

HACIA UN MODELO DE RUPTURA EDUCATIVA
PARA UNA REFORMA SANITARIA

Joan Campos i Avillar
Médico y Psicoanalista

Una nueva organización sanitaria y la reestructuración de servicios que presupone una reforma conducente a un Servicio Nacional de Salud, llevan en sí implícitos unos nuevos conceptos de medicina, de salud y enfermedad y de la propia praxis asistencial que se precisa para alcanzar los objetivos propuestos.

Los profesionales de la sanidad, la formación de dichos profesionales y toda la estructura del sistema educativo donde dichos profesionales se forman se verán obligados a variar en función de las tareas y del papel que dichos profesionales vayan a desempeñar dentro del nuevo sistema.

Los mismos objetivos que se proponga la reforma sanitaria con su sistema asistencial cara a la salud son aquellos que se debe proponer el sistema educativo cara al aprendizaje y la formación de profesionales de la salud a nivel de la docencia.

En el presente capítulo se examina críticamente el estado actual del sistema de educación médica español con el fin de presentar un modelo de alternativa educativa en la formación de los profesionales de la salud que haga posible y viable una reforma sanitaria.

Hacia un nuevo concepto - científico y social - de salud.

Lo que al país se le propone con una reforma sanitaria es alcanzar aquellos niveles y condiciones de asistencia a la salud a los que el pueblo tiene derecho y que, dados nuestro nivel de desarrollo cultural y socio-económico, son de hecho posibles. La sanidad, la salud del común de los habitantes del país, la salud de todos y cada uno de ellos es a la vez un bien común y un bien particular. Todos los hombres y mujeres al nacer no tienen las mismas oportunidades frente a la salud. Su potencial biogenético heredado, el locus que dentro del sistema de clases o de la geografía del país ocupan, la rama del árbol genealógico en la que prenden, su mismo sexo, les marcan ya distintas posibilidades cara a la vida, cara a la expectativa de vida que en años les espera, cara a la calidad de vida que en términos de salud y de enfermedad se les ofrece, y, también, cara al tipo de asistencia sanitaria a la que tendrán acceso.

Vivir una vida en salud o vivirla en enfermedad es en parte un problema biológico, pero mucho lo es más aún un problema de tipo personal y social. De las aportaciones básicas de tipo nutritivo, cultural, emocional-interpersonal que reciba el individuo dependerá su potencial de salud; de las condiciones ambientales que le rodeen, tanto físicas y biológicas - salubridad -, como sociales, dependerán las oportunidades de salud que al individuo se le ofrezcan y los obstáculos a la misma a los que tendrá que hacer frente.

De la manera como un individuo administre su potencial de salud, de la manera como viva su propia vida, de la manera, en fin, como sepa y pueda tomar ventaja de las oportunidades de salud y hacer frente a los obstáculos que el ambiente a la vez le brinda y le presenta dependerá la manera - sana, enferma - cómo esta persona se desarrolle y viva en su proceso de vida.

La salud, dentro de nuestro sistema de valores, a pesar de constituir un bien muy apreciado, se atiende a él y se convierte en prioritario frente a otros valores, solamente cuando se pierde. Individualmente, solo cuando uno está enfermo piensa en salud o mejor dicho en que le curen. Colectivamente, basta con mirar la proporción de la estructura sanitaria dedicada al sector curativo de la asistencia y, dentro de éste, lo dedicado a "medicaciones" e intervenciones quirúrgicas frente a lo dedicado a medidas preventivo-rehabilitativas y de promoción de la salud, para darnos cuenta que en nuestro país la sanidad está organizada bajo el mismo principio: lo que importa no es la salud sino la enfermedad, y la enfermedad del enfermo solo en cuanto pueda ser ésta tratada, es decir, atacada, con los poderosos medios con que cuentan las industrias médica y farmacológica.

Cuando se habla del derecho a la salud para el pueblo, cuando se invocan principios de equidad social en la organización de la sanidad, hay que tener bien presente la observación que acabamos de mencionar, y que ha sido y sigue sirviendo de principio fundamental en la organización social de cuidados de salud a la comunidad. Es la asistencia médica lo que cuenta, y con verdadera igualdad social, esta asistencia debe ser accesible no solo para todo el mundo y en todos los puntos del territorio por igual y con igual calidad, sino discriminadamente - compensatoriamente (1) - en favor de aquellos sectores de la población y de aquellos individuos a quienes la imperfección de nuestro sistema socio-económico y político ofrece menos oportunidades de salud.

El criterio compensatorio en términos asistenciales para conseguir una verdadera equidad social, unido al ya mencionado de lo prioritario de la salud marcan para la sanidad y para la asistencia médica al país nuevos objetivos. Más de lo mejor y mejor distribuido no basta para actualizar el derecho a la salud. Hacen falta para ello un nuevo concepto de la medicina, un nuevo concepto de salud y enfermedad, unas nuevas maneras de comportarse individual y colectivamente frente a ellas, y en consecuencia unos cambios de la organización y estructura sanitaria para hacerlos posibles.

La clase de cambio a que nos estamos refiriendo es un cambio paradigmático, aplicando con propiedad aquí a la sanidad la terminología que Kuhn (2) sugiere en su análisis del desarrollo tradicional y revolucionario de la ciencia. Lo que se trata es de radicalmente cambiar, sin posibilidad de vuelta atrás, las condiciones estructurales de la práctica de la medicina, el funcionamiento de la asistencia sanitaria, y las mismas praxis y fines de la asistencia. En la misma proporción, en la misma dirección y al mismo tenor y ritmo en que se introduce y desarrolla el cambio del sistema sanitario tendrán que cambiar los individuos y las profesiones que dentro del mismo trabajan y que del sistema se benefician.

Cuando dentro de un sistema sanitario se introduce una nueva variable - sea ella de tipo organizativo de servicios o de las maneras como se controla el acceso a los mismos por el usuario o de los modos como se financian - da igual, queda alterada la estructura global del sistema, y, en consecuencia, el funcionamiento de todo el sistema se ve igualmente alterado, y la naturaleza misma de las relaciones asistenciales y de la propia asistencia se ven radicalmente cambiadas. Baste como ejemplo recordar lo sucedido con la introducción del Seguro Obligatorio de Enfermedad dentro del sistema sanitario español. Ni profesionales de la sanidad, ni usuarios del SOE estaban preparados para utilizar el sistema que se les ofrecía a la vez que se les imponía, nunca unos ni otros se las hubieron tan felices ni consiguieron tan poco, ni tampoco nada ha quedado tan deteriorado como lo han sido las relaciones entre unos y otros. De haber procedido lógicamente la implantación del seguro, debiera haber ido acompañada por un proceso de educación sanitaria dirigido a adecuar tanto a profesionales como a usuarios a las nuevas condiciones de trabajo y de asistencia. El fracaso sanitario y económico del seguro y el deterioro de la sanidad, que hacen hoy necesaria y urgente una reforma, nos da una idea de lo que nos amenaza y espera caso que ésta se lleve a cabo y se concrete en un Servicio Nacional de Salud que siga los mismos pasos por donde ha ido la seguridad social.

Todos los cambios apuntados, las nuevas condiciones y los nuevos objetivos de la atención sanitaria y de la asistencia médica exigen un remodelamiento de las profesiones sanitarias y de la formación que estos profesionales reciben a fin de poder desarrollar su labor. La forma como las personas adquieren los elementos culturales que precisan para cuidar de su propia salud, para ayudar a otros a hacer lo mismo con la de ellos y para mejorar el uso que de la asistencia médica hacen en favor de su salud y de la salud de todos, cabe sea hecho en forma sistemática. Cuando ello se hace así, entonces, esto se convierte en el objetivo específico de lo que con propiedad se llama Educación Sanitaria (3).

No existiendo como no ha existido hasta hoy una sistemática educación científica sanitaria de la población, ésta se ha venido desarrollando en forma espontánea, y la educación sanitaria popular - the folk health education - es fruto de la interacción de las necesidades básicas de asistencia sanitaria que tiene la población con los recursos actuales de asistencia que se le brindan, aquellos de los que tiene conocimiento, y ~~de~~ los que teniendo a ellos o no acceso, finalmente, desea o utiliza. Esta cultura sanitaria popular está hoy fuertemente influida por las propuestas ideológicas que ofrece la medicina llamada - no se sabe bien por qué - científica. Pero no hay que olvidar que los profesionales de la salud - los mismos médicos - están fuertemente influidos por la cultura sanitaria popular que ellos han ayudado a crear y de la que al mismo tiempo participan. Esta cultura es una cultura consumista, consumista de actos médicos, consumista de servicios médicos y consumista de productos farmacológicos.

Cuando se socializa la medicina, cuando se socializa la asistencia médica, cuando se crea un Seguro Obligatorio de Enfermedad o un Servicio Nacional de Salud - da igual como a la cosa se le llame - lo que importa es saber qué es lo que se entiende por salud, y lo que todos, tanto los usuarios como los profesionales de los servicios sanitarios, están dispuestos a hacer para alcanzar aquello que pretendidamente buscan, persiguen y desean de los mencionados servicios. Si el objetivo es la salud, los medios lo

serán los servicios sanitarios y en consecuencia tanto los profesionales de la sanidad como los usuarios de los servicios deben aspirar a fomentar y mantener su salud y la salud y no a producir y consumir actos, productos y servicios médicos. (4)

Esta filosofía básica, que aquí someramente exponemos, ha sido ampliamente expuesta y debatida en el seno de la segunda ponencia - "Funció Social de la Medicina" - del X^e Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, habido recientemente en Perpignan (25 de septiembre de 1976). Las conclusiones a que se llegaron y que figuran al final de este capítulo como anexo, proponen un nuevo tipo de sanidad y de organización sanitaria a la cual nosotros adherimos por lo que tiene de racional y por lo que tiene de democrático. Las reflexiones que a continuación siguen en lo que hace a educación médica y sanitaria, y ello tanto para los trabajadores de la salud como para los protagonistas de la salud que son los usuarios de los servicios, están hechas con el mismo espíritu habido y basadas en la labor crítica y de reflexión que se ha desarrollado en el mencionado congreso. (5)

Si la reforma sanitaria tiene por objeto la salud de la población, los sistemas de educación sanitaria - profesional y popular - deben ir dirigidos a conseguir que estos objetivos se cumplan y a que los servicios sanitarios funcionen y se utilicen de manera tal como para que la salud sea posible. Nuestra tesis es que si para que los fines sociales de la sanidad se cumplan sea precisa una reforma, para que esta reforma funcione resulta imprescindible que previamente a ella y acompañandola se proceda a una ruptura paradigmática en el sistema educativo de la medicina y de la sanidad.

¿Reforma política o reforma sanitaria?

Reformar la sanidad es planificar e intentar llevar a cabo un cambio. El cambio a que se aspira es el de transformar el marco legislativo y las estructuras organizativas de la sanidad, y alterar los sistemas de prestación de servicios de atención médica y cuidados a la salud de tal manera que sea posible para la población actualizar su derecho a la salud. En nuestro país esto supone: pasar de un no-sistema a un sistema de cuidados a la salud y pasar de una fase de desarrollo no-planificado y no-coordinado, de la sanidad a otra en que el desarrollo viene dirigido por objetivos, orientado hacia la solución de problemas, e inspirado y guiado por principios de racionalidad, de eficacia y de justicia social, cara a la salud.

Decretar una reforma de la sanidad española es un acto político; hacer dicha reforma posible, llevarla de hecho a cabo, supone una profunda transformación social. Es sin duda una empresa colectiva que exige la colaboración y la participación activa de todos aquellos estamentos de la sociedad, sectores de la población e instituciones sociales que se vayan a ver afectados por los cambios que la reforma propone y modificados por las condiciones que ella crea. La administración del Estado y su gobierno pueden fácilmente adoptar medidas que son de su competencia y que caen dentro de su ámbito de influencia. Una nueva Ley General de Sanidad, la creación de un ministerio específico para su control y gobierno, la adopción de medidas presupuestarias para la financiación de los servicios de atención médica, y organizativas para la prestación de los servicios es cosa fácil y más cuando lo legislativo, lo administrativo y lo ejecutivo van tan íntimamente unidos y son tan independientes de la voluntad del pueblo como por ahora sucede en el país.

Establecer una política de salud, marcar para la misma objetivos prioritarios, diseñar un programa de desarrollo de recursos humanos y de equipamientos para la sanidad y para la asistencia, e incluso decidir estrategias encaminadas a conseguir los objetivos propuestos es una cuestión técnica. La problemática será más o menos compleja y dependerá de los condicionamientos de la situación y de la competencia y habilidad de los programadores el que el plan de salud sea más o menos viable, ambicioso o alcanzable. Las verdaderas dificultades para la reforma empiezan una vez que el plan ha sido establecido y se intenta llevar a la práctica. Costumbres inveteradas, intereses creados, grupos de presión, instituciones educativas, profesionales y asistenciales, la población misma al servicio de cuya salud el plan se orienta y en favor de la cual se adoptan unas medidas, se opondrán a la nueva ordenación en la medida que para ellas la reforma representa un cambio. Lo harán en función de la amenaza que este cambio se les imagina y del riesgo real que para ellos supone.

La variable menos controlable dentro de cualquier sistema de salud la constituyen precisamente las instituciones asistenciales de servicios sanitarios y las profesiones sanitarias que acabamos de mencionar. Las disposiciones más ingeniosas, las normativas más coercitivas, las leyes más estrictas se estrellarán inexorablemente frente a unas instituciones que no estén dispuestas a colaborar y más aún frente a unos profesionales sanitarios que no resulten competentes, es decir, preparados, para realizar la función que están destinados a desempeñar dentro del sistema.

Un Plan Nacional de Salud presupone un cambio radical no solo en el modo como se financian los servicios de salud y se asegura con ello el acceso equitativo a los mismos de la población sino, también, de la estructuración del sistema de servicios sanitarios y del tipo de relaciones asistenciales y de atenciones médicas que se proporciona desde los mismos.

Reformar la sanidad es marcar pautas, crear estructuras y poner a su disposición medios que fuerzan y hacen posible que la actividad sanitaria y la atención médica que recibe la población vaya por derroteros distintos a los que estaba acostumbrada. En función de los objetivos que se marquen y de las condiciones que se creen para alcanzarlos así tendrán que cambiar en su actividad profesional los sanitarios que el sistema emplee.

Un profesional de la sanidad, (aquellos que dentro de la misma realizan actividades de tipo médico asistencial, sea esta preventiva, curativa o rehabilitadora; dirigida ella a individuos, grupos de individuos o a sus ambientes; e independientemente del nivel técnico y grado de responsabilidad clínica por la situación o el caso del sanitario, y el que lo haga éste en solitario o en equipo) es persona que para poder ocupar su cargo y desempeñar su función específica ha tenido previamente que someterse a un proceso de enseñanza-aprendizaje para poder hacerlo y para conseguir la titulación que legalmente le autoriza a ello.

La profesión sanitaria por excelencia, aquella que ocupa posiciones de máxima responsabilidad en la propiciación de cuidados y atención médica a la población, esté sana o enferma, es la de la medicina. Es más, el resto de las profesiones sanitarias - sean estos facultativos superiores, como los farmacéuticos, veterinarios, psicólogos, o de grado medio como los ATS, practicantes, enfermeras o matronas, o meramente auxiliares de clínica o técnicos - en el contexto de la clínica y en el seno de los servicios de atención médica se encuentran siempre, por vetusta tradición, bajo las órdenes y al servicio del médico. La profesión médica no es más que una más de entre las ocupaciones sanitarias pero, debido a la hegemonía que sobre el resto de ellas viene tradicionalmente desempeñando y gracias al grado de dominancia que sobre las mismas ha sido capaz de alcanzar e imponer, hace que sus problemas destaquen más que los de todas las demás y que, además, de la manera como se resuelvan dichos problemas de la medicina dependa en gran manera como lo hagan el resto de las ocupaciones sanitarias y se acarree para ellas ineludibles consecuencias. (6)

La medicina ha sido no solamente capaz de imponer su modelo de enfermedad a la sociedad y al conjunto de las profesiones y ocupaciones sanitarias, sino que además con la organización social de la profesión médica ha determinado los modos como se establecen y estructuran los servicios sanitario-asistenciales y ha brindado, al mismo tiempo, un modelo de profesión al que aspiran y que envidian el resto de las profesiones del sector.

Se comprende así la importancia que el sistema de educación bajo el cual se forman los médicos y que directamente, o a través de los médicos influye en la formación y en el funcionamiento del resto de las profesiones sanitarias pueda tener para el funcionamiento global de toda la sanidad.

Da la casualidad que el sistema de educación médica en nuestro país está en manos del gobierno, depende del Ministerio de Educación y Ciencia, y son el cuerpo de funcionarios vitalicios del Estado - los profesores numerarios - si no quienes imparten las enseñanzas, pero sí los que detentan todas las posiciones de poder dentro del sistema educativo, y fácilmente pudieran cambiar la situación de la enseñanza, caso que el gobierno se lo propusiese y se lo ordenara o permitiera. Desgraciadamente la burocracia del aparato del Estado es tan lenta y el grado de centralización tan extremo que los cambios educativos acostumbran a ir por detrás de los cambios que están teniendo lugar en los servicios sanitarios y en el ejercicio de las profesiones sanitarias y en especial de la médica.

Con el fin de asegurar la viabilidad de la reforma, de disminuir al máximo las resistencias al cambio que toda reforma supone y de asegurarse la colaboración de todas aquellas personas e instituciones que se vayan a ver afectadas en su funcionamiento con la nueva organización propuesta, lo lógico fuera llamar a participar desde el primer momento de su planteamiento a todas aquellas instituciones y fuerzas sociales que se verán obligadas a llevar la reforma a cabo. Hacerlo por decreto, desde arriba y sin tener en cuenta a la base e ignorando lo expuesto constituye una mayor insensatez y la mejor manera como para asegurarse el cambiarlo todo con el fin de que no cambie nada.

Pretender llevar a cabo una reforma sanitaria en España - tanto en su dimensión educativa como en la asistencial - sin tener en cuenta las peculiaridades culturales y sanitarias de los distintos países y nacionalidades que se integran dentro del territorio español, y hacerlo esto de una manera centralista sin prestar a sus naciones la menor autonomía en la planificación y gestión de su propia sanidad equivale a condenar de antemano al fracaso a todo posible plan o servicio nacional de salud. De la manera como políticamente se lleguen a definir los objetivos, de la adecuación que exista entre las características del programa, medios organizativos y normativos, recursos humanos y materiales con que cuente para ser llevado a la práctica y, también, de la disposición y competencia de las instituciones que administran los servicios de salud y las de los profesionales sanitarios que en ella trabajan, a bien seguro dependerá el que se alcancen o no los objetivos marcados.

La reforma de la sanidad, se superpone hoy en España con un proceso de cambio político en que la reforma se propone como alternativa a la vez a un continuismo imposible y a una ruptura angustiante. Que el caso de la sanidad corra parejo al de la política, que un cambio deba ser precedido por el otro o que sin un previo cambio político no sea posible un cambio sanitario, son cuestiones opinables y que el futuro sin duda se encargará de aclarar. (7) De todas formas, de lo que no cabe duda es que tanto el comportamiento sanitario como el político son comportamientos sociales, y estos vienen determinados fundamentalmente por dos factores: 1) la educación recibida - el proceso de socialización a través del cual los individuos aprenden sus comportamientos sociales - y 2) la estructura social - aquella que a todos los niveles determina las relaciones de influencia interpersonal y la misma naturaleza de las relaciones sociales. La reforma de la sanidad hoy en el tablero, la reforma política hoy en curso, fueron precedidas por una reforma del sistema educativo, que por no haber tenido en cuenta lo expuesto ha conducido a un fracaso. La Nueva Ley de Educación, qué duda cabe, radicalmente ha cambiado al sistema educativo español a todos sus niveles, pero no hace falta fina evaluación alguna

para darnos cuenta que mediante su aplicación no se ha conseguido ni uno solo de los objetivos que se proponía y que la educación de los españoles en vez de mejorar lo que ha hecho es deteriorarse notablemente. Por el mismo rasero, el cambio sanitario que supuso la implantación del SOE y la actual red de establecimientos y servicios asistenciales de la S.S. también han supuesto un "cambio revolucionario" en la sanidad española (8). Las consecuencias también han corrido parejas a las habidas en el sistema educativo: si bien cuantitativamente nunca tantos españoles, ni tan costosamente, fueron asistidos médicamente, nunca tampoco los sanitarios ni los usuarios de la atención médica, se sintieron o por lo menos se mostraron tan abiertamente descontentos con la clase de medicina que unos practican y el trato que los otros reciben. A todo esto queda por demostrar que la indiscutible mejora de los niveles educativos y asistenciales de la población tengan o no que ver con las actividades, organización e intenciones de los respectivos sistemas.

Los responsables de la reforma de la sanidad, los organismos del gobierno que vayan a sancionarla e instrumentalizarla vale la pena tengan en cuenta la lección que muy costosamente debieran haber aprendido de los dos intentos de cambio mencionados; lo que no se hace solidariamente con la participación del pueblo, acaba volviéndose en contra del pueblo y en contra también de aquellos que, por estar en el poder, paternalística y dictatorialmente se lo impusieron. Por el mismo rasero, aquello que se hace sin la participación de las instituciones asistenciales y la de los profesionales sanitarios que en ellas trabajan - en especial la de los médicos - acaba tornándose en contra de la Reforma y aniquilando todo intento de cambio.

Desarrollo involutivo del sistema de educación médica:

La degradación de la docencia y el deterioro del aprendizaje.

El desarrollo de la sanidad española en estos últimos años obedece más bien a un crecimiento anárquico condicionado por circunstancias socio-económicas y políticas que no - como sería deseable y cabría esperar - a una planificación racional de recursos humanos y de medios materiales en función de las necesidades de asistencia médica que realmente existen en el país y que éste pueda y deba afrontar y satisfacer. La situación a que con esta política la sanidad española ha llegado es de sobra por todos conocida y está expuesta, comentada y criticada en la mayoría de los capítulos que figuran en el presente libro, lo que no lo es tanto sin embargo, es el papel jugado por la profesión médica - a través del sistema o la falta de sistema educativo con que cuenta o debiera contar en el desencadenamiento del actual estado de cosas. La radical transformación de las condiciones de ejercicio de la medicina obedece a multiplicidad de causas. En nuestro país sin embargo de entre ellas destaca una por su importancia, que es la implantación obligatoria de un seguro de enfermedad que, si bien fue hecha en favor de los trabajadores , se hizo a espaldas de aquellos otros trabajadores - los sanitarios - que dentro del nuevo sistema se veían obligados a trabajar.

A diferencia de otros países donde la profesión médica, o los Colegios de médicos, contaban con una organización política y a la vez con suficiente poder e influencia como para negociar con los gobiernos las condiciones en que la reforma social del ejercicio de la medicina iba a tener lugar, en el nuestro bastó con asegurarse la connivencia, explícita de las altas jerarquías médicas y tácita de los profesionales médicos, para poder imponer un sistema inspirado más en razones de tipo demagógico que no dirigido a conseguir unos objetivos de justicia social y de operatividad pragmática y eficacia sanitarias.

Un racional desarrollo de la sanidad y una nueva organización del sistema de asistencia médica exigiría lógicamente que las características profesionales de las personas que vayan a trabajar en el nuevo sistema sean las adecuadas para poder hacerlo. De no haber sido precedido dicho cambio por una política educativa conveniente, se requerirían como mínimo unas medidas de selección y unos períodos de reciclaje y de formación dentro del trabajo que aseguraran una adecuación de competencias profesionales a las exigencias del mismo. Esto obviamente no ha sido así y de ahí las consecuencias: ni a nivel de medicina general, ni a nivel de medicina especializada el médico sale capacitado para ejercer el tipo de medicina en equipo centrada en el hospital e intraprofesionalmente coordinada que se exige dentro de un sistema de medicina socializada.

En estos momentos se está contemplando y con urgencia una reforma. La viabilidad de ésta, las posibilidades reales de cambio que una reestructuración y organización sanitaria ofrezca, las oportunidades que brinde para que ésta se traduzca en un mejoramiento de los niveles de salud y una distribución más equitativa y justa de la asistencia, en gran manera dependen de los recursos humanos con que ella cuente.

Con antelación más que suficiente, la nueva Ley de Educación brindó unas posibilidades educativas para la sanidad y la reforma sanitaria que han sido totalmente desperdiciadas. La supresión de la coletilla "y su financiación" que acompañaba a aquella ley y la total falta de autonomía universitaria con que se llevó a cabo la reforma educativa, han condicionado el que esta reforma resultara abortada; pero, lo que es más importante, la indiscriminada implantación de políticas educativas en ella inspiradas ha sembrado suficiente caos como para que - por lo menos en el campo de la sanidad - la actividad profesional de los médicos se vea en el presente y en un futuro inmediato y previsible seriamente afectada. El resto de las profesiones sanitarias se ven igualmente afectadas, pero por tratarse la medicina quizás de la profesión clave dentro

de la sanidad tanto por el volumen de médicos que el sector sanitario emplea a nivel de la asistencia y la importancia de los cargos y posiciones rectoras que ocupan, así como por nuestro personal interés y experiencia con el sistema de educación médica, es por ello que hemos decidido centrar el problema en la situación actual y futura de la formación de los médicos.

El conflicto en la educación médica.

La Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria, en su informe al Gobierno (Art. 67) dice textualmente:

"La sanidad, la educación y el ejercicio de las profesiones sanitarias han experimentado una rápida transformación en los últimos años. No es, pues, extraño que su punto de confluencia - la formación y especialización sanitarias - sea particularmente problemático y conflictivo."

El punto de confluencia entre sanidad, educación y ejercicio profesional para la medicina - una de las profesiones sanitarias mayores, por no decir la profesión sanitaria por excelencia - se concreta en el sistema de educación médica con que la profesión cuenta. Este sistema está ubicado legal y oficialmente en la Facultad de Medicina y en manos de un cuerpo de funcionarios del Estado - los catedráticos numerarios - que son quienes en última instancia rigen y controlan todo el sistema. El sector de educación médica español es sin duda aquel que dentro de la universidad viene en estos últimos años demostrando con mayor insistencia y sin descanso signos graves de conflicto estudiantil, y ello, aunque parezca mentira y para los políticos difícil de creer, por razones no meramente políticas sino también de orden fundamentalmente profesional y académico.

Desde unos años para acá, la universidad se encuentra en permanente estado de crisis. En momentos de profunda transformación social y de acelerado cambio cultural, éste parece ser el destino de aquellas instituciones tradicionales cuya rigidez estructural no les permite evolucionar al ritmo que marcan los tiempos y a tenor de la adaptabilidad que exigen las circunstancias. Cual sea el resultado final del conflicto en que se encuentra la universidad es cosa que no se puede con mínima certeza predecir. Lo que nadie discute es que mientras tanto la universidad sigue funcionando y, a unos costos socialmente impredecibles pero económica y culturalmente patentes y demostrables, la universidad cada año son más los alumnos que dentro de su seno admite y también mayor el número de titulados que gradúa.

En cualquier país, el sector más conservador dentro de la universidad lo constituye sin duda la medicina; en el nuestro las posibilidades de adaptación y cambio que ésta demuestra son mínimas y, el comentario de los italianos "la Facultad de Medicina es el gran enfermo de la Universidad italiana", cabe con toda propiedad ser aplicado a la española.

Lo que desde el punto de vista de la sociedad y también desde el de las profesiones sanitarias preocupa es cuáles vayan a ser las consecuencias que para unos y otros traiga el mantenimiento de este estado de cosas. Masas de estudiantes se encuentran sometidos a un proceso de enseñanza universitaria que, si bien es más que dudoso resulte eficaz en términos de aprendizaje y de competencia profesional, lo indiscutible es que algún impacto tendrá en los estudiantes que se gradúan dentro de este sistema. Estos jóvenes que hoy se encuentran dentro de la universidad son los profesionales del mañana, aquellos mismos con los cuales la sanidad tiene que contar para montar su sistema de asistencia médica y que, una de dos, o salen de la universidad convenientemente formados para realizar la labor que de ellos se espera o algo habrá que hacer para remediarlo. La tesis de Miller Guerra es que las facultades de medicina no se reforman a sí mismas, sino que precisan una presión externa para modernizarse. Esta

afirmación es tan válida para el sistema educativo portugués como lo pueda ser para el nuestro, y quizás sea incluso aplicable no solo a la institución educativa sino a la misma profesión médica.

En un estudio comparativo de los sistemas de educación médica en los países mediterráneos, Jesús de Miguel (8) apunta que lo que de común tienen España, Portugal e Italia - en contraste con Yugoslavia, el único país socialista de la zona - son los siguientes elementos: 1) crecimiento desmesurado de la población estudiantil que no va acompañado con un paralelo crecimiento de los recursos educativos; 2) falta de selección en la admisión de alumnos en las facultades de medicina, en la que el numerus clausus es substituido por un procedimiento de selección natural - acompañado de alta mortalidad estudiantil - que aún así resulta cuantitativamente insuficiente para adecuar el número de graduados a la oferta de puestos de trabajo que ofrece el sistema sanitario; y 3), lo que a mí me parece más interesante de destacar, "el sistema universitario - contra lo que pueda parecer a primera vista - se ha democratizado muy poco, mientras que la calidad se ha deteriorado considerablemente". (9)

Las consecuencias inmediatas que para nuestro país ha traído este estado de cosas son las siguientes: 1) masificación de la enseñanza de la medicina - en estos momentos el número de estudiantes de medicina matriculados en mucho supera al número de médicos colegiados y en ejercicio en el país; 2) a pesar de contar con una de las más altas mortalidades estudiantiles en el mundo de la educación médica, el sistema español gradúa tal cantidad de licenciados cada año que existen ya de hecho una alarmante plethora médica y un creciente desempleo y subempleo de profesionales médicos; y, 3) consecuencia de todo ello, paralelamente al proceso inflacionista que viene demostrando la peseta, los títulos de licenciado en medicina se han desvalorizado - gozan de menor valor en el mercado del trabajo, y se han desacreditado tanto en términos de credibilidad social como de prestigio.

Qué duda cabe que todos estos factores por indeseables que resulten, alguna ventaja van a traer al país, por lo menos es de esperar que sirvan de freno a la tremenda demanda que por los estudios de medicina hoy por hoy sigue existiendo, pero el precio que por ello se habrá tenido que pagar resulta incommensurable. De momento miles de personas que escogieron los estudios de medicina como una medida de ascensión social se verán defraudados con la clase de título que les brindan las Facultades de Medicina y estafados con las oportunidades de empleo que dicho título ofrece; la sanidad del país se verá obligada a utilizar durante montones de años a titulados universitarios a quienes durante sus años de formación básica se les escamoteó una oportunidad de aprendizaje.

En la base de todo sistema médico y para él buen funcionamiento de la sanidad y de los servicios asistenciales con que ésta cuenta, está el sistema educativo de la medicina. Dependiendo de cuáles sean las características profesionales de los médicos, dependiendo del tipo de conocimientos, habilidades y experiencia con que éstos cuentan y, también de su orientación, actitudes, valores, en suma de su ideología con respecto a los problemas de la sanidad y de la asistencia a los enfermos, así será el tipo de actuación que como profesionales sean capaces de desplegar, mantener y fomentar no solo para sí mismos sino también para el resto de las profesiones sanitarias. Estas características, esta formación y esta ideología la adquiere el médico a lo largo de los años que dedica a su educación y ello en el seno de las instituciones educativas y asistenciales donde éstas se le proporcionan y donde él las adquiere. De ahí la importancia que el sistema de educación médica tiene cara al futuro de la asistencia médica y al de las posibilidades de la sanidad y de su reforma.

Cabe como alternativa que las actitudes, la ideología pragmática del médico, sus competencias específicas de tipo profesional no vengan en modo alguno relacionadas con la formación recibida, sino que, por el contrario, aparezcan y se desarrollen independientemente de, y quizás a pesar de, los condicionamientos del sistema educativo. Cabe que ello sea resultado mera-

mente de la adaptación que primero el estudiante y después el médico hacen a su trabajo, a las condiciones en que éste se realiza, o, cabe, incluso obedezcan a factores extramédicos y extraprofesionales determinados por las estructuras socioeconómicas, culturales y políticas que son las que determinan las relaciones de producción y consumo, y en última instancia la misma naturaleza de las relaciones sociales, dentro de las cuales la relación médica es un caso. La posible relación que exista entre educación que reciben los médicos, condiciones ambientales dónde y cómo se realiza la medicina y clase de atención y cuidados médicos que de hecho recibe la población, y la relación de todo este conjunto de variables con los resultados finales que en términos de salud disfruta o sufre el común de los habitantes del país, es cuestión clave a ser investigada y tener en cuenta en el planteamiento de organizaciones sanitarias.

El que el nivel de salud, lo cuantitativo y lo cualitativo de la salud de que goza una población dependa o no de la cantidad y calidad de cuidados médicos que ésta recibe y de la manera como estos cuidados se distribuyen y financian dentro de la sociedad, es cosa que hasta hoy no ha sido demostrada. Se precisaría contar con estudios empíricos a gran escala, controlar muchas variables, disponer de indicadores válidos y fiables y de una recogida de datos sistemática que permita hacer largos seguimientos de población - y ello en distintos ambientes sanitarios - para poder llegar a conclusiones objetivas - es decir científicas - al respecto. Mientras esto no suceda, la mayoría de los sistemas sanitarios en existencia y también la de los planes de salud prospectivos - cuando los hay - vienen montados en la presunción de que a mejor y a más cuidados médicos disponibles, a mejor y más indiscriminado y socialmente justo acceso a los mismos por parte de la población asistida, mejor será el nivel de salud de que disfrute la población. Esta es claramente una cuestión ideológica, en el sentido de no estar demostrada científicamente, y la clase de ideología en que se basa no es una ideología política sino una ideología médica (10) y

en tanto que ideología médica es una ideología profesional dominada por la clase que detenta el poder dentro de las profesiones sanitarias, que, hoy por hoy, es la clase médica.

En cuestiones de salud, y como veremos igualmente, después en cuestiones de educación, una ideología profesional es distinta de una ideología de servicios. La primera tiene como principal si no casi exclusivo fin el que el profesional - como individuo y como grupo social - alcance aquellos fines que a él le han llevado a la profesión y gracias a los cuales la profesión existe. Estos son concretamente el conseguir el monopolio legal y la exclusiva en una clase de trabajo y la autonomía como grupo en determinar quienes puedan ejercerlo y controlar de qué manera este trabajo deba ser realizado. En contraste con ello, la ideología de servicios, tiene por objeto conseguir que tanto la profesión como los profesionales y asimismo los medios materiales que a disposición de ellos se pongan y la estructura sanitaria que se crea estén en función (es decir al servicio) del fin que con todo el sistema se persigue y que, concretamente, en sanidad es conseguir ^{los} ~~el~~ máximo y posibles niveles de salubridad en el país y de salud en la población.

La triada básica de la institución médica.

La medicina y el sistema de asistencia a la salud del que dicha profesión forma parte y en el que viene integrada, constituyen una de las instituciones sociales de mayor importancia y trascendencia para la consecución de los objetivos de salud que una sociedad para sí misma se ha ya marcado. La institución médica está llamada a desempeñar un papel rector en la movilización de recursos humanos - tanto profesionales como no profesionales - para una lucha por la salud. Lucha que se concreta en la evitación de la enfermedad, en la asistencia al enfermo, para su cura, rehabilitación o alivio, y en la eradicación de las causas o la efectiva modificación de las circunstancias, tanto físicas como sociales, que desencadenan tanto sufrimiento inútil y enfermedad socialmente innecesaria humana y científicamente evitables.

Naturalmente, la medicina como institución social que es, está en íntima interdependencia e interacción dinámica con el resto de las instituciones sociales que figuran en la sociedad. Sus posibilidades de funcionamiento vienen condicionadas y están en función de las posibilidades que brinda el juego global de fuerzas dentro de la estructura socio-económica y política del país donde se desarrolla. El progresivo desarrollo de la medicina y su funcionamiento armónico dependerán en gran parte de la manera como aquella conciba su tarea; de los medios y técnicas que desarrolle, de la estructura organizativa que establezca, de los sistemas de valores y normativos que mantenga y, sobre todo, de que los profesionales con que cuente resulten, o no, competentes y adecuados para eficientemente realizar las tareas que se precisan para cubrir las necesidades reales que de asistencia médica existan en el país, y con ello satisfacer las expectativas sociales que con su funcionamiento y presencia crea la misma medicina. Dado que sociedad, condiciones de salud y enfermedad, e institución médica se hallan todas sometidas a un continuo proceso de cambio, resulta imprescindible que el sistema médico sea lo suficientemente flexible y cuente con los elementos y mecanismos necesarios, no solo para hacer frente al cambio, sino para anticiparse al mismo y prepararse para que este suceda sin fricción y que ello no resulte disruptivo para el cumplimiento de la función que a la medicina dentro de la sociedad le ha correspondido. De no ser así, el resultado es el que estamos contemplando: la medicina entra en una situación de crisis de la que no tiene otra salida que la de ser reformada desde fuera por no haber sabido con suficiente previsión y anticipación haberlo hecho ella misma desde dentro.

Dentro de la institución médica existen tres subsistemas principales: asistencia, docencia e investigación. Son funciones que por su importancia acaban por diferenciarse y constituirse en organismos semiautónomos. A pesar de ello, tanto profesionales como instituciones especializados en alguna de estas tres ramas, no pueden menos que desempeñar la propia teniendo en cuenta y dependiendo del funcionamiento de las otras dos. Así por ejemplo, no cabe pensar en un médico - sea cual sea la posición que

ocupe dentro de la estructura médica y la función específica que realice: asistencial, docente o investigadora - que pueda ejercer su función sin que al mismo tiempo que se beneficia de las otras dos deje de contribuir a las mismas. Un médico, en una posición asistencial, al mismo tiempo que atiende al enfermo, está avanzando conocimientos - adquiere experiencia, hace investigación clínica - y está en condiciones de transmitir dichos conocimientos - hace docencia - ya sea cara al propio paciente - educación sanitaria - ya sea cara a otros colegas o colaboradores - educación médica -.

Lo mismo sucede con las instituciones: un hospital de carácter esencialmente asistencial, al mismo tiempo debe tener proyecciones docentes y de investigación. Las facultades de medicina con sus "hospitales clínicos tienen por objeto la enseñanza práctica de la medicina" - transmisión de conocimientos - (artículo 2 de la orden ministerial del 15 de junio de 1946) a la vez que se preocupan del avance de conocimientos - investigación básica y aplicada - y de los modos como dichos avances pueden ser aplicados a la clínica - asistencia -, y al mismo tiempo acepta una responsabilidad asistencial ineludible con los enfermos que trata. Finalmente, una institución de investigación avanza conocimientos que conciernen a la clínica y desempeña funciones docentes.

El circuito de progreso de la medicina viene marcado por la íntima correlación y mutua complementariedad que existe entre asistencia, investigación y docencia. Cuando por cualquier causa, un individuo o una institución se desentienden y desvinculan de las funciones complementarias, limitándose en exclusividad a una de ellas, queda desconectado del circuito del progreso, se queda estancado y, lo que es peor, acaba por realizar pobremente su propia función.

El espectacular progreso demostrado por las ciencias y tecnología médicas ha revolucionado el sistema de libración de cuidados y radicalmente cambiado los ambientes donde estos se prestan. La tendencia hacia la especialización en el ejercicio, la concentración de profesionales en centros asistenciales, el mayor costo de los cuidados médicos, la organización de la asistencia y sus métodos de financiación son consecuencia de ello.

En su vertiente docente el crecimiento de conocimientos y el vertiginoso ritmo a que se producen, ha hecho necesario, no solo alterar y ampliar los contenidos, los métodos de enseñanza y los períodos dedicados a la formación básica y especializada de los médicos, si no que una vez terminadas y obtenidos los correspondientes títulos y licencia, se hace ineludible una formación continuada a nivel de postgrado.

La situación en España no puede ser más triste al respecto; cada uno de los elementos de la triada marcha por su cuenta. En muy pocos hospitales, incluso los así llamados docentes, se hace investigación básica y aplicada paralelamente a la asistencia que en ellos se presta a los enfermos. Pocos de estos hospitales superarían los criterios de acreditación a standards internacionales incluso a lo que hace a docencia, por lo menos a nivel de pregraduados. El nivel asistencial de algunos de los hospitales clínicos dependientes de las Facultades de Medicina es tan bajo que ni siquiera resultan aceptables para un concierto con el INP dados los standards que éste exige. La investigación tanto la que se hace desde la universidad como la que se hace desde el I.S.I.C. está totalmente divorciada de la clínica y en cuanto a la cantidad y calidad de la misma basta con observar nuestras publicaciones científicas o detenerse a examinar con atención muchas de las tesis doctorales que hoy masivamente se producen y que bien pocas de ellas se llegan a publicar.

Nuestra tecnología médica es de importación, el que "inventen ellos" sigue en vigor, las multinacionales nos siguen inundando con patentes y con aparatajes y así anda la industria farmacológica del país. Es más incluso a lo que hace a educación médica; a menudo ésta, y en la mayoría de las especialidades hay que ir a buscarla al extranjero, planteándose para el médico que se ha especializado aquí el tener que competir con desventaja frente a los "oriundos" que regresan por una plaza jerarquizada del Seguro.

El sistema de educación médica español vive totalmente desconectado de la realidad de la asistencia y olímpicamente desprecia los avances que en el campo de la educación médica y de la sociología de la medicina se vienen haciendo en otros países. Los contenidos de los planes de estudio en medicina no han variado significativamente en lo que va de siglo, la metodología educativa sigue siendo la misma, los métodos de selección y formación de profesorado tampoco se han modernizado, y la estructuración y funcionamiento administrativo y dependencias universitarias siguen inmutables. Si la actuación social y profesional de los trabajadores sanitarios, la ideología que ellos mantienen, tiene algo que ver con la educación, o falta de educación, que reciben dentro del sistema de educación sanitaria, entonces el Estado, que a través de su cuerpo de catedráticos numerarios la domina y con la expedición de títulos la controla, debe modificar dicho sistema de modo que los titulados que evacua salgan con los conocimientos, las habilidades, las características y las competencias profesionales que precisam para adecuadamente funcionar dentro del nuevo sistema, asistencial y sanitario.

Los trece problemas gordos de la educación médica en España.

Los problemas que el sistema educativo desde un punto de vista cualitativo tiene planteados y a los que por ahora no encuentra solución son múltiples y a distintos niveles. Una enumeración no exhaustiva de los mismos destacaría como entre otros los siguientes. A nivel de centros educativos, es decir Facultades de Medicina:

1. El sistema de evaluaciones que se utiliza en modo alguno resulta adecuado para, basándose en él, acreditar que las personas a quienes se les concede un título de médico general o especialista resultan competentes para ejercer las funciones a que dicho título les da acceso y derecho.
2. Los planes de estudio, los agentes y medios de enseñanza - profesorado, métodos de enseñanza, material docente, bibliotecas y laboratorios, - tampoco los sistemas de evaluación intermedia en las distintas fases de la enseñanza y menos aún los utilizados cuando se han aplicado políticas de selección para la admisión de alumnos, aseguran que con ello los alumnos escogidos sean capaces de alcanzar unos objetivos concretos, definidos estos en términos de aprendizaje y seleccionados ellos en función del trabajo que el médico deba realizar.
3. Existe una disparidad patente entre la capacidad docente de las Facultades de medicina y la cantidad y tipo de labor a realizar. La capacidad docente de una Facultad de Medicina viene condicionada por la naturaleza y cantidad de enseñanzas teóricas y prácticas a impartir y determinada por las características físicas de los locales donde ésta se imparte tanto en términos de espacio como de ubicación; por la actualidad, calidad y relevancia de los materiales y métodos educativos que utiliza, por la cantidad y calidad del profesorado que emplea y los medios de enseñanza práctica y clínica de que dispone.

4. Existe una absoluta carencia de autonomía tanto de las Universidades como de los Departamentos en la gestión de los centros educativos, cuyos puestos de dirección lo mismo que la provisión y selección de profesorado escapa totalmente a los órganos de gestión de la Facultad, y más aún de los propios Departamentos. El mismo problema prevalece, y más agravado si cabe, en lo que hace a la financiación y administración de recursos académicos y tasas académicas. (11)

5. Esto coincide con una excesiva centralización por parte de la administración del Estado quien delega en las Facultades atribuciones - como la expedición de títulos - sin suficientes garantías ni medio de control para poder comprobar la calidad de los títulos, al mismo tiempo que restringe el dar a éstos los medios económicos, legales y administrativos que las Universidades y Departamentos precisan para poder eficazmente desarrollar su labor. (12)

(13)

A nivel de enseñanzas clínicas básicas, sobre todo cuando éstas no se imparten en hospitales clínicos, propiedad del Estado, como lo son las unidades docentes concertadas con hospitales privados o de la Seguridad Social, los problemas se concretan en los siguientes:

6. Existe una clara falta de coordinación en las relaciones entre dos instituciones distintas con objetivos, órganos de gestión, personal y dependencias administrativas distintas. El concierto estipulado entre ambas instituciones no se cumple y ambas carecen de autonomía y flexibilidad suficiente para irlos modificando a medida que se ponen de manifiesto dificultades.

7. Las situaciones conflictivas interinstitucionales no pueden ser resueltas a nivel local; cuando esto no sucede, la enseñanza se deteriora y se llega a una ruptura como recientemente ha sucedido por ejemplo entre el Hospital de San Pablo y la Universidad Autónoma de Barcelona.

8. Se carece de un programa de investigación y desarrollo docente que permita y asegure que las enseñanzas clínicas alcancen los objetivos previstos y deseables.
9. Hay una falta absoluta de previsión y establecimiento de medios de control que aseguren que la labor docente a realizar por la institución asistencial concertada no interfiera con los fines asistenciales y sanitarios de los que ésta tiene responsabilidad prioritariamente.

A nivel de enseñanza postgraduada - tanto de tipo general, médicos en internado rotatorio, como especializada para residentes - los problemas son igualmente graves.

10. El número de plazas de internado rotatorio es insuficiente dado el volumen de médicos que las Facultades evacúan sin una enseñanza clínica básica adecuada.
11. Para aquellos privilegiados que consiguen plaza de residente se encuentran con que actualmente los programas docentes que se les ofrecen de "docente" tienen más bien poco. Convertidos en mano de obra médica barata, los residentes se ven obligados a organizarse para instrumentalizar sus reclamaciones docentes y laborales, y lo que es peor una vez terminada su formación no encuentran lugar donde ejercer la especialidad, viéndose discriminados en los concursos por compañeros que realizaron su formación en el extranjero.
12. Las Escuelas Profesionales de Especialización, salvo notables excepciones de gran calidad, que sirven para poner de manifiesto la inadecuación e incompetencia de la mayoría, más bien se limitan a coleccionar tasas académicas y a expedir títulos que no a impartir enseñanzas. (14)

A nivel de enseñanza continuada,

13. Aquella que debiera servir de instrumento para asegurar la competencia actualizada de los médicos generales y especialistas no tiene problema, pues por ahora oficialmente no existe. De todas formas es previsible que, de llegarse a establecer, las Facultades de Medicina harán lo imposible para no dejarse arrebatar dicho feudo. (15)

Como consecuencia de todo esto y en conclusión cabe afirmar que los títulos expedidos por las Facultades de Medicina no merecen credibilidad a ninguno de sus niveles, y que difícilmente ellos resultarán equiparables a los que se acreditan en los países del Mercado Común.

Las Facultades de Medicina, enfermas.

Ante esta panorámica no es de extrañar que el sistema de enseñanza médica resulte conflictivo y que generosamente de muestras de descontento. A todos los niveles de enseñanza éste se hace patente. Manifestaciones de estudiantes, cierre de Facultades de Medicina, huelgas de los MIR, aprobados generales como medio de lucha de los PNN, las huelgas de los ATS, todos ellos en el fondo con un problema académico profesional a cuestas. Los problemas que el estudiante encuentra en la Facultad se le repiten después cuando intenta incorporarse al sistema de trabajo y enseñanza postgraduada.

Las Facultades de Medicina en España fueron las primeras que en un intento fracasado de controlar la avalancha de bachilleres que se les venía encima, intentaron imponer un numerus clausus. Tratándose la medicina de la más sacralizada de las profesiones seculares que salen de la universidad, la afrenta que representa frustrar el camino a jóvenes "con vocación" es algo que clama al cielo y con ello aparecieron las primeras huelgas; después de algunos forcejos por fin el año pasado todo el mundo fue admitido. Pero una vez dentro de la Facultad de Medicina, los estudiantes, que exceden en número a los que materialmente caben en sus edificios, se encuentran con que aquello que se les enseña y la manera como se les enseña no es lo que esperaban y por lo que con tanto ahinco han venido luchando. Las autoridades

académicas abrumadas por el número de alumnos recurrieron en primer lugar a concertar hospitales para que se les ayudara en la docencia y a contratar PNN sobre los que echar el peso de la misma. Las unidades docentes en medicina son lo suficientemente instituciones autónomas y los PNN lo suficientemente médicos como para no dejarse manejar por funcionarios del Ministerio de Educación y Ciencia. Como da la casualidad que tanto unas como otros no precisan de la enseñanza para poder sobrevivir, empezaron a protestar y terminaron siendo tildados de contestatarios y subversivos. Dentro de los hospitales, huelgas y paros académicos - sean ellos de orden político o discente o docente - no acostumbrados además a estudiantes melendados y a los "grises" polulando por corredores y por otra parte, no compensados económicamente ni en términos de prestigio por el Ministerio de Educación, el costo que supone para un hospital dar enseñanza pregraduada se empezaron a cansar. De paso sea dicho, los únicos hospitales que aguantaban son los del INP, por aquello de que la autonomía la tendrá el organismo que no los hospitales o las personas que para él trabajan. Todas estas razones tanto de tipo institucional como personal justifican el descontento y claman porque algo se haga para remediar este estado de cosas y erradicar las causas subyacentes; ahora bien lo más importante es la repercusión, las consecuencias que toda esta situación finalmente está acarreando para el conjunto de la asistencia.

En el párrafo que sigue, al que ya hemos citado como epígrafe al enunciar el conflicto de la educación médica en este trabajo, la Comisión Interministerial dice:

"En todo caso (la enseñanza, formación, perfeccionamiento y especialización), se trata de una materia fundamental para los propios interesados, para el conjunto de las profesiones sanitarias y para toda la colectividad nacional, cuyos servicios y prestaciones sanitarias, actuales y futuros, guardan estrecha relación con la calidad y extensión de la formación de los profesionales sanitarios". (Art.67)

Profesionales sanitarios lo son no solo los médicos, sino toda aquella persona que desempeñando una ocupación u ocupando una posición dentro de la estructura sanitaria precise para ello haber previamente haber recibido una formación específica y obtenido un título que se lo acredite. El que por razones tradicionales la medicina relegue a la posición de subalternas o auxiliares a otras ocupaciones que aun cuando se ocupen de la asistencia nada tienen que ver con la medicina - enfermería, ATS, o incluso biología, farmacia o veterinaria - y, el que impida la asimilación a la sanidad de otras profesiones en existencia, o por crear - caso de los economistas, directivos de hospitales, sociólogos de la medicina o psicólogos clínicos - es algo que resulta intolerable. Los problemas que hoy la sanidad y la asistencia tiene planteados y pendientes por resolver exigen un ataque multidisciplinario y un esfuerzo coordinado que en mucho supera las posibilidades, los conocimientos y el ámbito de la profesión médica.

La manera como la medicina consigue el control de las demás profesiones sanitarias es a través de su sistema de educación médica. A unas - aquellas que siguen directamente dependiendo de las Facultades de Medicina - las mantiene a un nivel de subdesarrollo universitario y de colonialismo dependiente en la medicina - ATS, enfermeras, etc. -, a otras, y aún más si se trata de universitarias, se las considera como intrusas si pretenden hacer una labor clínica, y a sus titulados se les obstaculiza el acceso a posiciones de responsabilidad y de poder - sean ellas de tipo administrativo, clínico, investigador o docente - dentro de la sanidad y de la asistencia. (16)

De ser consecuente la medicina consigo misma y con el doble compromiso que tiene con la salud y con la ciencia, debería darse cuenta de lo limitado, aunque importante, del papel que dentro de la sanidad le corresponde y de la necesidad y urgencia que existe por juntarse con profesionales de otras disciplinas universitarias para en un esfuerzo cooperativo e integrado atacar sus propios problemas y los de la sanidad y de la asistencia. Se

habla mucho de ataque multidisciplinario y de labor en equipo, pero en tanto en cuanto se mantengan las actuales situaciones de privilegio de la medicina basados en niveles educativos distintos y discrepantes entre profesiones, será muy difícil a nivel de trabajo equiparar unos estatus que se crean a nivel educativo. Si las Facultades de Medicina, pasarán a ser una más de entre las distintas facultades dentro de un centro universitario de Ciencias de la Salud, y sus profesionales se formarán conjunta e integradamente con los de las demás facultades - tal como proponemos en nuestro modelo - se facilitaría ésta equiparación profesional que hace verdaderamente posible la labor en equipo entre profesionales de distintas especialidades y disciplinas.

Diagnóstico etiológico y patogenia de nuestro gran enfermo.

Si examinamos con cuidado los trece problemas enunciados en el epígrafe anterior y hacemos lo mismo con los tres grandes males mencionados al hablar del conflicto de nuestro sistema de educación médica (17), nos daremos cuenta que tanto unos como otros son al mismo tiempo expresión y causa de esta enfermedad de que sufren las Facultades de Medicina y de las que es responsable nuestra universidad.

Nuestra "torre de marfil", en su esplendido aislamiento de la realidad pragmática de las profesiones y de las necesidades sociales a que estas van dirigidas a cubrir, se viene caracterizando por un desprecio sistemático de todo lo que sea investigación del proceso educativo a nivel universitario y la aplicación al mismo de principios científicos y tecnología pedagógicas. Por otra parte, estos mismos males y problemas son expresión del juego de poderes por el que se caracteriza nuestra vida y política universitarias. A mi modo de ver, es la estructura napoleónica de la universidad española con su centralismo a ultranza, la creación de feudos y la institucionalización del funcionario - profesional de la docencia - en catedrático vitalicio, omnipotente y omnisciente por oposición y decreto ministerial, lo que más viene obstaculizando el proceso de modernización y desarrollo del que sufre

en general la universidad y que se hace más patente, si cabe, en sus Facultades de Medicina. Como ya hemos descrito, es la falta de autonomía de las universidades y departamentos universitarios junto con la absoluta autarquía de facultades y de catedráticos el mayor obstáculo para un evolución y cambio. (18)

Resumiendo, nuestros comentarios sobre el "gran enfermo" de la universidad: las Facultades de Medicina detentan el monopolio de la docencia y de la otorgación de títulos a todas las profesionales sanitarias y ello a todos sus niveles; jerarquizan dichas profesiones en forma injusta, manteniendo a las subalternas en un estado de subdesarrollo universitario y médicamente colonizando a las mismas; impiden el acceso a la asistencia a otros titulados universitarios y dificultan la creación de nuevas profesiones que la sanidad precisa. Los problemas de la educación médica son o bien problemas de tipo tecnológico - y por tanto científica y técnicamente resolubles - o bien problemas de tipo político, pero no de política política, sino de política universitaria, política de servicios y de política profesional.

De por siglos, Facultades de Medicina y Catedráticos de Medicina vienen detentando las posiciones de máximo poder y prestigio dentro de las instituciones asistenciales y de la profesión médica. La cátedra, junto al servicio del hospital clínico al que va atañida, sirve a la vez para impartir docencia a través de la clase magistral, escaparate para conseguir prestigio y de palanca para acumular poder en la comunidad de profesionales y de palanca para acumular poder en la comunidad de profesionales y para escalar posiciones en el ejercicio de la medicina privada. El camino que lleva a la cátedra ciertamente no se hace por caminos de docencia, son los artículos y libros publicados, basados en buena o mala investigación, pero eso sí, dirigidos a conquistar el favor de aquellos que algún día estarán sentados en el tribunal de oposición. El futuro profesor numerario - y menos aún el que ha llegado ya a serlo - raramente se interesa o se preocupa por cuestiones de educación. No es la investigación docente lo que interes, ni tampoco

la formación teórica o práctica en tecnología educativa. En todo caso lo que motiva al profesor a recibir o asistir a cursos o congresos es más el mérito que con ello adquiere o el diploma que consigue que no lo que en ellos se aprenda. La experiencia docente que el opositor acumula - las clases "magistrales" que substituyendo al maestro se ve obligado a dar - para lo que mejor le sirven es para entrenarse y poder hacer un papel brillante en la oposición y no para que aprendan los alumnos.

Con la asimilación de hospitales de la Seguridad Social y el desarrollo de nuevos hospitales privados, a la enseñanza de la medicina, los hospitales clínicos han perdido prestigio al perder la exclusiva docente. Los profesionales que actúan en dichos servicios, se les conceda o no la denominación de catedrático a título de PNN, han tenido ocasión con ello de personalmente prestigiarse frente al alumnado y frente al público. Paralelamente a lo que viene sucediendo con el título de médico, así está sucediendo con el de profesor numerario. A pesar de que éstos han conseguido a través del ministerio impedir la dotación de plazas y han forzado el que ésta se sigan cubriendo por el sistema de oposiciones que el cuerpo de catedráticos numerarios controla, el título se desprestigia. Al carecer de hospital clínico propio o resultar éste poco prestigioso, al no poder controlar los hospitales asociados o no tener servicio alguno como se da a menudo el caso, algún numerario de clínicas se ve obligado a dar teóricamente clases prácticas o lo que es peor, a prescindir de la docencia y tener que dedicarse a tareas burocráticas o administrativas en la Facultad o la Universidad. Y, con ello el numerario pierde los beneficios secundarios que iban atañidos a la cátedra. La lucha entre profesores numerarios y no numerarios se ve agravada cuando éstos pertenecen a instituciones en competencia. Poco a poco la Seguridad Social ha conseguido ir dominando a las Facultades de Medicina y éstas intentan controlar y someter a aquella a través de la docencia. Funcionarios de ambas instituciones que para escalar la cúspide de sus sistemas altamente jerarquizados deben contar con una personalidad autoritaria, mucho individualismo y una alta competitividad, no es de extrañar el que encuentren difícil cooperar los unos con los otros. Que todo esto vaya en deterioro de la docencia es consecuencia lógica.

Si a todo esto añadimos la confusión creada por el Ministerio de Educación y Ciencia con sus continuos cambios de planes de estudios que no cambian nada, con la creación de pseudofacultades que no cuentan con profesorado, ni medios, ni camas docentes, y con sus inconsistentes políticas de selección que no seleccionan nada ni consiguen adecuar el número de alumnos a la capacidad de los centros docentes, comprenderemos que la enfermedad de que sufren las Facultades de Medicina es grave.

El estudiante se convierte en víctima a la vez que en elemento de masificación; se transforma en un ser pasivo, con escasa participación en la vida universitaria, que acepta acríticamente el dogmatismo del docente y resulta incapaz de responsabilizarse de su propia formación.⁽¹⁹⁾ El absentismo escolar - a pesar de que se haya abolido la enseñanza libre - crece día a día, el sistema de estudio por apuntes lo favorece, y las continuas huelgas, cambios de calendario escolar y prolongadas vacaciones, más la escasez de clases prácticas y de camas docentes hacen posible que muchos médicos se graduen sin haber visto un enfermo, habiendo dedicado seis años a lo que podrían fácilmente haber aprendido estudiando de verdad en un par de ellos.⁽²⁰⁾

Finalmente, hay un factor sociológico que poderosamente incrementa la demanda por estudios de medicina: esta carrera es la única salida válida para un bachiller con aspiraciones de promoción social y "vocación" sanitaria, y por tanto, sin saber lo que es ser médico, ni lo que es salud ni enfermedad, en plena adolescencia se ven obligados a tomar una opción ocupacional que les compromete de por vida, y de la que no tienen otra salida que el abandonarla. La alta mortalidad estudiantil - abandono de los estudios - que en pequeña parte sirve para compensar la falta de un procedimiento de selección, a mi modo de ver, está altamente influenciada por esta prematura decisión, sin otras alternativas sanitarias ni diversificaciones a que se somete al candidato a médico.

Si denunciar problemas, diagnosticar síntomas, apuntar las causas y buscar los mecanismo patológicos, además de posible y fácil puede resultar hasta divertido, no lo es tanto ni a veces ni tan siquiera posible encontrarle tratamiento, remedio y cura. Los problemas políticos deben ser resueltos políticamente, pero cuando es el propio Establishment, los mismos que detentan el poder y disfrutan de sus beneficios, quienes están encargados de ello, y en consecuencia a perder uno y otros, la cosa ya no resulta tan fácil; basta pensar en el problema que la Reforma Política encuentra con sus burocráticas Cortes, para imaginarnos las posibilidades que el sistema de educación médica tiene de ser reformado si ello lo han de hacer su cuerpo de catedráticos. El poder del numerario y con él el de las Facultades de Medicina está hoy día siendo contestado desde tres frentes distintos: 1) los PNN - elementos foráneos al sistema - que no quieren pasar por el mecanismo de socialización - la oposición - del cuerpo de catedráticos; 2) por los hospitales docentes - dependiente de otras estructuras jerárquicas - p.e. el INP - que no quieren conformar con el sistema universitario y aspiran a convertirse en unidades docentes o facultades autónomas; y 3) por el estudiantado, que habiendo superado la capacidad que las facultades tienen para su docencia, control y socialización, crean su propia cultura y buscan sus propios medios de aprendizaje.

Existen otros dos elementos fuera del sistema que pronto van a entrar en conflicto con las Facultades de Medicina: Por una parte, los Colegios Profesionales de médicos - regidos por Juntas de Gobierno democráticas, elegidas por un electorado de médicos jóvenes que no participa de la cultura médica tradicional, y que ya sea directamente ya a través de sindicatos es previsible le disputen a las Facultades la validez de los títulos que éstas emiten o bien exijan una participación en el control de la docencia.

Por otra parte, el día que los usuarios de la sanidad - la comunidad - tenga mayor conciencia de su responsabilidad y protagonismo sanitarios, exigirá lo mismo y por las mismas razones que lo que exigirán los colegios profesionales.

Al órgano de gestión de las Facultades de Medicina no le cabe seguir funcionando autocráticamente, ni dependiente de autoridades superiores, burocráticas y centralistas. Bien poco se ganaría si la estructura de poder de las Facultades de Medicina pasara de depender de un Ministerio de Educación y Ciencia a un Ministerio de Salud, o al INP. Solo un funcionamiento democrático, autónomo y regionalizado, basado en la colaboración de representantes del profesorado - numerario y no numerario -, del alumnado a todos los niveles, de las instituciones asistenciales, de los colegios profesionales y de la comunidad a la que sirve, estará en condiciones para resolver los problemas del sistema de educación sanitaria - dentro del cual el de los médicos debería venir integrado.

Un sistema político autoritario hubiera podido resolver los problemas de la Facultad de Medicina a base de planificación y medidas tecnocráticas, pero que osamente esto no se ha dado la crisis actual, de ser atacada democráticamente, quizás permita la aparición de una nueva medicina, basada en una ideología de salud, que es la que el pueblo necesita y no aquella que saldría caso que los dictadores hubieran sido más eficaces en llevar a cabo su dictadura.

A grandes males grandes remedios.

El más somero análisis de la situación hasta aquí apuntada nos señala que los aspectos cuantitativos de que adolece el sistema de educación médica español son más bien resultado que no causa del aspecto cualitativo de la misma. Asimismo los problemas propiamente pedagógicos que cabría resolver mediante la aplicación de principios y tecnologías educativos y medidas administrativas, tampoco cabe hacerlo debido a razones de tipo político. Lo mismo que sucede con la economía del país, resolver dichos problemas no es cosa fácil en tanto en cuanto que aquél no haya superado el estado de transición que va de la dictadura a la democracia. La adopción de un modelo de organización sanitaria integrada, coordinada, regionalizada y normalizada, tal como el que se propuso para un Servicio Nacional de Salud en el Xº Congreso, supone una radical transformación de la praxis médica, lo que naturalmente afecta al personal sanitario que debe trabajar en dichos servicios.

Si lo que se desea es mejorar la salud de la población, una mejor planificación de la formación del personal sanitario resulta imprescindible. Mejorar su formación implica hacerlo con criterios de racionalidad científica, tomando ventaja de todos los recursos tecnológicos, organizativos, administrativos y políticos que sean precisos, para hacerlo materialmente posible, económicamente viable y socialmente rentable. Cuarenta años de franquismo han hecho posible que se perpetuaran las estructuras educativas de una profesión - la médica - ya de por sí inmovilista y conservadora. El autoritarismo del sistema político ha venido a reforzar el dominio de la medicina sobre el resto de las profesiones sanitarias al tiempo que ella misma perdía autonomía al ser por el INP proleterizada y burocratizada. El profesor universitario ha perdido prestigio, el médico ha perdido carisma, los títulos de ambos se han desvalorizado y desacreditado, pero a pesar de ello ninguno ha perdido poder, poder sobre el estudiante los unos, poder sobre el enfermo los otros, y las Facultades de Medicina, aún cuando hoy inundadas de estudiantes y en estado casi caótico siguen siendo instituciones autocráticas.

1. Desde la sanidad y de la asistencia, la estructuración de las profesiones sanitarias, la institución de nuevas profesiones, la cantidad de profesionales sanitarios que se precisen, la proporción entre las distintas disciplinas y dentro de cada uno de ellas la del grado de especialización que requieren, es imprescindible venga determinado por las necesidades que de ellas y ellos haya en los servicios de salud. Los mismos objetivos que se propone la sanidad y la asistencia cara a la salud son aquellos que la docencia debe proponerse cara al aprendizaje y la formación de profesionales sanitarios.

La formación que cada uno de ellos reciba - formación básica, especializada y continuada - los contenidos de los programas de formación, los métodos educativos utilizados, el lugar donde esta formación se recibe, las instituciones y personas que la impartan, i finalmente, los momentos que en el curso de su formación deba esta ser recibida, deberán forzosamente ser los adecuados y venir en función de las necesidades educativas del personal sanitario y los condicionamientos del trabajo. No como hasta ahora, dejado al capricho y a los intereses particulares de las instituciones educativas y de los funcionarios que las regentan y regulan. Por otra parte, la formación que los distintos profesionales de la sanidad además de resultar adecuada a su trabajo específico, debe serlo, también a aquél que en conjunto con los otros profesionales vaya a llevar a cabo. Resulta obvio, que cuanto más parejo resulten las condiciones del aprendizaje a aquellas otras en que se de la asistencia, mejor será el aprendizaje y mejor el trabajo que harán dichos profesionales en el momento de asistir a la población y al enfermo. Todo profesional se forma en el seno de unas instituciones educativas; al mismo tiempo que está en contacto con profesores, compañeros y enfermos lo está también con otros profesionales sanitarios. La discriminación que existe entre unas y otras disciplinas, el sistema endogámico a nivel docente en Facultades y Escuelas separadas, disociando asistencia de docencia, discriminando maestro de alumno y ambos de auxiliar de clínica

de paciente, artificialmente asignando años de docencia a unos estudios y a otros no, y cercenando o no el acceso a la universidad de algunos o el nivel dentro de la misma alcanzable, favorece al actual sistema clasista intra e interprofesional que está dominado por la medicina y por las especialidades.

En el caso de la medicina, el que la docencia se imparta exclusivamente en hospitales, disociando medicina general, ambulatoria y domiciliaria, de medicina especializada y de hospital, debe ser revisado, para no favorecer como ahora el que dentro de la "clase médica" se cree un sistema de castas donde el especialista ubicado en el hospital es el rey, y el médico general o de familia, que constituyen la base de la pirámide asistencial y están en primera línea en la lucha por la salud, se ve convertido en un paria.

2. Desde el punto de vista del estudiantado existen como mínimo dos problemas para los que es urgente encontrar una solución: como es el desmesurado crecimiento de población escolar que elige medicina como opción ocupacional; otro, encontrar alguna manera de hacer una selección que no sea discriminatoria y elitista y adecuar el número de estudiantes a la capacidad de los centros. El primer problema desaparecería si el estudiante a la hora de elegir su profesión partiera de un tronco común del que se desprenden las distintas profesiones de salud y las que van abriéndose en abanico de distintas opciones a medida que progresa en sus estudios. Cuando igual prestigio tenga un doctorado, una licenciatura, en enfermería, en farmacia o veterinaria que los que hoy disfrutan los de medicina, quizás se alivie la triste situación con que hoy se confronta España: existen ya sobradamente más estudiantes de medicina que médicos colegiados; el número de médicos en mucho supera a los de ATS o enfermería. El atractivo de una profesión en gran parte deriva de su imagen social y ésta a su vez de las oportunidades de ascenso social que ofrece. Si además de la medida propuesta, que cabe ser concretada con la creación de centros universitarios de Ciencias de la Salud - no basta para absorber el número de alumnos con

aspiración sanitaria, los criterios de selección actualmente imperantes deben ser revisados. Las pruebas de aptitud hoy por hoy empleadas en absoluto democratizan las oportunidades de acceso. No solo se perpetúan con ello las posiciones de privilegio clasista que existen en la enseñanza primaria y secundaria, sino que por ser técnicamente inadecuadas y social y profesionalmente irrelevantes, no tienen otro valor predictivo que el de que puedan seguir unos estudios que conducen a un título y no en absoluto una especial habilidad o disposición para una actividad sanitaria. Quizás resultara predictivamente más fiable el que para ser admitido en medicina hubiera demostrado el candidato durante un tiempo su competencia como auxiliar de clínica o en trabajo social que no las actuales pruebas de selección. De paso con ello se aliviaría el tremendo problema de personal que confrontan las instituciones asistenciales. El tan debatido numerus clausus debe venir condicionado por la capacidad real de los centros docentes y la de éstos determinada no por la demanda estudiantil - no informada, no dirigida, no planificada -, sino, por el contrario, por las necesidades de recursos humanos que tanto cualitativa como cuantitativamente tiene el sistema asistencial y que este precise y pueda absorber. Sin un programa de desarrollo de recursos humanos y de investigación de necesidades asistenciales resulta absurdo toda planificación educativa.

3. Desde el punto de vista de los centros docentes, tanto en lo que hace a su multiplicación, crecimiento y potenciación, como a lo que concierne a su ubicación, dos criterios fundamentales deben ser tenidos en cuenta:

1) impedir a todo costo la actual degradación de la enseñanza y remediar el daño hasta ahora hecho con educación en el trabajo postgraduado compensatorio y continuos reciclajes, y 2) ubicar los centros docentes-asistenciales en aquellas zonas del país donde existe mayor déficit sanitario.

El primer punto es un problema de tecnología educativa por una parte y de formación de profesorado por otra. La función asistencial no puede estar divorciado de la docente; todo centro asistencial y todo sanitario en ejer-

cicio deben estar capacitados para impartir docencia - sobre todo a nivel de clínica; la pirámide asistencial debe ir superpuesta a la de la docencia, y tanto una como otra contar con eficaces medios de evaluación y control para asegurarse que los objetivos de salud y de aprendizaje son los pretendidos y alcanzados.

Las Facultades de Medicina así como las instituciones asistenciales hoy en día se concentran en los grandes núcleos de población, los profesionales de la salud una vez graduados tienden a establecerse o emplearse en el lugar donde se formaron. Con ello lo que se consigue es que las desigualdades sanitarias campo/ciudad y regiones ricas/regiones pobres se incrementen más y más. La regionalización y sectorización sanitarias que se propone para un Servicio Nacional de Salud, debe ir superpuesta a un plan de descentralización docente que coincida con la asistencia.

La disociación asistencia-docencia hoy presente debe ser eliminada y una de dos, o las Facultades de Medicina se convierten en centros universitarios de salud y se responsabilizan de los problemas sanitarios y asistenciales de la zona que les corresponde, o bien se integran dentro de la red asistencial e imparten desde allí la docencia.

En resumen, el modelo hacia el que apuntamos es uno en que la docencia está al servicio de las profesiones sanitarias, éstas al servicio de la asistencia y ésta a su vez al servicio de la salud de la comunidad a la que sirven. Si lo que se propone es dar una asistencia integral a la población, docencia y asistencia deben venir integrados. La formación de los distintos profesionales de la salud en Centros Universitarios de Salud favorecería su ecualización. Al mismo tiempo que de contar con un primer ciclo del que salen distintas salidas profesionales se asegura la supervivencia estudiantil a la vez, mediante la enseñanza clínica integrada y en los centros de salud y con problemas reales, se favorece la colaboración interdisciplinaria e interprofesional, y el trabajo en equipo. La calidad de la enseñanza se asegura mediante aplicación de principios

de metodología y tecnología educativas, y con control e investigación de todo el proceso de enseñanza. La investigación debe aplicarse no solo a la docencia sino a la asistencia, y no solo al caso individual, sino a toda la comunidad de la que el centro docente asistencial es responsable. Una evaluación y un control eficaz de la docencia, del aprendizaje, del funcionamiento del centro docente y de su relevancia para la salud comunitaria deben ser establecidos. El camino para llegar a formular un modelo concreto para la educación de profesiones sanitarias es larga. Es más, éste no puede ser concebido solo por médicos y desde dentro de la medicina. Teóricamente, hace falta un esfuerzo interdisciplinaria para llegar a concebirlo. Prácticamente, y esto es ya parte de un proceso sanitario, es la misma comunidad quien democráticamente debe fijar primero sus objetivos de salud, decidir si lo que quiere es una sanidad orientada por una ideología de salud o por una de enfermedad, y aceptar después tanto la responsabilidad como el protagonismo de su salud y de la de la comunidad.

Si hemos titulado este trabajo 'Hacia un Modelo de Ruptura Educativa para una Reforma Sanitaria', es porque estamos convencidos que la ideología médica orientada hacia la enfermedad es la que domina dentro de nosotros mismos - tanto médicos como no médicos - por más que críticamente la reconozcamos e ideológica y prácticamente tratemos de combatirla. En nuestro mundo occidental y civilizado, países que comulgan los más opuestos credos políticos, independientemente de sus estructuras socio-políticas - sean éstas capitalista o sociolista - y sus gobiernos sean o no democráticos, acaban montando sus servicios de salud en una ideología médica de salud que domina la medicina y va orientada hacia la enfermedad. El continuismo de la ideología médica en el ámbito de la educación sanitaria es el primero que tiene que ser primero cambiado si alguna vez queremos nuestra sanidad funcione por otros derroteros que no los presentes.