo designado en el 2002, Cirujano Maestro. Últimamente en el período 2006 presidió la Academia Argentina de Cirugía.

Ha integrado el Tribunal de Ética del Consejo de Médicos de la provincia de Córdoba y miembro de la Comisión Directiva del Consejo de Ética en Medicina CAEEM, como así también miembro fundador de la Sociedad de Bioética de Córdoba. Sería

muy largo seguir extendiéndome en la actividad curricular del Dr. Martínez Marull autor de 120 trabajos científicos, de tres libros nacionales y un libro internacional. Participación en 98 Congresos Nacionales e Internacionales de los que presidió en 9 oportunidades, con numerosos viajes de perfeccionamiento al exterior que lo hizo en 22 oportunidades desde 1963 al 2000.

Nació en Córdoba, tierra que ha dado frutos de creatividad y talento. Belisario Roldán, Arturo Capdevilla, Leopoldo Lugones, tanto como para nombrar alguno de sus hijos y dentro del ámbito de la medicina no se pueden omitir nombres como los de Pablo Mirizzi, Juan Martín Allende, Jorge Orgaz entre tantos que precedieron a nuestro homenajeado. Talentos que dieron brillo a la Medicina Argentina y que han traspasado las fronteras de nuestro país. No puedo dejar de evocar al Académico Dr. Pedro Frías, eximio jurista con quien tengo el privilegio de departir los plenarios en esta Academia de Ciencias Morales y Políticas.

Pero, hay algo que quiero remarcar en la persona y actividad de Martínez Marull, su dedicación y profundo conocimiento en la Educación Médica, de lo que nos ha de hablar esta tarde, que lo llevó a ser Fundador del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, creado bajo la tutela de la Academia Nacional de Medicina en el año 1990, continuando en la actualidad como miembro asesor de dicho Consejo. Al mismo tiempo de ser par evaluador externo de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), lo que lo ha llevado a recibir entre muchos otros, el Premio “Cómo formar a un cirujano”, otorgado por la Asociación Española de Córdoba.

Señor Presidente de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas, académico Dr. Gregorio Badeni:

Para finalizar, permitidme que emplee palabras que en una emotiva ceremonia, al asumir yo como miembro de la Academia

del Plata, pronunció mi Maestro en la Medicina, el académico Julio Uriburu.

Académico Alfredo Martínez Marull:

En el desempeño de vuestras tareas os habéis dedicado a múltiples aspectos y en todos ellos habéis llegado, por propios méritos a elevadas posiciones.

Y, ahora en lo académico, tras haber merecido un sitial en las Academias de Ciencias Médicas de Córdoba, y en la Academia Nacional de Medicina, llegais a otra, a la Academia de Ciencias Morales y Políticas, honroso triunfo que habéis logrado, no por azar, no por favoritismos, no porque lo hayais buscado, sino por la valoración de toda una vida puesta al servicio de la Ciencia, de la Patria, de la humana labor de atender enfermos, de enseñar y formar discípulos y por vuestra profunda fe en Dios.

Consciente de la responsabilidad que asumo, la he aceptado gustoso pues, a través de la fraterna amistad que nos une, conozco vuestra capacidad y hombría de bien. Puedo estar tranquilo y seguro que cumplireis con vuestra investidura académica, para honra de vuestros ancestros, para satisfacción de vuestra mujer e hijos, y para brillo de la Academia de Ciencias Morales y Políticas que hoy os acoge con júbilo en su seno. Bienvenido Alfredo a nuestra querida Academia de Ciencias Morales y Políticas.



## **CAMBIOS Y DESAFÍOS EN EDUCACIÓN MÉDICA**

Por el académico correspondiente  
DR. ALFREDO MARTÍNEZ MARULL

En primer lugar, quiero expresar a cada uno de Ustedes mi reconocimiento por su presencia que constituye, para mí, una especial distinción.

Mis palabras reflejan ese mismo sentimiento, el de la gratitud, y están influidas por la emoción.

Es gratitud hacia el académico Leonardo McLean, quien me ha introducido a esta prestigiosa academia. Me une a él una amistad nacida en la identidad de principios y valores de vida así como en el ejercicio de una medicina centrada en la responsabilidad y el respeto. Sus palabras de presentación no hacen sino reflejar esa amistad y nuestro fraternal afecto.

Gratitud también al Académico Pedro José Frías, ejemplo de honorabilidad y sabiduría, un amigo a quien, respetuosamente y por especiales razones, pedí se exima de leer su mensaje de salutación ya entregado al Dr. McLean para su comentario.

Gratitud a esta Academia de tan larga tradición en las ciencias que regulan la vida en sociedad y que hoy me brinda tan cálida y expresiva recepción.

Gratitud, en fin, para mi esposa, nuestra familia y los amigos que, junto a los integrantes de la mesa de los miércoles, como siempre, me acompañan con cariño. Gratitud también al académico Vicente Gutiérrez por su invaluable apoyo en la tarea.

En este clima de sinceramiento, permítanme recordar una emoción postergada, comparable a los sueños de un niño frente al escaparate de la juguetería.

Hace muchos años, esa vidriera fue para mí la biblioteca de Juan Martín Allende, señor de la cirugía, admirado como persona y como universitario y de quien siempre recibí paternal cariño. Allí solíamos leer temas de interés político y social publicados en los anales de esta Academia.

Eran escritos basados en los estilos del buen pensar, del buen decir y del buen obrar, en los que la convivencia se custodiada con la moral y las leyes; el honor se defendía con la conducta personal y el bien común se sustentaba en las más puras ideas de la austeridad republicana.

Como el niño de esos sueños nació una ilusión, transformada hoy en emoción, al sentirme rodeado de esa historia y experimentar el honor de ocupar esta tribuna habituada al análisis de temas de interés mundial y de aquellos que influyen en nuestra vida en sociedad.

Decía Osvaldo Loudet, que las academias son ambientes especiales de estudio y participación de quienes están impacientes por aproximarse a la verdad. Por eso, adquieren especial trascendencia cuando nos rodean y agobian estilos de vida fugados de la historia, cuando el pragmatismo reemplaza a la racionalidad, la ética parece anacrónica, la bondad se considera estólida y la irresponsabilidad se viste de coraje e intrepidez. En fin, cuando

la sociedad termina por ser avasallada por mesiánicos personajes preñados de inmoralidades y permisividades. Casi pareciera necesario asumir esa realidad no deseada y provista de buenas dosis de tolerancia, buscar reencontrarse en la historia perdida, con la raíz de la relación hombre-sociedad-cultura.

Quizás, al igual que lo hicieran aquellos ilusos del pasado, haya que volver a creer en la utilidad del **remedio de la educación**, como sustento del progreso moral y material de la sociedad. Es mediante la educación como se conforma la buena persona y como se previenen vicios y delitos. Desgraciadamente, la educación no se hereda, solo se la adquiere mediante el ejemplo, el estudio y el sacrificio.

Me propongo analizar ante los Señores Académicos el panorama de la formación de los profesionales médicos en la Argentina.

Lo hago en base a lo que considero de mayor relevancia en las nuevas propuestas y rescatando las vivencias de quienes asumimos y ejercimos responsabilidades de conducción, movilizan-do ideas aunque sin lograr soluciones de fondo a pesar de exhibir la verdad y asumir una responsabilidad educativa aun a costa de enfrentar otros intereses y especulaciones políticas.

Es cierto que, con frecuencia, los universitarios eludimos compromisos o parecemos integrar un jurado o estar en una platea, esperanzados en que algún especialista de patología social nos prescriba **aquel remedio que dejamos de tomar**.

**La verdad nunca mancha los labios de quien la dice sino la conciencia de quien la oculta.** Al amparo de ese pensamiento de Quevedo inscribo este análisis que considero pertinente a este ámbito académico. En esta cuestión se entrelazan problemas que vinculan a los principios éticos con la política educativa. Desde esa óptica –la ética y la política– he de formular algunos interrogantes sin la pretensión de responderlos sino con el propósito de trazar un panorama de la situación actual, de promover la re-

flexión y de estimular los cambios, en el intento siempre reiterado de reemplazar la crítica por la propuesta.

C. Gordon Scorer<sup>(1)</sup> en su libro “Problemas éticos en medicina” destaca que *“en cualquier sociedad estable y abierta al progreso, debe existir un acuerdo general sobre lo que es correcto o equivocado en el comportamiento humano, una base del orden que se relaciona con los valores de la convivencia, con la conservación y protección de la vida, el respeto a la familia, a la persona y a la propiedad”*.

**Por eso, una promesa debe ser cumplida, un servicio debe retribuirse y un daño debe repararse.**

Es a partir de estos principios y valores que se han ido diferenciando y expandiendo los conceptos de lo correcto y lo incorrecto.

Así, cuando se elige hacer lo correcto, se está tomando una decisión moral, una costumbre del comportamiento.

La ética, si bien también es costumbre se relaciona más bien con los preceptos y reglas que rigen la conducta y controlan ese comportamiento moral.

Es dentro de este marco conceptual de las buenas costumbres donde es preciso formularse los interrogantes mencionados acerca de la situación actual.

### ***La Educación Básica: Bases de la construcción de la persona***

En primer lugar es preciso determinar si resulta moral reclamar la necesidad de formar “buenas personas” y no asumir la generalizada falta de compromiso familiar y social en esa misión.



Criticamos con frecuencia las fallas de de la educación pre-universitaria en el país, reconocemos que los docentes están mal retribuidos y son poco respetados en su tarea pero no siempre apoyamos debidamente sus reclamos.

¿Es moral callarse y aceptar silenciosamente la idea de que estudiar es algo fácil y divertido cuando, en realidad, se trata de un esfuerzo que demanda dedicación y sacrificio?

La crisis de la educación general constituye la base de la crisis de la educación universitaria y se refleja en los alarmantes fracasos en ocasión del ingreso universitario y, fundamentalmente en las graves anormalidades de la convivencia cotidiana, evidenciadas en los daños físicos y psíquicos que sufren los afectados<sup>(2-3)</sup>.

Por eso resulta primordial poner en evidencia la vanidad que se esconda en nuestras existencias la mayor de las veces deshumanizadas y triviales, el exceso de consumismo y materialismo.

Es preciso desterrar el disimulo de hacer mientras no se hace así, como la ambivalencia social de reclamar seguridad y orden para luego objetar los medios para lograrlo. Es, como recurrir al médico para que nos alivie y luego no querer aceptar el remedio indicado.

Sin duda, todo ello constituye el disparador de un cambio centrado en eliminar el facilismo, exigiendo orden, trabajo, estudio y dedicación del alumno así como el apoyo y control eficiente por parte de docentes competentes de tiempo completo y bien retribuido.

Formar una buena persona es responsabilidad compartida por la familia y la escuela, una tarea que proporciona la base sobre la que debe asentar la futura competencia profesional.

Desde luego, no se trata de organizar un programa de estudio sino una agenda de vida; hay que educar para que el alumno se encuentre a sí mismo y sepa qué quiere ser.

### *La crisis de los estudios universitarios superiores*

Hasta ahora, los estudios universitarios superiores proporcionan, en el mejor de los casos, las herramientas para ejercer una profesión. Sin embargo, como política educativa, se los debiera orientar a que, además de adquirir conocimientos, quienes estudian, utilicen y desarrollen su inteligencia. Inteligente y culto no es el ilustrado o informado sino quien piensa, reflexiona y confronta las ideas con los hechos. **Por ello, sigue siendo esencial reconocer la importancia de las personas como la principal fuente de desarrollo del país.**

En el caso específico de las universidades es preciso señalar que estas son instituciones generadoras de conocimientos, jerarquizadas por su misión de docencia, investigación y servicio, actividades puestas al servicio de personas que además sean profesionales idóneos y competentes<sup>(4-5-6)</sup>.

En este sentido, corresponde entonces preguntarse si la universidad debe responder por **obligación de medios**, lo que implica facilitar los recursos de estudio, por **obligación de resultados**, es decir, asegurar la formación de un buen profesional o, en realidad, por ambas. Formar una buena persona y, además, dotarla de probadas cualidades profesionales constituye, como se ha dicho, su específica misión.

### *Los orígenes de la medicina y su evolución histórica*

Para analizar las peculiaridades de la formación médica actual, es preciso remontarse a los orígenes mismos de la profesión y considerar también la evolución histórica de esa actividad. Es preciso tener presente que **“la historia de la humanidad siempre**

**se configuró con la herencia del pasado y se delineó mirando al futuro”.**

Ya en sus primeras civilizaciones el ser humano desarrolló, naturalmente, mecanismos de defensa y curación de las consecuencias físicas y psíquicas adversas de sus actividades.

Así, la medicina evolucionó desde el mito a la magia, de ella al sacerdocio, luego al arte y, más recientemente, a la ciencia y a la mecanización que resulta de la tecnología derivada de esa ciencia. En un lento y progresivo cambio, pasó del empirismo al racionalismo.

Por otra parte, el ejercicio de la medicina siempre estuvo bajo el control de normas establecidas en sus mismos orígenes, que sufrieron progresivas adaptaciones hasta alcanzar su concreción en los actuales códigos sostenidos por las organizaciones profesionales y deontológicas.

Similar evolución experimentó la educación médica que, de empírica e individual en los primeros siglos, se consolidó como enseñanza programada en la escuela médica de Salerno durante el siglo XI y en la Universidad de Montpellier en el siglo XII.

Aquellas eran corporaciones de maestros que compartían sus experiencias con alumnos que aprendían de ese modo los adelantos de las ciencias, las artes junto con los estudios filosóficos y de medicina. Más adelante, ese modelo consolidó el desarrollo de las universidades europeas orientadas a la investigación y producción científica, como la Humboldt en Alemania que constituyó durante mucho tiempo el modelo de universidad.

**En esta evolución quedó demostrado que la paciencia, el esfuerzo y el trabajo de corregir errores, constituyen factores esenciales para promover el progreso.**

*Desarrollo de la medicina y de su enseñanza*

En realidad el desarrollo explosivo de la medicina tal como hoy la conocemos comenzó a finales del siglo XIX, a partir de un mejor conocimiento de la estructura y el funcionamiento del organismo así como de los mecanismos responsables de su alteración. El establecimiento de correlaciones entre los signos y síntomas de los pacientes con esas alteraciones de la función, estableció las bases de la medicina moderna. La contribución de nuevos métodos para diagnosticar las enfermedades y los avances experimentados en su tratamiento, consolidaron el modelo médico actual. Las guerras y las catástrofes naturales también permitieron adquirir experiencia en el manejo de las personas que sufren graves traumatismos o que resultan víctimas de epidemias devastadoras.

Sin embargo, fue en el siglo XX, con la creación de los grandes centros asistenciales y los servicios docentes de las escuelas médicas universitarias cuando se estimularon los más importantes cambios en la enseñanza y el ejercicio profesional, centrados en la prestación de una medicina de calidad.

Precisamente, la crisis del modelo de una enseñanza basada más en el arte que en la ciencia médica fue lo que promovió, en los EE.UU., la búsqueda de nuevas estrategias educativas.

Fue entonces que el Consejo de Educación de la American Medical Association (AMA) junto con la Carnegie Foundation, encomendaron al destacado educador Abraham Flexner en 1908, el análisis del estado de la educación médica en el mundo de entonces <sup>(7-8)</sup>.

Es preciso recordar que en los EE.UU. el progreso de la medicina y su enseñanza estaban sustentados y apoyados económicamente por las Fundaciones Rockefeller y Carnegie. Se promovía activamente la docencia de tiempo exclusivo de quienes se habían formado en universidades europeas.

Pero la repercusión del informe Flexner, constituyó un hito en la educación médica mundial. Ese informe, **“Medical Education in the United States and Canada”** de 1910, se basó en la evaluación de las visitas que hizo su autor a las 155 escuelas de medicina de ambos países. Ese estudio generó una reacción contraria en muchos profesionales y docentes, salvo en aquellos graduados en universidades europeas. Su consecuencia fue el cierre de 124 escuelas que, además de no satisfacer las exigencias de estructura, planes de estudio, equipamiento, etc., tampoco podían garantizar la dedicación exclusiva de los docentes del área básica y del área clínica. Es esta una historia rica en anécdotas y desencuentros debido a la naturaleza de las propuestas que se formulaban y que terminaron por ser aceptadas por la Universidad de Harvard y, progresivamente, por las más importantes escuelas de medicina de ambos países y del mundo.

Sin duda, no fue fácil combatir el enciclopedismo, modificar criterios de enseñanza y aceptar la dedicación de tiempo completo a la docencia médica

Pero allí se encuentra el comienzo de la institucionalización de la educación médica y el desarrollo de sus organizaciones, los consejos de educación y de acreditación de escuelas médicas que hoy controlan la enseñanza y fiscalizan el ejercicio de la medicina.

Además, la influencia de estas organizaciones estimuló el inicio de las sociedades científicas de medicina y de cirugía que terminaron por retroalimentar la formación médica de postgrado.

Fue ese el periodo de una medicina romántica, impregnada del estilo y de la enseñanza francesa, ejercida bajo la tutela de los valores de la vida, el orden y el respeto a las leyes y normas y donde lo esencial del arte médico, eran el buen trato, nuestras manos para examinar y palpar y el entrenamiento de los sentidos para mirar y oír. Era ese un arte centrado en escuchar, pensar y razonar que, más allá de la maravilla tecnológica de la medicina

actual, sigue constituyendo la mejor manera de asistir al enfermo y ejercer la medicina.

### *La situación actual de la enseñanza de la medicina*

**Para Bernardo Houssay la “escuela médica que no investiga termina siendo una escuela técnica”** una idea central en el pensamiento del maestro que formuló ya en 1927 en el ámbito de la Universidad de Buenos Aires<sup>(9)</sup>.

La medicina, unitaria por principio, rehuye doctrinariamente su desmembramiento. La especialidad, una necesidad más impuesta por la técnica que por la doctrina, es simplemente una consecución de conocimientos, habilidades y actitudes que dotan al médico de la capacidad de cumplir, competente y responsablemente, esa actividad profesional. En realidad, a mediados del siglo XX, la profundización y complejidad del conocimiento médico obligó a la fragmentación en diversas especialidades, un proceso que aún continúa.

Desgraciadamente esos conocimientos se incorporaban de manera indiscriminada a los planes de estudio de las carreras de medicina incrementando contenidos, aumentando las tareas docentes y la simultánea reducción del tiempo de estudio.

Tan evidente fue esa realidad que, Stephen Abrahamson, filósofo y docente de la Universidad de California describió con ironía nueve “Enfermedades del currículo”: Curriculoesclerosis, Curriculoartritis, Currículo disestesia, Curriculitis iatrogénica, Curriculitis idiopática, Carcinoma del currículo, Hipertrofia del currículo, Curriculitis intercurrente, Osificación curricular, en fin, símiles de patologías inflamatorias, deformativas y degenerativas aplicados a la formación profesional<sup>(10)</sup>.

Resulta penoso reconocer que, por error, desidia o ignorancia, nos seguimos engañando acerca de las reales causas de la mala formación médica. Por un lado, están los currículos disímiles, de parcial cumplimiento y sin jerarquizar los conocimientos que el alumno debe aprender diferenciándolos de informaciones que sólo debe conocer. Por otro lado, gravitan las deficiencias en la enseñanza y en el sistema de evaluaciones, un tema relacionado con la profesionalización y de la dedicación a la docencia médica. Se genera desorientación cuando un estudiante no sabe para qué estudia lo que estudia y desconoce el por qué y el cómo lo debe hacer.

Ya nadie duda de la existencia de serias fallas en la educación médica. Para intentar superarlas debe generarse un equilibrio entre educación médica y servicio médico profesional porque el objetivo de los cambios educativos no es otro que el de asegurar la mejor atención médica a los enfermos.

Basta comparar la calidad de la medicina de medio siglo atrás, ejercida bajo los principios morales y normas profesionales con la actual organización de un sistema de prestación médica que despersonaliza tanto al médico como al enfermo o, peor aún, que está contaminado con picardías e inmoralidades de la contracultura invasora que ha dañado a la profesión.

Desgraciadamente, esa contaminación justifica la insatisfacción del paciente y en ella se sustentan las despiadadas críticas que se plantean en torno a las eventuales responsabilidades de los profesionales que han generado la industria del reclamo legal.

Nuestra sociedad vive bajo el imperativo del cambio permanente. De acuerdo con diversos informes, es predecible que el conocimiento en las ciencias permanezca relativamente estable durante 25 años mientras que solo lo hará cinco años en medicina. Esto exige una permanente revisión de nuestro saber en base a las evidencias del resultado de nuestras acciones. Se trata de actuar en

base a datos, análisis o juicios que implican valorar la experiencia ante la abundancia de textos y a los más de 400.000 artículos publicados anualmente en alrededor de 30.000 revistas médicas.

Las células que constituyen nuestro organismo mueren permanentemente de manera programada, un fenómeno que se conoce como “apoptosis”. Según Alberto Agrest, la medicina también experimenta una suerte de “apoptosis” cultural y científica donde todo se reemplaza rápidamente por algo nuevo. Surge así una clara responsabilidad de quienes deben discernir lo que debe incorporarse al currículo del grado y al del postgrado, evitando la “obesidad informativa” pues el estudiante no puede transformarse en un “envase de informaciones.”

Este estado de cosas, junto a las nuevas exigencias que plantea la sociedad, constituyen el verdadero estímulo de los cambios en la educación que la mayoría de las escuelas médicas del mundo propician, centrando los objetivos del aprendizaje en la adquisición de competencias profesionales y el desarrollo del profesionalismo en la conducta médica.

En el año 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) organizó una reunión internacional en Alma Ata, en el actual Kazajistán, en la que bajo el lema **“Salud para todos en el año 2000”** se planificó la educación médica centrada en la valiosa estrategia de la atención primaria de la salud. Sin embargo, 30 años después, ese lema, sigue describiendo una gran deuda de la humanidad.

Para Marc Lalonde, ministro de salud de Canadá, en esta década la mayor influencia en la salud es ejercida por la genética, el medio ambiente y el sistema de atención médica pero, fundamentalmente, por la forma de vivir. Para ser longevo, afirma, lo primero es haber nacido, luego cumplir el año de vida y después tener un sano estilo de vida. Esta afirmación encierra una cierta ironía ya que la mortalidad infantil aún se mide por segundos, como el chasquido de dos dedos.



El Instituto Internacional de Educación Médica creado en 1999 en Nueva York, con el consenso de todas las instituciones mundiales involucradas en la salud, incluyendo la Federación Mundial de Educación Médica (WFME), sostuvo la necesidad de formar un médico global, transnacional e integrado en base a siete principios profesionales: 1. profesionalismo y conducta ética; 2. un sólido conocimiento de los fundamentos científicos de la medicina; 3. capacidad de comunicación; 4. habilidades clínicas para diagnosticar y tratar a los pacientes; 5. conocimiento de los problemas de salud pública y del funcionamiento de los sistemas de salud; 6. un adecuado manejo de la información y 7. la habilidad de evaluar críticamente el conocimiento y la capacidad de contribuir a expandirlo<sup>(11-12)</sup>. Estos 7 principios, denominados “Requisitos globales mínimos esenciales” (R.G.M.E.) y sus 60 dimensiones incorporadas estratégicamente al currículo, configura un plan que unificará la enseñanza mundial de la medicina.

Por otra parte, en 1996, el Hastings Center de Nueva York, una reconocida institución en el campo de la bioética, en base a los resultados de una encuesta de opinión realizada en varios países, investigando qué esperan los pacientes de su médico, logró establecer cuatro principios básicos:

**“Que sea altruista, competente, habilidoso y capaz de colaborar con otros profesionales en asistir a los pacientes”.** Debe también acompañar a los pacientes hasta la muerte, su última y más trascendente misión<sup>(13)</sup>.

Con posterioridad, la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM) reunida en Santo Domingo en abril del 2006, señaló que **la mejor manera de cambiar el modo de enseñar, es cambiar la manera de evaluar.** Trató extensamente, el tema, acordando la necesidad de uniformar criterios de enseñanza y de validación académica<sup>(14)</sup>.

En esa ocasión, David Stern, presidente del Instituto Internacional de Educación Médica, destacó y privilegió la enseñanza de las patologías emergentes del milenio, señaladas en 2000 por la OMS. Señaló la diferenciación de las diez primeras causas de mortalidad en dos grupos etarios: uno de 15 a 59 años y otro de más de 60 años que suman más de 22 millones de muertes. Las tres primeras causas fueron el SIDA, afecciones cardiovasculares e infecciones pulmonares y las siguientes fueron accidentes de tránsito, violencia, auto-injuria y las catástrofes naturales. Luego siguen las afecciones malignas, otras patologías frecuentes, las regionales, a lo que debe sumarse la mortalidad infantil.

Por otra parte, con valentía, se preguntaba: ¿Se examinan las competencias en todas las facultades? ¿Qué escuela lo está haciendo? ¿Estamos graduando médicos competentes? Quizás pocas de nuestras facultades puedan afirmar que están cumpliendo estos objetivos.

### *La situación de la enseñanza de la medicina en la Argentina*

Este análisis de la evolución histórica y de la situación actual nos lleva a formular algunas consideraciones a propósito de la situación médica en nuestro país así como de nuestras propias responsabilidades morales y políticas.

¿Es moral admitir que los planes de estudio de medicina, salvo excepciones, no se cumplan por razones académicas y no académicas pero, fundamentalmente, por la escasa dedicación y la carencia de suficientes docentes de tiempo completo quienes, además, están mal retribuidos?

Entristece conocer y aceptar la realidad planteada en editoriales de prensa como uno reciente titulado “Universidad de docentes y alumnos a tiempo parcial”. Los alumnos, obligados a

compatibilizar estudio y trabajo, los docentes por verse obligados a mejorar su retribución con otra actividad.

También lo es el leer que del 80% de alumnos de las carreras de medicina, derecho, ciencias económicas, biología y humanidades, solo un 11% se gradúan en tiempo normal y que el 50% abandonan durante el primer año. O, las más recientes sobre el 25% de alumnos que no cursan la carrera donde se inscribieron lo que implica desorientación y desconocimiento de lo se que quiere ser o la preocupación que despierta el hecho de que un 25% de los alumnos inscriptos en universidades estatales y un 20% en las privadas no aprobaron ninguna materia del año anterior. O, más grave aún, que el costo de la carrera médica en el país, sea de 43.000 dólares por graduado cuando es la mitad para un estudiante japonés o alemán, sólo por el hecho de cursarla en tiempo normal. Desde luego, para modificar estas distorsiones es preciso conocer lo que ha fallado.

Uno de los problemas centrales reside en las condiciones en las que los alumnos se incorporan a los estudios universitarios. A este respecto surgen varios dilemas:

¿Es moral permitir el ingreso indiscriminado de estudiantes que tienen dificultad de expresión, no saben estudiar, pensar y razonar para encarar una carrera exigente y de gran responsabilidad sin plantear en los ámbitos específicos la necesidad de una selección por disposición intelectual?

¿Es moral apoyar el ingreso irrestricto a las escuelas de medicina sin tener en cuenta su capacidad pedagógica y la posibilidad de cumplir con la responsabilidad de graduar un profesional competente? ¿Lo es tener conciencia de esa distorsión sin asumir un serio compromiso sobre ello?

**A este respecto, como afirma Jorge Vanossi a propósito de otras esferas del quehacer nacional, también nos debemos un “shock de sinceramiento.”**

Obviamente, resulta primordial adecuar el número de alumnos a la capacidad pedagógica de cada facultad como también garantizar que los estudiantes que ingresen posean la capacidad de pensar y razonar. Quizás, debemos progresar volviendo al progreso del pasado.

Constituye un engaño seguir proclamando el derecho a ingresar sin destacar la obligación de aprender, debilitando la responsabilidad universitaria de graduar profesionales responsables y capacitados.

**Porque si los derechos a ingresar no deben ser conculcados, tampoco lo debería ser la obligación de graduar un buen médico. El ingreso irrestricto debe tener como necesaria contrapartida el egreso capacitado, dos caras de una misma moneda.**

**Además, la medicina no es sólo cuestión del aspirante a médico o del profesional y de las facultades de medicina sino también una cuestión de interés social sobre la salud, atendiendo la necesidad de garantizar la calidad y, por ende, la seguridad. Un tema moral y una cuestión política.**

Hay quienes sostienen que faltan médicos en el país. De ser correcta esa afirmación, se deberían crear más facultades de medicina ya que las actuales, especialmente, las de gestión estatal, están superadas en su capacidad para formar buenos profesionales.

Por eso resulta vital difundir información sobre estudios universitarios, seleccionables por campo de acción, limitaciones y dificultades de inserción profesional y costos económicos específicos, más que por la gratuidad de la enseñanza. Demasiadas veces, las elecciones equivocadas terminan en la frustración de no lograr la anhelada jerarquización social.

Ana Lúcia Gazzola de la IESALC-Unesco, en oportunidad de la reciente reunión de rectores de universidades latinoamericana-

nas realizada en agosto de 2007 en Belo Horizonte, reclamó la necesidad de potenciar la investigación además de la transmisión del conocimiento citando el texto de un distinguido docente de Haití que expresó: **“Somos tan miserables que no podemos darnos el lujo de ser mediocres”**<sup>(15)</sup>.

Existen hoy en la Argentina más de 100 universidades y más de 30 escuelas médicas, la mayoría de gestión privada. En ellas el ingreso es limitado, no siempre selectivo, pero condicionado a la capacidad económica del alumno y, a veces, lamentablemente, ligado al negocio educativo. Las de gestión pública, estatales, salvo excepciones, mantienen el ingreso irrestricto aunque, a través de distintos mecanismos realizan alguna selección.

Resulta imperioso que la Argentina sincere un padrón de más de 200.000 médicos. Se gradúan alrededor de 4.500 médicos por año pero se cuenta con solo 1.500 plazas para realizar la formación de postgrado mediante las residencias, el sistema universalmente aceptado para completar los estudios médicos.

Cabe pues interrogarse si es moral que desde la más alta autoridad de salud del país se diga que existe un exceso de médicos, corroborar el dato y no reclamar soluciones. ¿Es moral reconocer que la sociedad en general prefiere la atención del especialista en vez de la del médico generalista y no modificar esa irracional tendencia asegurando una buena formación del futuro graduado?

¿Es moral conocer estas realidades y seguir graduando médicos de esa manera? Si la responsabilidad universitaria supone obligación de resultados, ¿quién asume la de otorgar los diplomas de graduación y de habilitación a aquellos cuyas capacidades y competencias prácticamente se desconocen?

Todas estas consideraciones finalmente se diluyen en un conjunto de indefiniciones de quienes, siendo responsables, han sentido temor de tributar los costos políticos de exponer la reali-

dad de la situación. No saber, no querer, no poder, es para Alberto Agrest el estilo del fracaso de muchos responsables ligados a esta grave problemática. Parecerían no advertir que la salud de la sociedad sigue siendo una responsabilidad primaria de la universidad que la ejerce graduando médicos competentes.

**Así, quien firma la aprobación de una asignatura o quien expide un diploma de médico debiera ser personalmente responsable de la existencia de tales competencias**

En el mismo sentido general de las reflexiones expuestas, se expidió una institución de alta jerarquía institucional como la Academia Nacional de Medicina que, en su declaración de noviembre de 2000 señaló:

**“Es alarmante la deserción de alumnos en los primeros años de escuelas médicas estatales. Hacen falta eficientes y suficientes ambientes hospitalarios consultorios y laboratorios para la enseñanza de la práctica médica. Debe desterrarse el facilismo y correlacionarse el número de alumnos a la capacidad pedagógica de la facultad. Actualizar los planes de estudio en las patologías prevalentes y la geografía médica. Debe corregirse la insuficiente y deficiente dedicación del claustro docente y respetarse la autonomía universitaria.”**

Salvo excepciones, los ciclos de conocimientos básicos y clínicos de las carreras de medicina no están aún debidamente integrados ni adecuados a la estrategia de resolución de problemas. Esta se basa en la alternativa de integrar conocimientos en base al razonamiento, lo que evita la frecuente repetición de conceptos no pocas veces contradictorios.

Además las conferencias y las clases magistrales están siendo reemplazadas por los diálogos y las consultas grabadas, lo que facilitan la observación crítica y el intercambio de opiniones entre los alumnos presentes y su repetición para los ausentes. Sin em-

bargo, se siguen evaluando conocimientos en vez de competencias y los tribunales se desintegran frente a la cantidad de alumnos a examinar.

Por estas razones es preciso volver al estudio progresivo, a la asimilación razonada del conocimiento y a la evaluación anual oportuna. Verificar si el alumno es capaz de aplicar a la realidad lo que sabe, constituye una obligación docente asumida como responsabilidad intransferible de la universidad<sup>(16)</sup>.

**Saber lo que se hace es sabiduría. Saber como hacerlo es inteligencia.**

**Hacerlo, y bien, es competencia. Saber hacer es mucho más que saber cómo hacer, porque no es lo mismo hacer un violín que saber tocarlo.**

La situación práctica de los estudios médicos nos lleva a formular otro interrogante: ¿Es moral saber que las prácticas médicas debido a la cantidad de alumnos no se realizan con enfermos y no solicitar en cambio la alternativa de los simuladores tanto para el grado como el postgrado? Si la responsabilidad universitaria es de obligación de medios, ¿quién asume entonces, la de su carencia?

No hace mucho, en 2006, la Asociación de Facultades de Medicina de la Republica Argentina (AFACIMERA), resolvió adecuar el contenido curricular a las necesidades de la atención primaria de la salud que, si bien no debiera diferir del médico general de siempre, hoy implica replantear cómo y dónde aprender y practicar las competencias profesionales. Centrar la enseñanza en la atención primaria de la salud no significa formar un técnico sanitario como algunos sostienen, sino un médico capaz de resolver el manejo inicial de emergencias, urgencias y patologías prevalentes en el marco de un ejercicio médico humanístico.

“Aprender haciendo” en la etapa de estudios básicos demanda instrumental y aparatos pero, en el área clínica implica pacien-

tes para vivenciar ejercicios médicos, un difícil objetivo, no solo por el exceso de alumnos sino porque además, resulta moralmente impracticable **frente a los derechos de quienes sufren las consecuencias de su enfermedad y se ven expuestos a posibles abusos al servir de instrumento para enseñar.**

Felizmente, estas falencias se están superando hoy mediante el empleo de simuladores y la realidad virtual que permiten reproducir y repetir con realismo, esas vivencias hasta asimilarlas. Un esfuerzo económico del Estado destinado a adquirirlos y mantenerlos en funcionamiento constituye el único medio para desarrollar las competencias profesionales del grado y el postgrado.

No obstante, como decía Mariano Castex, el verdadero libro para aprender medicina es el enfermo dado que cada uno es la expresión distinta de una misma patología. La enfermedad, como el espejo, refleja imágenes que sólo descubre quien aprendió a mirar y a ver, una experiencia abonada con errores que el tiempo va corrigiendo. Por otra parte, es importante estimular el pensamiento crítico del alumno ante lo que Gruemberg denomina los “fracasos del éxito”: prolongación indebida de la vida, encarnizamiento terapéutico, incremento de patologías crónicas incurables y desde luego incumplimiento de los principios bioéticos.

De allí la importancia de la introducción de la enseñanza de la bioética, ese puente entre la ciencia médica y la humanidad, entre el saber, la revolución tecnológica y la progresiva deshumanización del ejercicio médico. Aquí, los criterios contrapuestos sobre lo que debe o no hacerse, son temas complejos que dependen de una sólida formación científica, humanística, ética y de un “baño de filosofía” como se estila actualmente.

Varias generaciones médicas nos formamos sin estudiar formalmente ética en la universidad. Simplemente, aprendíamos del ejemplo y de las costumbres de una atención médica centrada en el respeto al enfermo.



Por ello, vale preguntarse si este énfasis actual en el estudio de la ética resulta de deficiencias en los valores de vida de los estudiantes o de las carencias de quienes debemos enseñar con el ejemplo. Lamentablemente, más allá de las naturales excepciones, contribuyen ambos factores. La actual crisis de la ética esta unida al quebranto moral de la sociedad contemporánea ya que, lo que está en crisis, son los valores de la persona debido al hecho de que impera un reduccionismo intelectual que ahoga la vida personal y anula el entusiasmo.

Nuestras Facultades de Medicina, a través de la AFACIMERA, han planificado cinco años de carrera, currículos concretos con información adecuada, más tiempo para estudiar, pensar y razonar privilegiando el autoaprendizaje y una enseñanza basada en la resolución de problemas. Además, se agrega un año de práctica final obligatoria destinada a consolidar competencias y desarrollar el profesionalismo y la empatía profesional por medio de contenidos humanísticos que enriquezcan la conducta profesional.

**En última instancia la vida de las personas, comprometida por emergencias y urgencias médicas o por patologías prevalentes, depende de esas competencias. Por ello resulta inadmisibles que un médico no sepa reanimar una vida o resolver con rapidez y eficacia la orientación diagnóstica ante una situación de urgencia.**

### *El postgrado: etapa capital en la formación del médico*

El problema de la formación médica no culmina con los estudios de grado. El título de médico no es suficiente para enfrentar de manera independiente a un paciente. Luego de registrar su título, el médico puede optar por ejercer e ingresar al sistema de educación médica continua para mantener su idoneidad con eva-

luación periódica de sus competencias a cargo de entes reconocidos o ingresar al sistema de educación médica de postgrado en alguna residencia y o de carrera de especialización.

A esta formación de postgrado se aplican muchas de las consideraciones ya realizadas a propósito de la educación de grado. Efectivamente, tanto en el doctorado como en las maestrías y las especializaciones se requieren cambios de programas y contenidos, una cuidadosa selección y mayor dedicación de los docentes, habilitación de los centros de formación cuya capacidad debe estar adecuada al número de alumnos así como sistemas de evaluación responsables.

El sistema de residencias médicas, creado por William Halsted en 1910, en el Johns Hopkins Hospital de los EE.UU., suponía, como lo sigue haciendo, capacitación en servicio, enseñanza programada y supervisada, dedicación exclusiva y delegación progresiva de responsabilidades crecientes.

En cirugía, el principio era mirar, ayudar y hacer; una rígida y exclusiva disciplina de cinco años que exigía residir en el hospital e incluso, se desalentaba el matrimonio. Este sistema, que se ha ido adaptando a la evolución social, continúa proporcionando la mejor formación en cada especialidad.

En la Argentina sus antecedentes fueron la creación del cargo de médico residente externo en 1946 por Tiburcio Padilla en el Instituto de Semiología del Hospital de Clínicas de Buenos Aires y la residencia de cirugía que, en 1952, Augusto Moreno implantó en el Hospital de Lanús<sup>(13)</sup>.

La concreción definitiva de las residencias, fue resultado del esfuerzo, entre otros, de Mario Brea y Andrés Santos quienes, en 1956, las institucionalizaron y extendieron en el país.

Antes, aprender cirugía suponía una década de estudio. En la actualidad, en una buena residencia, basta con la mitad de tiempo.

Pero hoy las residencias en todo el mundo se encuentran bajo la influencia de tres grandes realidades que alteran sus principios: profundos cambios generacionales y culturales, transformaciones de los regímenes laborales y la feminización de la medicina. Estas cuestiones han sido tratadas in extenso en numerosas publicaciones, entre las que cabe citar al trabajo sobre **“Educación quirúrgica para médicos graduados. Un nuevo comienzo”** realizado bajo la dirección de Jon Morris, del Hospital Universitario de Pennsylvania<sup>(17)</sup>.

Como se ha señalado, hace unos años la formación médica y su ejercicio implicaban dedicación plena y absoluta: lo primero era la medicina, su estudio y ejercicio mientras que la familia y lo social quedaban relegados al tiempo restante disponible. Hoy, en cambio, ha aumentado el respeto a la individualidad personal, familiar y social, lo que obliga a reducir los tiempos de estudio y aprendizaje o, como alternativa, prolongar la carrera para mantener el nivel del programa educativo.

Otro factor que ejerce una importante influencia es el régimen laboral con dedicación exclusiva a la residencia, a la que se han debido reducir horas suprimiendo actividades y guardias voluntarias y fuera de programa que habitualmente cumplía un residente en su afán de progreso, lo que lo llevó a ser considerado como “mano de obra barata.”

Un hito importante en esta historia de cambios fue la muerte de Libby Zion en 1984 en la guardia del Hospital de la Cornell University en Nueva York, donde fue atendida por residentes de primer año.

Terminó en un juicio de mala práctica debido a errores ligados a impericias, imprudencia y fallas relacionadas a exceso de trabajo y sin descanso de los residentes. La justicia, además de entender los aspectos legales, estableció cinco recomendaciones. Entre ellas, la necesidad de supervisión del residente por alguien

de mayor jerarquía y la limitación de horas de trabajo consecutivas. Así nacieron las regulaciones propuestas por la comisión presidida por el Dr. Bertrand Bell que instala esa supervisión del residente bajo el control del tutor responsable y regulándole 80 horas de trabajo semanales, estableciendo al mismo tiempo un régimen de guardias y descansos. Esas normas se difundieron y aplicaron paulatinamente en todo el mundo.

La implantación de estas reformas no resultó sencilla: a partir de 1987 se cumplieron parcialmente y recién en 1989 se generalizaron mediante la asignación de un presupuesto de 200 millones de dólares destinado a contratar al personal reemplazante de tareas.

No obstante ello, la Association of American Medical Colleges, el Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) y la rama quirúrgica del American Medical Board Specialties respectivamente, continuaban objetando esas prácticas y solicitaban su aplicación gradual, mayor tiempo libre para el residente y la necesidad de evitar la terminología grotesca en las críticas.

La controversia se mantuvo durante varios años pues solo en 2002 el tema alcanzó nivel nacional y fue entonces cuando la ACGME aceptó las horas de trabajo, las actividades de guardia, la supervisión del programa y las excepciones establecidas. Estas tres realidades tuvieron dos importantes consecuencias: por un lado la necesidad de designar médicos y enfermeras para reemplazar tareas que hacía un residente lo que, en EEUU, implicó una erogación de 50 millones de dólares anuales y por el otro la necesidad de un cambio curricular disminuyendo los contenidos de la enseñanza o prolongando los tiempos para cumplir el antiguo programa.

La reducción de horas laborales para evitar errores médicos y la mejor formación de los profesionales estimularon la creación

de centros de entrenamientos equipados con simuladores, cajas de entrenamiento, instrumental móvil y la realidad virtual.

En la actualidad se advierte una cierta falta de interés entre los profesionales por dedicarse a ciertas especialidades debido a una mayor exigencia profesional, a insatisfacciones y limitaciones económicas y, una razón no menos importante, al incremento de los juicios de mala práctica que, en general, han desalentado la elección de especialidades quirúrgicas como lo demuestran las plazas de residencias vacantes en varios centros de cirugía mundial.

El American Board of Surgery (ABS), valorizando ese planteo, reclamó además una nueva definición de la cirugía general frente a esta situación laboral y profesional y propuso residencias de cirugía general de tres años comunes para todas las especialidades quirúrgicas y dos años específicos de cada una, es decir, cinco años incluso para certificar cirugía general, un debate aún incipiente entre nosotros.

La tercera influencia mencionada es la feminización de la medicina con cifras mayores al 50 % lo que, dada la condición social de la mujer como madre, gravita en la adecuada formación médica. Si bien la medicina no discrimina tareas por género al menos obliga o debiera obligar a la compensación del aprendizaje de las competencias postergadas por esas legítimas razones. Más allá de reconocer que contamos con prestigiosas médicas, es difícil compatibilizar el papel de madre con la práctica de especialidades exigentes, algo que sólo debe analizarse bajo el contexto de una responsable certificación de idoneidades y competencias. De todas maneras, no se debe atentar contra los derechos individuales de la mujer sino poner en práctica mecanismos de solución a esta realidad.

Pero, si en el caso de los estudios de grado resulta importante definir si el título es académico o habilitante, el postgrado garantiza competencias específicas que dependen de la capacidad del centro formador y del número de experiencias repetidas como

entrenamiento y, desde luego, del nivel y responsabilidad del cuerpo docente en la evaluación.

En este nivel como en el grado, lo trascendente es la acreditación del centro formador, los programas de formación específica, el personal docente y el sistema de evaluación.

Los países con más experiencia en estas cuestiones como los EE.UU., Canadá y los integrantes de la UE, mantienen ese exigente control desde los consejos generales y específicos de cada especialidad, los consejos de acreditación de instituciones hospitalarias de educación médica y los mecanismos de certificación y recertificación profesional, controles más orientados a la protección del enfermo que a la honra profesional.

Se trata de un sistema voluntario, realizado por pares que exigen haber cumplido una residencia garantizada y de evaluaciones asentadas en el registro individual que todo residente debe tener donde se documentan las actividades cumplidas como la formación asistencial, científica y humanística.

En Argentina, el antecedente más importante lo constituye la descentralización generada por la ley 17.132 de 1967 en su artículo 25 y el decreto reglamentario 6.216 que delegó a las provincias el control de ejercicio de la medicina a través de sus colegios de ley. El desarrollo de las especialidades desde las sociedades científicas de nivel nacional y provincial y la consolidación de los consejos de certificación y recertificación nacionales y provinciales, completan el sistema.

Aquí los problemas son similares al grado. Ciertamente, más allá de la importancia del sistema que integra a todas estas instituciones se destacan con perfiles propios y definidos el CCPM (Consejo de Certificación de Profesionales Médicos) nacido y tutelado por la Academia Nacional de Medicina, el sistema de Recertificación de la Asociación Médica Argentina y la ACAP. (Asociación Civil para la Acreditación de Programas de Educación Médica

de Postgrado en la República Argentina) que han intensificado y normanizado la evaluación en tres instancias fundamentales: 1º, acreditación del espacio de formación; 2º, desarrollo y control del aprendizaje; 3º, certificación del egresado del proceso. Ello representa brevemente la seriedad y responsabilidad del sistema y especialmente su aplicación estricta para garantizar los resultados.

Mas allá de la tendencia a unificar programas y criterios de evaluación en los postgrados, sean estos universitarios o extrauniversitarios, existen entre ellos importantes diferencias puesto que algunos sólo son cursos teóricos sin prácticas de competencia en servicios capacitados donde habitualmente **se enseña y aprende lo que se hace en ese ambiente o servicio**. Sin duda, es el sistema de certificación y recertificación profesional lo que garantizará la calidad profesional.

Por estas razones impresiona como valiosa la convocatoria de la Resolución N° 1105 del 27 de julio del 2006 del Ministerio de Salud de la Nación impulsando a todas las instituciones y organizaciones médicas de educación, acreditación, fiscalización, certificación y colegiación a concretar un sistema nacional de acreditación de residencias basado en un registro único preservando el modelo del equipo formador, es decir, recursos, programas de conocimientos y competencias, régimen laboral no mayor de 40 horas un sistema de guardias y descansos y el adecuado registro de todas las actividades.

Además, centra esa tarea en la planificación de estándares de evaluaciones y en la necesidad de homogeneizar la certificación y la recertificación, armonizando criterios de ejercicio profesional y mecanismos de validación nacional, necesidades elementales para unificar racionalmente los criterios de formación médica y los sistemas de control del ejercicio profesional de la medicina en todo el territorio nacional.

Porque: ¿es moral tener conocimiento del hecho de que los programas de residencias y de carreras de especialistas no son

homogéneos y que existen centros de formación que no satisfacen las exigencias sobre cuerpo docente, control de enseñanza y evaluación sin reclamar a quien corresponde? ¿Es moral carecer de mecanismos de seguimiento de los graduados, como objetivo fundamental para el control de la educación?

Por encima de la casi natural dificultad de integración de tantas instituciones y representantes, quizás resultaría trascendente convalidar definitivamente una verdadera política de estado en la formación de los recursos humanos de la salud con la participación de las instituciones competentes y con capacidad de analizar las experiencias negativas de las políticas parciales y coyunturales que siempre nos anclaron en el atraso.

Es importante asegurar la estabilidad de esa integración institucional y su real participación en la concreción de esa política de estado gestionándola desde entes autárquicos y o privados, creados por ley nacional, pero preservando su independencia de los vaivenes políticos y de los sesgos ideológicos de cada gobierno.

De los 4.500 médicos graduados al año, solo la mitad pueden insertarse en una residencia, una carrera de especialización o una labor de investigación. Los restantes estarán más expuestos al error médico con las consecuencias legales que ello implica.

Hoy, según datos del Observatorio del Ministerio de Salud de la Nación, la graduación médica anual llega casi a 6000 profesionales y las residencias a alrededor de 3.400 que, si bien de estar estrictamente evaluadas y acreditadas mejorarán la realidad planteada, mantienen las insuficiencias a la mitad de lo necesario. Obviamente, mas allá del exceso que ese ministerio planteó oportunamente.

Por eso corresponde preguntarse: ¿Es moral graduar más de 5.000 médicos al año y no informar debidamente que las plazas de residencias y las carreras de especialización, con mucha menor oferta, son los únicos medios que permiten lograr la idoneidad en la formación en las distintas especialidades?



Por otra parte no puede soslayarse el comentario sobre el exceso de indicaciones de los recursos tecnológicos diagnósticos y/o terapéuticos debido al ejercicio de la medicina defensiva frente a presiones y al temor a los juicios de mala práctica.

Recordemos que el mejor tratamiento de la estolidez sigue siendo la ironía y por ello quizás tengan razón quienes sostienen que faltan médicos en el país, porque en realidad, lo que sobra son personas con título de médico.

Sin embargo, a pesar de las insuficiencias formativas señaladas, la mayoría de los profesionales desarrolla la autolimitación y así, lentamente ingresan al progreso de la experiencia y de las interconsultas entre los colegas más formados, un signo de responsabilidad profesional.

Un tema gravitante es la necesaria diferencia biológica del docente. El de grado exige dedicación exclusiva; ser profesor joven con tiempo y en pleno desarrollo de su experiencia. El de postgrado, debe transmitir esa experiencia para formar un especialista; lo contrario se asemejaría a una mala inversión de recursos docentes.

### *Los desafíos futuros de la formación médica*

Al cabo de esta visión panorámica, corresponde señalar que el nuevo perfil médico, los estándares de evaluación institucional y la auto-evaluación de las unidades académicas propuestos por la AFACIMERA y debatida en las comunidades docentes de cada facultad de medicina, junto a los informes de acreditación de ellas realizados por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) fueron en la última década los

promotores de un cambio que, si bien está en curso, ejercerá sin duda en nuestra educación médica, efectos comparables a los del informe Flexner en los EE.UU. a comienzos del siglo XX.

Por otra parte, en este análisis se debe contemplar también la nueva realidad que representa la unidad regional del MERCOSUR. En este caso no basta la voluntad de integración de los países firmantes sino que resulta imperiosa la corrección de las diversas y conocidas asimetrías en la educación general y médica en particular, un lento proceso aún en curso. A este respecto, resulta trascendente la experiencia de la Unión Europea, una región de 45 países y de 450 millones de habitantes, consustanciados en la formación de un “buen ciudadano de Europa”, respetando culturas regionales pero basados en una ley fundamental de convivencia.

Es el resultado de más de 50 años de renunciamientos que están permitiendo lograr una identidad regional donde la enseñanza y ejercicio de la medicina están asegurados por la similitud de programas y de evaluaciones así como por el objetivo del Consejo de Acreditación Europea que ha estandarizado un diploma de ejercicio profesional, una entidad similar al Accreditation Council of Graduate Medical Education (ACGME) de los EE.UU. que tiene ya una larga tradición en el establecimiento de las competencias exigibles al graduado. Es este un sustancial objetivo para lograr nuestra eventual integración regional.

Estas consideraciones son, en su mayor parte, consecuencia de las que en 1988 tuve el honor de presentar ante el “64º Congreso Argentino de Cirugía” en mi carácter de relator oficial del tema “Responsabilidad ética y jurídica de las instituciones médicas”. Precisamente, en el capítulo sobre responsabilidad universitaria, planteé ¿en que número, cómo y dónde se van a formar los médicos?<sup>(9)</sup>. Desde luego, como se ha señalado, es la expuesta una visión panorámica y seguramente han quedado sin tratar muchos otros problemas que plantea la formación de los médicos.

En síntesis, habría que estimular el ingreso del alumno seleccionado por su formación previa e incorporado de acuerdo con la capacidad de la escuela, la promoción del autoaprendizaje, la selección de los contenidos curriculares de acuerdo con los objetivos, el espacio para un currículo abierto, el aprendizaje dentro y fuera de las instituciones asistenciales, la promoción del trabajo en equipo y la evaluación de competencias frente a enfermos o problemas. Asimismo, se debería contar con el adecuado equilibrio entre docentes jóvenes y experimentados, profesionalizados, con dedicación de tiempo completo y retribuidos adecuadamente<sup>(18)</sup>.

**Andrés Santos decía: “Lo que el país necesita. Lo que la sociedad espera. Lo que la universidad puede. Lo que el alumno aspira.”**

La única manera de asegurar idoneidad del graduado en el ejercicio de su profesión, es garantizar una evaluación responsable e integral antes de titularlo. Sin duda, es esa la más importante gestión universitaria.

Finalmente, desearía plantear un interrogante que resume todos los anteriores a propósito de la educación médica cuyas características principales he tratado de analizar brevemente. Deberíamos preguntarnos en relación a esta cuestión si es moral advertir este conjunto de calamidades sin plantear o proponer soluciones de fondo ante las autoridades competentes de cada universidad o del gobierno. ¿Será necesario que quienes nos sentimos involucrados al reclamar soluciones nos sumemos a la práctica de organizar piquetes para forzar la solución de un problema que nos atañe a todos?

Es nuestra responsabilidad comprender los nuevos desafíos de esta educación. Ello supone enfrentar dificultades, estudiar y adaptar los cambios propuestos por diversas instituciones médicas a fin de mejorar la calidad de los graduados. Salud, educación, seguridad y trabajo, sostenes básicos de la sociedad, no se cose-

chan como la zafra sino mediante el sostenimiento de políticas que permitan su institucionalización.

La medicina sigue constituyendo una compleja amalgama de arte y ciencia y su enseñanza actual debe adecuarse a las necesidades sociales, al impacto de nuevos conocimientos y a la velocidad que ha adquirido la comunicación de los mismos.

Sin embargo, no hay que olvidar la vigencia del original pensamiento de un gran Maestro, Sir William Osler: “Estudiar medicina sin libros, es como navegar sin compás y sin mapa en un mar desconocido, pero estudiar medicina sin enfermos es como ni siquiera estar embarcado”.

Es bueno recordar que, en la década de 1960 y 1970, la carrera de medicina contaba con un programa concreto y de competencias que se adquirían con mayor facilidad dada la adecuación de la cantidad de alumnos a la capacidad de las facultades y de sus hospitales escuelas, lo que permitía mantener así una armónica relación docente-alumno-enfermo.

En cambio, el actual exceso de estudiantes, el incremento de conocimientos y la complejidad de las competencias requeridas, demandan más tiempo de estudio, mejores ambientes y una más dedicada tarea docente ante los cambios del currículo y del régimen de cursada de la carrera.

Eso explica la razón del desarrollo de los hospitales asociados y la difusión de la enseñanza en servicios médicos-asistenciales extrauniversitarios con el objeto de ampliar el cuerpo docente. Esas razones han estimulado también el desarrollo de universidades e institutos privados de educación médica.

Enseñar, es despertar el interés de aprender. Es convertir algo difícil de comprender en fácil de asimilar. Antes consistía en que el alumno conociera lo que se debía saber, hoy debe recono-

cer lo que no sabe y encontrar la solución por sus propios medios. El aprendizaje es una construcción individual, una interpretación personal y única de lo que se enseña, porque no es mera acumulación de conocimientos o hacer copia de la información sino capacidad de interpretarla.

**Aquello que tenemos que enseñar a hacer, lo aprendemos haciéndolo, decía Aristóteles.**

La Sociedad Internacional de Educación Médica, considera que el docente debe participar en actividades de investigación, integración y aplicación de conocimientos y en la solución de interrogantes e informaciones a despejar como problemas. Por ello los atributos pedagógicos, supuestamente innatos en el médico, hoy están totalmente superados.

Resulta esencial profesionalizar la docencia, exigir una dedicación de tiempo completo y retribuir la adecuadamente. En realidad eso fue el gran debate de 1910 en EE.UU., finalmente comprendido y que Abraham Flexner sintetizó con genialidad diciendo: **“El problema no es la medicina sino la educación.”**

Como oportunamente lo señaló Jaim Etcheverry al asumir el rectorado de la UBA planteando diversos criterios sobre la necesidad de una tarea docente comprometida destacó, con gran ponderación, el pensamiento que expresa al respecto George Steiner: “el objetivo de la enseñanza es que los alumnos entren en contacto con personas excepcionales para que las vean, las escuchen y las sientan pensar, una proximidad de vista y de vida, una suerte de contaminación asegurada en esa fascinación de pensar”.

Pero, la docencia y la tutoría asociada, además de vocación, requieren experiencia en la enseñanza de un estudiante adulto que, además, debe desarrollar el “estado de médico”, una maduración intelectual lograda con el progreso del razonamiento y otras acti-

vidades integradas en torno al humanismo y controlada mediante estrictas evaluaciones.

En este caso, la dedicación plena del docente y la vivencia diaria de su tarea compartida con el alumno, en un clima de afecto, inducen al estudiante a imitar modos y prácticas profesionales, a detectar la posibilidad de errores para evitar cometerlos, nutriendo así la confianza en sí mismo, valorizando los conocimientos y habilidades aprendidas

Por otra parte Florentino Sanguinetti, menciona que, debido a su elevado número, los alumnos arrastran una incomunicación que dificulta la atención personalizada así como la posibilidad de participar en las diversas actividades asistenciales de un servicio o de una cátedra. Es esta una realidad que afecta el clima de la respetuosa libertad desarrollada con afectividad y participación en las vivencias de esos ambientes asistenciales donde, asumir pequeñas responsabilidades médicas, les hace sentir ser partícipes de lo que ocurre.

Se trata de un vínculo ancestral de la educación, la afectividad que, como dice Piaget, constituye el motor del aprendizaje<sup>(19)</sup>.

Resulta alarmante advertir que un importante número de médicos recién graduados, responsablemente, limitan su ejercicio profesional por experimentar insuficiencias e incompetencias o por temor a los juicios de mala práctica que, mas allá de constituir una “industria jurídica”, responden a un conjunto de causas que son las que deben ser encaradas mediante soluciones de fondo.

Tal vez como nunca, se siente el compromiso y la necesidad de afianzar las competencias médicas, los objetivos profesionales y las conductas de los egresados frente a la evolución de la ciencia médica y su influencia en la enseñanza y en el ejercicio de la medicina. Presupone, además abordar los cambios para facilitar la información y los recursos formativos para adquirir, renovar y aplicar mejor el conocimiento. También producir cambios ante

una práctica profesional a veces deshumanizada y la necesidad de recrear la vocación médica.

Felizmente, más allá de las críticas señaladas tanto para la educación de grado como de postgrado, están vigentes varias escuelas médicas centros de formación de postgrado que responsablemente cumplen su misión.

Como he tratado de señalar, el de la educación médica es un problema social con claras implicancias morales por la sustancia de que se ocupan quienes la reciben, nada menos que la vida humana, reclama soluciones políticas que deben comprometer a toda la dirigencia social del país.

Por todo ello, frente a este conjunto de realidades y para enfatizar la impostergable necesidad de asumir responsabilidades deseo concluir haciendo mías dos reflexiones memorables.

La primera es de Blas Pascal cuando dijo: **“En nuestras manos está que las esperanzas se cumplan; en nuestras manos está que el oficio de pensar no se degrade ni se menoscabe.”**

La segunda es de Albert Einstein quien señaló: **“Es una locura seguir haciendo lo mismo y esperar resultados diferentes.”**

Los argentinos nos estamos debiendo la verdad en muchas cosas Empezar por la de la educación, es más que importante. Muchas gracias.





### ***Bibliografía***

- 1- Scorer G., Wind A. *Problemas éticos en medicina*. Barcelona: Doyma, 1983.
- 2- Jaim Etcheverry, G. *La tragedia educativa*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1999.
- 3- Martínez Paz, F. *La política educativa en una sociedad democrática*. Córdoba, Mateo García Ediciones, 1989.
- 4- Barsky O., Segal V, Dávila M (comps.) *Los desafíos de la universidad argentina*. Buenos Aires, Univ. de Belgrano y Siglo XXI, 2004.
- 5- Martínez Marull, A. *Responsabilidad ética y jurídica de las instituciones médicas*. Relato del 64° Congreso Argentino de Cirugía. Número extraordinario. Buenos Aires, Asociación Argentina de Cirugía. Buenos Aires 1988.
- 6- Martínez Marull, A. *El rol de la universidad en tiempos de crisis*. Rev. Fund. Fac. Med. Univ. B. Aires, XIII (47) 19-22, 2003.
- 7- Flexner, A. *Medical education in the United States and Canada*. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, New York, 1910.
- 8- Rosso, P. P. *La dedicación exclusiva y la enseñanza de las materias clínicas. Una historia poco conocida*. Bol. Acad. Chilena Med., 39: 135-154, 2003.
- 9- Buzzi, A. *El pensamiento de Bernardo A. Houssay en 1927 sobre los problemas de la medicina*. Rev. Asoc. Méd. Argentina 170 (4), Diciembre 2007.
- 10- Abrahamson, S. *Diseases of the curriculum*. J. Med. Educ. 53:951-957, 1978.

- 11- Schwarz, M. R; Wojtczak, A. *Global minimum essential requirements: a road towards competence-oriented medical education*, Medical Teacher 24 (2), 125-129, 2002.
- 12- Core Committee, Institute for International Medical Education. *Global minimum essential requirements in medical education*. Medical Teacher, 24(2):130-135, 2002.
- 13- The Goals of Medicine: *Setting New Priorities*. *Hastings Center Report*, Special Supplement, November-December 1996.
- 14- Gazzola, AL. *El reto de las universidades en América Latina*. En: Congreso Internacional de Rectores Latinoamericanos. Belo Horizonte, Brasil, 16-19 Septiembre 2007. (cit. en. La Nación Cultura, 18 septiembre 2007).
- 15- Cox, K., Ewan, Ch. E. (eds.) *La docencia en medicina*. Barcelona, Doyma. 1990.
- 16- Rosselot Jaramillo, E. *Hacia el médico que nuestros países necesitan: énfasis en la comunicación y en la formación de los docentes*. Rev. méd. Chile, 131 (3): 331-337, 2003.
- 17- Actas de la “*Séptima Conferencia Panamericana de Educación Médica. Educación médica para toda la vida*.” Edición CD. Santo Domingo, República Dominicana, 19-22 Abril 2006.
- 18- Morris, J. (ed.) *Educación quirúrgica para médicos graduados. Un nuevo comienzo*. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, N° 6, Elsevier Publishing, 2004.
- 19- Las Heras Bonetto J.; Rosselot Jaramillo, E. *Calidad en Medicina. Criterios para la Acreditación de las Facultades de Ciencias de la Salud*. Universidad de Chile-CIDAFAM. (Consejo Internacional de Asociaciones de Facultades de Medicina) Buenos Aires, Fundación OSDE, 1994.
- 20- Sanguinetti, F. *Elementos afectivos en la enseñanza de la cirugía*. Rev. Arg. Cirugía 25164 N° 15 197.