

SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

29 Enero / 3 Febrero 1973 - Barcelona

LA ENSEÑANZA CLINICA DENTRO DE LOS PLANES DE ESTUDIO DE LAS
FACULTADES DE MEDICINA

Mesa Redonda organizada por el Servicio de Estudios del Instituto
de Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona
(Texto transcripto de la grabación)

1 de Febrero de 1973

Dr. Bartolomé: Esta reunión de trabajo constará de tres partes. En la primera el Dr. Juan Campos Avillar analizará los aspectos psicosociales y educacionales de la enseñanza clínica universitaria. En la segunda, el Dr. Felipe Soler Sabarís tratará sus aspectos cuantitativos y socioeconómicos y en la tercera, tendrá lugar el debate entre los participantes.

En la actualidad, son muchas las instituciones que se interesan en el estudio de la metódica de los programas y, en general, de todos los problemas que abarca la educación médica en nuestro país.

Creo que es fundamental que lleguemos -o al menos intentemos llegar- a la elaboración de algunas conclusiones que nos permitan establecer:

- 1º En qué nivel de recursos institucionales y humanos nos encontramos ahora.
- 2º Qué perspectivas tenemos para un futuro inmediato y para uno no tan inmediato.

Ambos problemas están en íntima relación con la capacidad o con el desarrollo que deberán adquirir las enseñanzas médicas en España, y afectan a una gran cantidad de profesionales de la docencia y de la medicina en general.

Invito a todos los presentes a participar de este diálogo puesto que sus opiniones al respecto pueden ser muy valiosas. No quiero entretenerlos más. Quizás el Dr. Campos podría iniciar su exposición.

Dr. Campos Avillar: Voy a intentar resumir el documento de trabajo elaborado para esta ocasión.

Hemos reunido en esta mesa a profesionales que estén implicados, directamente, en la enseñanza médica y, sobre todo, en su aspecto clínico. Entre nosotros se hallan representantes de la Universidad, de hospitales asociados con programas de residentes -formales y bien organizados- o sin ellos, de instituciones asistenciales que ya, en la actualidad, tienen alumnos y de instituciones asistenciales que los tendrán en el futuro. Hay gente de la región catalana y del resto de España, que posee mucha experiencia y que ha trabajado en Madrid, en Barcelona, etcétera.

Nuestra preocupación es formar médicos adecuados a su función en el futuro. Todos sabemos que esto exige una enseñanza muy distinta de la que se imparte actualmente. El problema radica en cuantos alumnos podemos formar, o bien, cuántos médicos necesita el país para desarrollar los programas de salud que sean necesarios.

Las enseñanzas clínicas son necesarias y deben impartirse en distintos momentos de los estudios. Hay tres niveles fundamentales:

1º Nivel de enseñanzas básicas en el primero y segundo cursos (caso que se proceda a la integración vertical y a la incorporación a la clínica desde los primeros cursos).

2º Nivel de pasantías o clerkships en el tercero, cuarto y quinto cursos (existe una diferenciación muy clara entre el tercer curso, de semiología y preparación para la clínica, y las pasantías por bloques rotatorios en el cuarto y quinto cursos).

3º Nivel de internado rotatorio con cinco clínicas básicas. No sabemos todavía si estará incluido o no en el plan de estudios de la licenciatura, pero estamos de acuerdo en que nuestros médicos deben pasar por un internado rotatorio.

Hasta el presente nuestra enseñanza clínica ha sido, salvo raras excepciones, de tipo informal. En la actualidad pasa a ser formal. La enseñanza clínica formal reúne ciertas características, persigue determinados objetivos y está limitada por condicionamientos que es necesario tener en cuenta en el momento de efectuar su planificación.

Entre sus características más importantes encontramos: 1º que es asequible a todos los estudiantes, 2º que otorga responsabilidades progresivas al alumno, de acuerdo con el grado de capacitación que posea, 3º que es completa, es decir, que es capaz de enfrentar al alumno con toda clase de enfermos en cuanto a personalidad y clase social y con todo tipo de cuidados (desde cuidados intensivos hasta curas ambulatorias, hasta, sencillamente, cuidados).

Los objetivos de la enseñanza clínica se subordinan al objetivo general que persigue la educación médica. Pretende capacitar a los alumnos para ejercer la medicina general y hacer que adquieran, además de los conocimientos y habilidades precisas, determinados valores médicos, actitudes y la identidad profesional adecuados a las necesidades del país. Esto será fruto -como veremos después- del ambiente total, del conjunto de transacciones que tienen lugar dentro del hospital.

Las características y los objetivos de la enseñanza clínica nos lleven a plantearnos el problema de las plazas docentes (no hablo de camas, sino de camas operativas, de camas docentes). ¿Cuántas son las plazas docentes disponibles? Para calcularlas debemos tener en cuenta los factores positivos y negativos que condicionan su número y su obtención.

El factor positivo principal es que contemos con un profesorado que posea la formación adecuada -el hecho de ser médico, y de ser un buen médico, no es garantía de poder enseñar-. Dependerá de la organización y la acreditación que tenga el hospital; de que haya una pirámide de enseñanza -desde residentes a internos, incluso enfermeras- donde los niveles de titulación superior enseñen a los inferiores.

Los factores negativos dependen:

1º del enfermo y de la capacidad del hospital para utilizarlo como material docente sin que esto interfiera en la función asistencial. Esto es importante tanto desde el punto de vista humano como legal, ya que a la institución se la considerará solidaria de las negligencias profesionales que pueda cometer el estudiante dentro de la misma.

2º del número de alumnos que debemos formar.

El Dr. Soler Sabarís nos dará un pequeño panorama de nuestra situación actual respecto del número de plazas disponibles. En cuanto a dónde obtenerlas, se ha pensado, en principio, en la asociación con hospitales como única solución posible.

¿Dónde impartiremos la enseñanza clínica? Fundamentalmente en tres lugares:

- 1) En la Universidad. Es el único lugar en que se abarcarán los tres niveles, desde enseñanzas básicas hasta enseñanzas clínicas.
- 2) En unidades docentes que se responsabilicen por completo de la enseñanza de pasantías a partir del tercer curso.
- 3) En instituciones que establezcan una asociación parcial con la Universidad y que darán algunas pasantías (cuarto y quinto cursos), o bien, un rotatorio o bloques de pasantías para los cuales estén capacitadas.

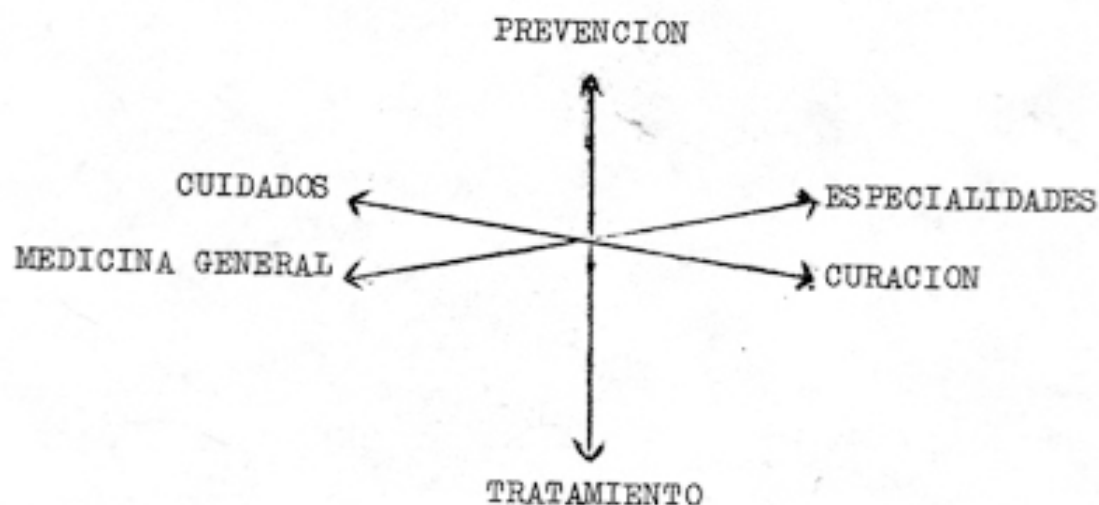
Los alumnos para los que no haya cupo dentro del sistema, deberán ir por libre. Lo cual quiere decir que deberán, de todos modos, -aunque no sea por una vía formal- llegar a estar capacitados para el ejercicio profesional.

Las instituciones asistenciales no pueden permitirse el lujo de admitir dentro de sus sistemas, más alumnos que aquellos a los que pueda enseñar sin comprometer con ello sus funciones asistenciales.

Si la cantidad de plazas disponibles no cubre las necesidades determinadas por el número de alumnos que pretenden acceder a ellas, deberán determinarse criterios de selección. La consecuencia será que el numerus clausus, que las Facultades de Medicina no pudieron imponer en el primer curso, se establecerá a nivel de los años clínicos.

Por otra parte, la capacidad limitada de los hospitales hará que los futuros médicos se formen en hospitales diferentes y que egresen, por lo tanto, profesionales con formaciones también diferentes. Dado que el prestigio y el nivel docente de los hospitales no es uniforme, el resultado será -si la evaluación es equivalente para todo el mundo- una discriminación entre los médicos según el lugar en el que hayan efectuado su aprendizaje.

Para terminar, quisiera presentarles un pequeño modelo que deberíamos tener en cuenta: Si trazamos coordenadas espaciales y ubicamos las funciones que han de desempeñar nuestros médicos, nos encontramos con que las características de la medicina hospitalaria caen dentro de las tres coordenadas siguientes: especialidades, curación y tratamiento. Es una medicina curativa que se realiza, por lo general, en un momento agudo de enfermedad, suele ser especializada y estar dirigida a un tratamiento.



Estas características de la medicina hospitalaria son opuestas, por completo, a las características que debería reunir el médico general que necesitamos. En efecto, un médico general debe ser capaz de hacer medicina preventiva -de cara al ambiente y de cara al individuo-

y de impartir educación sanitaria. Debe atender a la continuidad del enfermo, ser capaz de aconsejar, de asistir, de modificar conductas que produzcan enfermedad. El ambiente total del hospital no conduce, por el momento, a este tipo de médico. Nos preguntamos si esta formación restringida, exclusivamente, al ámbito hospitalario es la más adecuada para formar médicos generales, que es el objetivo explícito de las facultades de medicina en la actualidad.

Pero pasemos ahora a los aspectos cuantitativos y, quizás, podamos discutir todo esto después.

Dr. Soler Sabaric: Voy a ser muy concreto, ya que creo que tiene importancia el tiempo y la discusión posterior.

Los datos que voy a dar son sujetos de corrección o modificación posterior, ya que han sido redactados a vuela-pluma y sin actualizar.

Número de universidades existentes: Madrid 3 (dando por buena la inaugurada recientemente), Barcelona 2, Bilbao 1, Granada 1, La Laguna 1, Murcia 1, Oviedo 1, Santiago 1, Salamanca 1, Sevilla 1, Cádiz 1, Valencia 1, Valladolid 1, Zaragoza 1, Navarra (aunque no estatal) 1, Soria 1, Santander 1, Málaga 1, Total: 21.

Número totalmente suficiente, aunque discutible la distribución geográfica en relación con el número de población estudiantil, y valoración de la dispersión de la enseñanza en universidades ubicadas en centros pequeños de población.

Las pautas dadas por la Conferencia Mundial de Educación Médica de Nueva Delhi, es la de 150 alumnos por curso, máximo tolerable 250. Mortalidad estudiantil máximo 10%. Aceptando dichas cifras terminarían anualmente 4.000 médicos (cifras aproximadas) con lo que teóricamente se cubrirían de sobra las necesidades del país a los años vista, aunque en la práctica, de continuar la actual estructura sanitaria, aumentaría el paro o sub-empleo ya existente.

Si aceptamos la cifra de 4 a 6 alumnos por cama en los cursos clínicos y añadimos las necesarias en el internado rotatorio, son necesarias más de 10.000 camas, cifra totalmente fuera del alcance de los respectivos hospitales clínicos.

En este momento se dispone para asistencia hospitalaria de 175.000 camas, distribuidas entre 1.359 hospitales. (Cuadro publicado por el Procurador en Cortes y Presidente del Colegio Médico de Murcia, Dr. Quesada). La mayoría de dichos hospitales no tienen nivel científico adecuado. El índice aproximado de una estadística da el siguiente resultado: 18% en buen estado, 45% bien, 20% regular, 4% malo, y del resto no se obtienen datos respecto a la calificación de asistencia y rendimiento. El 71% de los hospitales es anterior a 1920 y el 21% a 1900.

La distribución por provincias es la siguiente: 33 5 camas por mil habitantes, 15 entre 5 y 9, 3 superiores a 9.

La Seguridad Social dispone en 1971 de 26.000 camas y 12.500 concertadas con diversas instituciones, distribuidas en la forma siguiente: Institución de ámbito nacional 2, Ciudades Sanitarias 4, Residencias 55, Centros de Urgencia y Rehabilitación 2, Unidades y Zonas Maternales 3, Residencias Sanitarias Provinciales 1.

De ámbito nacional la Puerta de Hierro tiene 402 camas. Ciudades sanitarias: Francisco Franco 1.896, La Paz 1.900, Virgen del Rocío 1.553, La Fe 1.393. Residencias 15.000. Maternales (Río Tinto, Alcañiz, Reus) entre todas 48 camas. Quirúrgicas (Oviedo y Madrid) 120 camas en conjunto.

Todas estas instituciones pueden considerarse como aceptables en su funcionamiento, pero en cambio son más que dudosas en cuanto a la acreditación de enseñanza. La transformación de centros de asistencia en centros docentes implica un gasto extraordinario, sin que a ciencia cierta se sepa quién es el que debe correr con la sufragación de los gastos.

Lo que sí ya es posible asegurar es que la sobrevivencia de muchos hospitales únicamente será posible si entran en concierto con los organismos de la Seguridad Social, política sanitaria que quizás debería haberse empleado desde el principio.

Para cubrir el déficit de camas en las distintas facultades de medicina, se ha entrado en contacto o concierto con diversas instituciones o en los centros hospitalarios de la Seguridad Social.

Por ejemplo, Pamplona tiene distribuidos sus alumnos entre San Sebastián, Vitoria y Hospitales de Pamplona. La Universidad Autónoma de Barcelona con Hospital de San Pablo, Nuestra Señora del Mar y Residencia de la Seguridad Social. La Facultad de Medicina de Barcelona, con Residencia de Hospitalet, Hospital Sagrado Corazón, etcétera.

Intentaremos concretar las dificultades que entraña tal solución:

- 1º Económicas (ya las hemos señalado).
- 2º Insuficiencia (solamente el 20 % de los estudiantes tienen acceso a hospitales con cierta acreditación).
- 3º Aumento de la mortalidad estudiantil. Ya hemos dicho que la cifra tope era de un 10%, Rusia y otros países europeos tienen el 6%. Lo contrario significa un deterioro de la calidad de enseñanza. Los datos básicos del Instituto Nacional de Estadística dan en 1966 la cifra del 26,3%. Según el Boletín "EL CORREO" de la UNESCO de julio de 1972, la mortalidad estudiantil media en España era del 37%.

El incremento de estudiantes que emigran a Estados Unidos bajo el pretexto de ampliar estudios pasa de 560 en 1969 a 668 en 1970, o sea, un 30% de los estudiantes que terminan. En número de solicitudes, Es-

paña pasa a ocupar el 11 en un ranking de 73 países. En el número de alumnos admitidos pasa del puesto 61 en 1960 al 50 en 1970, con un promedio de 24% detrás de Yugoslavia que tiene un 25% de aprobados. Creo que estos números son suficientemente demostrativos para hacernos meditar adecuadamente.

Para paliar en cierto modo este déficit de formación clínica se crea el internado rotatorio, que puede tener dos interpretaciones: el reconocimiento implícito de la falta de formación clínica o la de responsabilizar al alumno delante de la sociedad. Pero el internado rotatorio tiene las mismas dificultades que la enseñanza clínica, que intentaremos concretar en los siguientes puntos:

- 1º Insuficiencia de plazas: 300 plazas de médicos residentes e internos en hospitales universitarios. 300 en hospitales municipales y provinciales. 350 en hospitales de la Seguridad Social. Estas 950 plazas a distribuir entre los 4.000 médicos que teóricamente hemos dicho terminarán los estudios.
- 2º ¿Cómo evolucionará este problema? Según el informe Baltar de 160.000 se pasará 199.000 en 1976, de cuyo crecimiento corresponderá el 60% a Seguridad Social y el 40% a corporaciones locales. El incremento de camas será en 5 años de un 15 a un 20%. Como el incremento de la población se calcula en un 8,2%, el de licenciados en un 9% y el del alumnado en un 47%, vemos que el problema en vez de reducirse se agrava notablemente.

Vamos a intentar puntualizar los defectos de la actual enseñanza clínica:

- 1º Los médicos del hospital docente deberían pertenecer en principio al mismo cuerpo que en escala de promoción podría llegar a la de profesor universitario.
- 2º Falta de coordinación de la Universidad con los centros hospitalarios, ya que la Universidad debería ser el centro piloto en conexión no competitiva con el resto de centros hospitalarios. Esta coordinación a nuestro modo de ver queda agravada por los contratos recientes entre Seguridad Social y Facultades de Medicina.
- 3º Falta de formación pedagógica del personal sanitario hospitalario, imbuídos aún por todos los defectos de su formación anterior.
- 4º Relación numérica entre profesorado y alumnado (muy lejos de la ideal de 1 a 6, desproporción mucho más elevada en los centros hospitalarios docentes, por falta de remuneración adecuada, incentivos profesionales, dedicación plena, etcétera.
- 5º Presupuesto insuficiente del Ministerio de Educación Nacional, sin posibilidades de mejora en un futuro próximo y agravado aún por el condicionamiento que supone los referidos contratos entre Ministerio de Educación y Seguridad Social.
- 6º Selectividad injusta que no valora exactamente las necesidades sanitarias del país, capacidad de enseñanza del mismo, y posibi-

lidades económicas del contexto total que inciden en el problema real de la profesionalización.

Pasamos por alto, por razón del tiempo, aspectos tan importantes como es la relación numérica enfermera-médico, democratización de la enseñanza, y posibles soluciones a través de un subsidio familiar efectivo, etcétera. En este aspecto soy totalmente pesimista. Creo que este es uno de los puntos que a plazo corto deberían plantearse las facultades de medicina.

78 Persistencia de la lección magistral como enseñanza básica con toda la pérdida de tiempo que tal método reporta.

Creo que todo ello queda plasmado por el presupuesto de la Seguridad Social que puede disponer de un 8% de la renta nacional para sus hospitales, cifra que jamás será alcanzada por el Ministerio de Educación Nacional.

Otro detalle a destacar sería la necesidad de un libro blanco sobre las necesidades sanitarias del país y el estado hospitalario actual.

Dr. Campos Avillar: Esta es la situación que enfrentamos y, lo queramos o no, tenemos que recurrir a las instituciones asistenciales. Lo cual implica una transformación. Me gustaría que los que poseen experiencia al respecto o hayan tenido que atravesar esta fase, nos comuniquen cómo lo han solucionado. Podemos discutir, libremente, cualquiera de los puntos presentados, en especial los siguientes:

- 1º Transformación del hospital con el objeto de absorber alumnos universitarios, no postgraduados (internos ni residentes) sino, simplemente, alumnos no graduados.
- 2º Formación del profesorado que se necesita.
- 3º Evaluación de los resultados, métodos de enseñanza adecuados y qué debemos hacer para corregirlos si no lo son.

Dr. Obiols: Realmente, creo que el problema que se plantea esta mesa es agobiante y necesita soluciones urgentes. Las facultades de medicina están desbordadas. El Dr. Soler Sabaris ha dicho que son veinte, no se si son veinte o veintiuna, es igual, pero todos sabemos que de estas veintiuna hay siete u ocho que son de reciente creación y todavía no están ni utilladas, ni equipadas para poder enfrentarse con el problema que se les plantea, que es el de la enseñanza. Esperemos que, cuando estos cursos que ahora empiezan, lleguen al tercero, o al cuarto, o al rotatorio, ya se hayan ido instrumentando, y estén en condiciones para hacerlo. Pero, en el momento actual, todavía no lo están. Y de hecho, las facultades grandes del país, Madrid, Barcelona, Valencia, se encuentran con un ingente número de alumnos que pretenden ingresar y que no estamos en condiciones, en absoluto, para poderles atender. Esto ha llevado a la necesidad imperiosa de poner un límite, de poner una barrera, de poner algo que nos permita no hacer un numerus clausus que suena antipático, que suena a im-

posición y a querer coartar la libertad que tiene todo español a acceder a una enseñanza determinada, pero que está en función de los números. Clásicamente, los hospitales clínicos adheridos a la Facultad de Medicina eran los que enfrentaban el problema de la docencia y el resto de hospitales del país lo eludían, creo que ha llegado el momento en que esto hay que replantearlo. Me siento muy satisfecho de haber sido invitado a esta mesa pues creo que hay que plantearlo a muchos niveles. De las tres funciones que tiene el hospital, la función docente, la función investigadora y la función asistencial, creo que es absurdo que algunos hospitales queden relegados a unas funciones y otros a otras. Creo que todos tienen que asumir las tres. Y la diferencia que se ha establecido clásicamente tiene que desaparecer. Nosotros, los que estamos en facultades universitarias somos los primeros interesados en romper esta diferencia y en poner los medios que estén a nuestro alcance para conseguir esta homologación.

El Dr. Campos, en su exposición, nos ha puesto en relieve una serie de aspectos que son importantes y que hay que tener en cuenta para llevar a la práctica de una forma casi inmediata estos hechos. El profesor de medicina no puede ser un médico cualquiera, debe tener una formación. En esto estamos de acuerdo. O sea que, antes de que un hospital quiera aceptar la carga, el peso que supone impartir una docencia -de una forma u otra, esto hay que discutirlo- tiene que existir una acreditación que valore la capacidad, en principio, de los elementos de ese hospital para impartir esta enseñanza. Sin embargo, teniendo en cuenta que en el hospital haya algunas jerarquías, haya un jefe de servicios, un jefe de salas, unos jefes de secciones, que poseen ya una mayor experiencia, una mayor formación clínica, una mayor capacidad, seguramente no será un obstáculo infranqueable y que en todo hospital hay personas preparadas para poder atender a este aspecto.

Aquí un problema que se plantea es la forma en que esto se puede llevar a cabo. Tal como están las cosas actualmente, con la legislación actual, son las facultades de medicina, los jefes de los departamentos, los catedráticos, los que tienen la misión delegada por la sociedad, de efectuar un control sobre el nivel de enseñanza y sobre el tipo de conocimientos que recibe el alumno. Esta función no puede ser delegada, tiene que seguir siendo privativa de la universidad. Lo que se puede hacer es estudiar de qué forma los médicos de los demás hospitales pueden colaborar en esta enseñanza y coordinar este tipo de supervisión o control al que estén obligados los catedráticos en función de su cargo. Como supongo que ustedes ya saben, exista unas bases previas de acuerdo entre las instituciones de la Seguridad Social y la universidad general. Se han elaborado unos esquemas, en un proyecto de ámbito nacional, para estructurar las formas, los cauces por los cuales debe transcurrir esta colaboración, y que

se prevé en un futuro inmediato, entre los centros de la Seguridad Social y las facultades. Evidentemente, en el país hay más hospitales, aparte de los centros de la Seguridad Social. Pero, creo que si aceptamos como buenas estas normas iniciales, no sería difícil aplicar normas iguales o parecidas a la colaboración futura entre los demás hospitales y las facultades. Yo, como Decano de una facultad de medicina agobiada por el exceso de alumnos, creo que es urgente, que es inmediato que busquemos soluciones y que si la colaboración no reúne todos estos requisitos que el Dr. Campos nos ha expuesto y que realmente se refieren a una enseñanza perfecta, a una enseñanza ideal, pues que nos demos cuenta de la urgencia del momento actual y que si no se puede hacer de la forma óptima que se haga de la forma posible. Pero es mejor hacer algo que seguir sin hacer nada. Esta colaboración y esta aceptación de la responsabilidad de los hospitales de también colaborar en la misión docente que tenemos hasta ahora solamente los universitarios, tiene que ser aceptada por todos y hay que buscar los medios para llevarla a cabo.

Dr. Campos Avillar: Se me ocurren algunas preguntas al respecto: Si las condiciones son, efectivamente, estas: 1ª ¿qué opinan las universidades? ¿Su función ha de ser evaluar a todos los alumnos que salen del sistema? ¿Es posible hacerlo con criterios de validez y confiabilidad? Es decir, con el potencial de personal existente, ¿es posible proceder a un examen, a una evaluación de todos los alumnos que son entrenados clínicamente en otras instituciones? 2ª ¿Qué tipo de respuesta tendrán las instituciones frente al hecho de ser evaluadas desde fuera?

Dr. Obiols: Del modo en que está ahora la legislación, la única colaboración posible es estableciendo las bases de que los hospitales no universitarios hagan unos conciertos -y, repito, con la Seguridad Social ya se han establecido algunas normas- con las universidades y que, de una forma u otra, adquieran venia docente pero que se supediten a la figura del titular de la cátedra en cada universidad. O sea que los hospitales que hagan este concierto, a la fuerza tienen que admitir este tipo de colaboración, sino que se creen más facultades. Entonces, un hospital que se crea con capacidad suficiente como para formar autónomamente alumnos, que se erija en facultad. Pero esto ya sería a niveles ministeriales. Pero, tal como está actualmente la legislación, no veo otra forma.

Dr. Bartolomé: Hay componentes de instituciones ya concertadas con la universidad que podrían, quizás, darnos su exposición. Por una parte, de la Seguridad Social y, por otra parte, de distintos hospitales que inicialmente comenzaron esta colaboración. Del hospital de la Santa Cruz y San Pablo y de otras instituciones de Madrid con la Universidad Autónoma de Madrid. Yo los invito a que tomen la palabra si tienen a bien.

Dr. Lamas: Bien, sin que yo represente a la Seguridad Social, en absoluto, por mi conocimiento interior de la misma voy a exponerles a ustedes de manera escueta, cuál es la situación en relación con los hospitales de la Seguridad Social.

La Seguridad Social partió de un hecho que es una antigua legislación que vedaba abrir sus hospitales, que estaban absolutamente cerrados a la enseñanza, porque la clase trabajadora entendía que no debía ser objeto de enseñanza. Lo primero que tuvieron que hacer los técnicos de la Seguridad Social fue luchar contra esta concepción un tanto anticuada, y convencer que el hospital es donde se forma a los médicos, y que la formación de los buenos médicos interesaba a la Seguridad Social y, por lo tanto, a la clase trabajadora. Este primer punto se consiguió ampliamente. Y al conseguirse, permitió concebir de otra manera la organización hospitalaria de la Seguridad Social.

No es el número de camas, exactamente, el que usted acaba de decir que tiene la Seguridad Social. Quizás tenga alrededor de treinta y un mil. Exactamente, el 31 de diciembre... esos son datos antiguos y yo tengo, por razón de mi posición, los datos auténticos. En este momento tiene 30.000 camas en funcionamiento y tiene 10 ciudades sanitarias.

Entonces, al plantearse el problema de colaboración con la universidad se vió, inmediatamente, que había que abrir los hospitales por dos razones. Primero, por el volumen de enfermos que tenía y, segundo, porque era absurdo que no se permitiese la formación de los médicos, lo mismo en un período que en otro, y se colaborase con la universidad intonsamente. Esto motivó una serie de conversaciones a nivel ministerial que cuajaron en un convenio general que tiene hecho el Ministerio de Educación y Ciencia con el Ministerio de Trabajo. Pero ése es un convenio general que rige y estipula lo que podríamos llamar normas claves para que cada facultad de medicina y cada institución de la Seguridad Social realicen su propio convenio a los efectos que cada facultad y cada centro hospitalario de la Seguridad Social pueda utilizar a efectos docentes.

La situación está, más o menos, así: hay alguna universidad -y yo celebro que esté delante mío una de las personas más calificadas de la misma- que no tenía graves problemas de alumnado y que lo asimilaba tal y como se le presentaba con sus propios medios, que había utilizado un hospital que primitivamente era de la Seguridad Social pero que era insuficiente desde todos puntos de vista, y que estaba a pie, por una parte, con la diputación provincial. Y me estoy refiriendo a la Universidad de Santiago y está aquí el Profesor Salori...

Dr. Sanchez Salori: Yo soy un intruso, a mí nadie me llamó...

Dr. Lamas: No importa, yo también soy un intruso. Y, sin embargo, esta facultad de medicina creyó absolutamente necesario que la Segu-

ridad Social se hiciese cargo de su hospital clínico. Santiago tenía un hospital clínico en plena construcción. Lo que no veía claro es de dónde iba a proceder la clientela para ese hospital clínico, no veía claro tampoco cómo podría ser la organización de ese hospital. Entonces, esta facultad de medicina -que, repito, no tenía grandes problemas desde el punto de vista de absorción de alumnos- concierta con la Seguridad Social, y hace el último de los conciertos vigentes -por eso estoy aludiendo a él- que hemos rubricado los dos para que la Seguridad Social se haga cargo de la administración del hospital clínico y canalice y dirija al hospital clínico. Este concierto puede servir de paradigma para todo lo que yo tengo que decir. ¿En qué condiciones? Se parte siempre de un supuesto. Hemos defendido todos los que estamos en Seguridad Social que los que saben de enseñanza son los catedráticos, que la docencia pertenece exclusivamente a la facultad de medicina, que es la facultad de medicina la que tiene que llevar la docencia tal y como ella crea conveniente. Estamos todos de acuerdo -y esto es consecuencia del reglamento de régimen y gobierno de instituciones de Seguridad Social que se acaba de promulgar- que el hospital desempeña esa triple función tan conocida, entre las cuales está la docencia.

Pero la docencia a la que alude nuestro reglamento no es la docencia de formación de alumnos, ni siquiera postgraduados. Es la docencia de aquellos médicos que quisiesen concurrir al hospital a especializarse o a formarse ellos voluntariamente. Pero sí es evidente que desde el momento en que la facultad de medicina solicita esa colaboración docente, es a la facultad de medicina a quien compete decir cómo y de qué manera se va a realizar la docencia. Pero si la docencia se va a realizar sobre un hospital de la Seguridad Social, sobre beneficiarios de la Seguridad Social, es evidente que corresponde a la propia Seguridad Social fijar las características de la asistencia. El convenio consiste en decir: "Usted, catedrático de una determinada disciplina tiene a su disposición, como Jefe de Servicio, o como Jefe de Departamento -es igual la terminología a todos los efectos- el número de camas que el hospital pueda ponerle, el hospital dirigido y administrado por la Seguridad Social. Pero usted canaliza su docencia como usted lo tenga por conveniente sin ninguna limitación, sin que se le pueda poner ninguna cortapisa en ningún sentido. Exceptuando lo que significa el tránsito de los alumnos por dentro del establecimiento porque éste se puede perturbar si el alumnado es numeroso." En estas condiciones la Seguridad Social se acaba de hacer cargo de cinco hospitales clínicos. Y se va a hacer cargo de alguno más, alguno que esté en construcción y alguno que está en proyecto. Es más, la Seguridad Social, en este momento, -yo la represento modestamente en el seno del Ministerio de Educación y Ciencia- va a colaborar en el utillaje y en lo que va a considerar el Ministerio de Educación y Ciencia medio material fundamental de educación en

cinco hospitales clínicos que el Ministerio proyecta, en breve plazo, proceder a su montaje. En estas condiciones, en el convenio quedan abiertas todas las posibilidades, todos los medios y todas las facilidades de colaboración con la facultad.

Pero el problema está dentro de la propia Seguridad Social. El problema está dentro de lo que pudiéramos llamar necesidades que la Seguridad Social tiene que exigir a sus propios establecimientos. En este momento, contando con las diez ciudades sanitarias, tiene 98 hospitales, que totaliza las 31.000 camas en números redondos, y tiene 15 más en construcción. Ahora bien, en el reglamento vigente y aprobado por orden del 7 de julio del '71, se contempla la posibilidad de acreditación de los hospitales. Pero, ¿quién va a acreditar los hospitales de la Seguridad Social para que se puedan ofrecer a la docencia? En primer lugar, la propia Seguridad Social, que sabe que no todos sus hospitales están en condiciones de poder abrirse a la enseñanza. No lo están por las características del montaje ni por las características de la construcción -todos son hospitales modernos- ni mucho menos porque sus médicos no tengan todos, inclusive, vocación docente, sino porque el hospital tiene determinadas características de situación o posición que le hacen concatenarse, jerarquizarse con otros propios de la Seguridad Social. Entonces, ella piensa que es ella la que tiene que decidir cuáles son los hospitales capaces de abrirse a la docencia. Naturalmente, que, en primer término, las ciudades sanitarias. Y una vez que esto se diga, decirle al Ministerio de Educación y Ciencia: "Estos hospitales, según nuestro criterio, son útiles para la docencia. Ahora díganos usted si desde el suyo son útiles también! ¿Por qué insistimos? Es criterio, no sólo de los técnicos sino de toda la Seguridad Social -empezando por el ministro y terminando con el último consejero del consejo de administración del Instituto- que son los hospitales los que deben cumplir unas ciertas condiciones para que puedan abrirse a la docencia. Entonces sí, aunados los dos puntos de vista, conguados los dos puntos de vista, se contará con ese número de camas, que no podrá ser nunca de las treinta mil pero sí puede ser, probablemente, un 50% de las mismas, más todo el sistema que vamos a llamar administrativo de gobierno y de cohesión de un hospital entre sí, a efectos de docencia. De que este criterio se está llevando a cabo de una manera generosa, da idea, por ejemplo, primero lo que acabamos de decir en relación la Facultad de Medicina de Santiago, luego, las últimas conversaciones que nosotros hemos tenido con la Universidad de Salamanca, en la que pasa exactamente lo mismo y se va a construir un hospital clínico. Pero, por si no bastase este ejemplo, yo les diré a ustedes que la Universidad de Navarra ha hecho un convenio de coordinación con todas las instituciones hospitalarias de todos los tipos, no solamente las cerradas sino también las abiertas, a efectos de enseñanza. Y, aunque en este mo-

mento ha habido unas pequeñas interferencias y unas pequeñas confu-
siones, en años anteriores había puesto a disposición de la Facul-
tad de Medicina de la Universidad de Navarra, Victoria y San Sebas-
tián a efectos de docencia. Quiere decir que, en este sentido, por
aquí va a haber todo género de facilidades. Desde todos los puntos
de vista y desde todos los ángulos. Lo que no se podrá es contar de
manera absoluta con todas las instituciones porque no todas ellas
pueden acreditarse. Sin olvidar además otra cosa, y es que dentro
del hospital, aun de aquél que se acredite por las dos partes -Mi-
nisterio de Educación y Ciencia y Facultad de Medicina- no todos los
médicos querrán ejercer funciones docentes, ni tampoco todos los pro-
fesores, o mejor dicho no todas las facultades de medicina querrán
dar venia docente a todo el profesorado. Es decir que hay que hacer
una coordinación absoluta que conjugue estos dos aspectos: la venia
docente que el propio personal médico de las instituciones de Segu-
ridad Social necesita recibir para dedicarse a la docencia y las pro-
prias necesidades de la Facultad de Medicina. Esto se puede llevar a
cabo de una manera completa y absoluta como es el caso de Santiago,
por ejemplo, donde no ha habido la menor interferencia, el menor ro-
ce, ni el menor problema. Entre otras razones, porque ha habido una
delimitación de campos tan absoluta que se dijo por parte de los ca-
tedráticos -por eso me es a mí muy grato tener un ejemplo delante
que me permite hablar con más soltura-: "No, de organización de hos-
pitaless nosotros no queremos saber nada. Hemos tenido ya bastantes
problemas con el que teníamos. Ustedes organicen el hospital como
les parezca, que nosotros nos sujetamos a la organización del modo
en que ustedes quieran, inclusive determinándose por ustedes el nú-
mero de alumnos que van a ir a cada cama". Y a eso respondió la Se-
guridad Social: "No, no, ustedes determinan el número de alumnos
porque van a determinar la docencia. La docencia la determinan uste-
des y es cada catedrático independientemente el que va a saber qué es
lo que le conviene, teniendo en cuenta lo que el hospital es". Por-
que el hospital no es un acordeón, el hospital tiene un número limi-
tado de camas y tiene un número limitado de recursos. Los recursos
propios de la docencia los tiene que suministrar el Ministerio de
Educación y Ciencia. Estos caballeros tienen 92.000.000 de pesetas
en este momento para realizar ese aspecto exclusivamente docente. Pe-
ro todo lo que se refiere a la asistencia, todo lo que se refiere al
hospital en sí, a su organización, a su metodología hospitalaria lo
pone la propia Seguridad Social. En este sentido no ha habido abso-
lutamente ningún problema. El acuerdo es absoluto. Por ejemplo, en
Sevilla aun más completo porque el plano general del hospital clí-
nico lo sometió previamente la facultad a la Seguridad Social. Al
fin y al cabo la construcción de noventa y tantos hospitales en a-
quel momento, le da una experiencia a la Seguridad Social, que nos
permite a nosotros saber si, por ejemplo, un Servicio de Oftalmolo-
gía -con perdón del Profesor Salori...

Dr. Sanchez Salori: Me perdonas... Yo también tengo que hablarles un poco. Yo salí de Santiago... Es que estoy más en Valencia que en Santiago. Yo tengo que matizarlo un poco. Es decir, por primera vez la ilusión es posible. Por primera vez los que llevamos bastantes años en Santiago realmente estamos contentos. Y también por primera vez, ya que era la primera experiencia, las cosas se han desarrollado muchísimo mejor de lo que realmente era de esperar, porque la auténtica realidad es que el estatuto o el convenio que se firma es un convenio que está redactado en gran parte en el aire. Es un articulado en que no es por la buena voluntad entre las partes, realmente...

Dr. Campos Avillar: Perdón, tengo, en parte, la responsabilidad de la coordinación y pienso que nos estamos alejando del terreno práctico. Tal vez podamos volver a él... (interrupción).

Dr. Sanchez Salori: Por eso, es lo que quería. Sobre lo que ha dicho el Dr. Lamas, el problema de la enseñanza de los alumnos sigue siendo mucho problema. Es decir, en el hospital de Santiago lo que se ha resuelto a parte de otras cosas, pues estamos hablando de la enseñanza, de organización hospitalaria, hay indudablemente un pequeño choque -que ahí se ha seguido creo que muy bien- entre el organigrama asistencial de la Seguridad Social y el organigrama docente. Incluso, de algún modo, el organigrama asistencial, ha sido un correctivo para un organigrama un poco anacrónico como es el de una facultad de medicina. Pero éste no es el tema de hoy. El tema sobre el que preguntaron es el de la docencia unida a la Seguridad Social. Yo les puedo decir lo siguiente: va a mejorar la solución de la docencia, de los alumnos, por así decirlo, sin buscarlo. La docencia de los alumnos, en principio se empeora, en el sentido de que es muy difícil que aquellas masas de alumnos que andaban por ahí... (Interrupción de la grabación).

Lo que ha ocurrido, en cambio, es que la Seguridad Social ha sido muy generosa con nosotros en la dotación del personal. Nos hemos quedado, de repente, en los servicios, con mucha gente postgraduada que tienen, naturalmente, la obligación de las seis horas seguidas. Entonces, de repente, podemos dar mucha mejor asistencia y sin quererlo, sin planificarlo, pues lleva muy poco tiempo, mucha mejor docencia. Y mucha mejor docencia por una razón: porque los especialistas, al menos... a mí me sorprende un poco que siempre se está hablando de la cama, la cama sigue siendo absurdo, la ratio cama por alumno, allí no se podría dar nada, pero nadie se acuerda de las consultas. Y naturalmente, como en las consultas la asistencia está creciendo y están creciendo mucho los médicos que tenemos, de ahí que el concierto no ha incidido sobre el manejo de los estudiantes de ningún modo programado. Incluso, en principio, con un efecto que tuvimos miedo al problema asamblea, al problema huelga, etcétera, que era manipular unas masas que antes andaban como querían por allí y que ahora casi, realmente, ni pueden entrar. Pero, en cambio, al aumentar la dotación

y al aumentar, sobre todo, en un sentido de responsabilidad de trabajo pagado y de neve de la mañana a tres de la tarde, la gente acude a las consultas. Esto es lo único que les puedo decir.

Dr. Campos Avillar: Yo creo que ése es un punto muy importante desde el punto de vista de dedicación. Hay dos peticiones en la mesa: el Dr. Rojo, y además el Dr. Bartolomé había hecho peticiones concretas a los Dres. Noya y Pedro Díez.

Dr. Rojo: Perdón, yo quería aprovechar, ya que ha hecho esta mención el Profesor Salorio. Es interesante que esto que parece difícil es realmente sencillo. Pero yo creo que el error es planificar a la inversa. Creo que cuando se piensa en crear una nueva facultad, las facultades no se pueden crear por simple decreto: "Ordeno y mando hágase una facultad", se tiene que tener la base de que detrás de esa facultad haya unos medios, tanto para la enseñanza de básicas y unas camas para la enseñanza de clínicas. Porque las camas cuentan, como cuentan las policlínicas y como cuentan las urgencias. La facultad tiene la obligación de poner al estudiante frente a una serie de experiencias docentes. Y tan experiencia es el enfermo encamado como el enfermo ambulatorio, que será el que vea prácticamente en su consulta el día de mañana como médico general. Toda facultad, antes de saber a cuántos va a abrir la puerta en el primer año, tiene que saber a cuántos puede dar de comer en el cuarto y en el quinto. Y esa relación de la OMS -que siempre es un poco teórica pero que siempre es un pequeño baremo para tener ahí y saber donde apoyarse- de un alumno por cada cinco camas, creo que hay que mantenerla. Por eso cuando planificamos la Autónoma de Madrid, con la propia Seguridad Social, lo primero que hicimos fue saber que, para nuestro ideal de 150 alumnos por curso, teníamos que tener concertadas las camas que tenemos, que son 3.090 camas. Yo creo que la Facultad de Medicina de Santiago, y la de Salamanca, y la de Barcelona, y la que sea, lo primero que tiene que ver es lo que acaba de decir el Dr. Lamas, a la vez hecho el convenio cuadro que permite a las universidades utilizar hospitales acreditados, ver dentro de su ámbito regional qué hospitales pueden acreditar. Y Santiago puede tener hospitales jerarquizados, Vigo, La Coruña, Pontevedra...

Dr. Sanchez Salorio: Si me permiten yo quisiera hacer una pregunta porque el problema de Galicia lo no conozco y no conozco ningún otro, y por tanto hablo de hechos reales. El problema que se nos plantea es que el nivel de los hospitales en Galicia difícilmente permite la acreditación total, y en cambio permitiría la de los servicios. Es decir, nosotros adelantariamos mucho, pero claro eso rompe, en cambio, la jerarquía de los sitios, nosotros le permitiríamos, por ejemplo, venir a los dentistas, al oculista de Pontevedra o de Lugo... (intervienen otros participantes) ...Y a otro le ocurriría todo lo contrario. Y esto sería dentro de una praxis, de un empirismo de lo que ya hay. Eso es, probablemente, malo para el hospital, o al revés. Eso

me gustaría que me lo dijese para poder yo mantener... A lo mejor es bueno porque al director del hospital le dice: "Adelante usted, mejore usted." que a uno le dan y a otro no. O a lo mejor, en cambio, rompe la uniformidad del hospital. Esto quisiera saberlo yo.

Dr. Campós Avillari: Siento tener que intervenir pero nos estamos alejando de nuestro objetivo. Están aquí representantes de la Universidad Autónoma de Madrid con su experiencia; de la Universidad de Pamplona que ha mantenido un numerus clausus y una proporción con la capacidad de enseñanza clínica. También están algunos representantes de nuestra Universidad Autónoma de Barcelona, que se encuentra en la situación opuesta a la de Pamplona: tiene que buscar la enseñanza clínica. Comenzó con un número ideal de 120 alumnos y se enfrenta con una realidad de 700. Esto nos obliga a echar mano a todos los recursos del país. Pero, ¿de qué manera? ¿Qué piensan los que están pasando por esta situación o que tendrán que pasar por ella? Intentemos ir a la práctica, por favor.

Dr. Balcells: Yo quisiera decir que hace ya doce años, con motivo de la conferencia en la Real Academia de Medicina de Madrid, hice ver la necesidad de movilizar todos los hospitales del país para la enseñanza clínica. Pero, esta movilización pedagógica está condicionada por las condiciones de cada institución y el crédito que merezcan, a establecer. Yo quisiera, ante la rigidez de determinados condicionamientos, recordar una experiencia pionera que no puedo borrar de mi memoria porque fue vivida como alumno entonces, me estoy refiriendo a los años '30 en la primera Universidad Autónoma, la Universidad Autónoma de Barcelona. Y quizás esto sirva un poco de ejemplo para imaginar una suerte de adscripción fluida de hospitales. Y, concretamente, dentro de los hospitales, de unidades docentes realmente acreditadas unas y no otras. Es decir, en vez de considerar que hay que multiplicar el número de facultades de medicina hasta el infinito o hacer como en París diez facultades para una sola universidad, que es una fórmula. Hay otra fórmula que es la que yo viví y creo que, por más que haya pasado el tiempo, no es borrable todavía. Nosotros acudíamos en triple opción a oftalmología y podíamos acudir al hospital del Sagrado Corazón a escuchar al Profesor Gomez Marquez pero otros lo harían al mismo tiempo en el hospital de San Pablo con el Dr Barraquer o con el Profesor Soria en la Universidad Clásica. Para las quirúrgicas un año yo escogí en el Hospital de San Pablo al Profesor Corachán, y al mismo tiempo en Patología Médica en lugar del Profesor Pedro Pons, este curso yo preferí estudiarlo con el Profesor Esquerdo. Yendo a lo que preguntaba el Dr. Campos, la capacitación, la venia docendi y la evaluación eran individuales. No se trataba de que todos los servicios de un hospital, a la vez, merecerían la acreditación porque hay médicos excelentes desde el punto de vista asistencial pero que ni quiere, ni puede, ni sabe didáctica clínica, acaso, y otros son excelentes aunque no hayan pasado por ninguna clase de concurso de oposición sino por su prestigio

y por su mérito y por sus cualidades personales. Entonces, nosotros tenemos de aquellos tiempos -y creo que el Dr. Rojo lo conoció también- una experiencia inolvidable. Una experiencia inolvidable con todos los barruntos que entonces se hicieron, yo recuerdo que en el parque íbamos a escuchar al Profesor Domingo para Bacteriología. Y por lo tanto, no solamente en el período clínico, sino también en el período preclínico. Creo que es una experiencia que no debe olvidarse y que es una fórmula más, a mi modo de ver, más liberal, más fluida, más práctica para tener en cuenta a la hora de utilizar los recursos hospitalarios del país.

Dr. Bartolomé: Yo tendré una cuestión, quizás, para señalar las diferencias existentes que consisten, bajo nuestro punto de vista, que al mismo tiempo es el problema crucial y es la masificación de los estudios de medicina en la actualidad. Sabemos todos perfectamente que este año, en las dos facultades de medicina de Barcelona, han optado para ingresar alrededor de los cuatro mil estudiantes, tres mil ochocientos y pico, si las cifras no me fallan. De estos se han aceptado, aproximadamente, mil quinientos entre las dos. Realmente esto crea unas condiciones nuevas, teniendo en cuenta, evidentemente, que la solución que ha aportado el Profesor Balcells es realmente -al menos nosotros la consideramos- muy idónea.

Dr. Nolla: En la Universidad Autónoma, en la Facultad de Medicina, de integración o de coordinación con diversas instituciones es bastante positiva. Yo querría que el Dr. Bartolomé me corrija si me equivoco en algo. En este momento tanto con la residencia Francisco Franco como el San Pablo, como Nuestra Señora del Mar estamos en una colaboración muy buena para crear un programa común de enseñanza, con valoraciones también equiparables en las tres instituciones pero con independencia de acción. Una vez dentro del departamento que es común para las tres instituciones, se plantea un programa, se acepta, se acepta una valoración parecida y, entonces, cada institución tiene libertad de acción en cuanto a la manera de llevarlo a término. Creo que esta experiencia es positiva y puede extenderse a otras instituciones sin dificultad ni traumatismo. Las dificultades surgirán por el número de alumnos. Y, segundo, por el problema que se nos está creando en este momento, hablo concretamente del hospital de San Pablo, que llamaría síndrome de fatiga de los médicos. O sea, el médico durante años ha colaborado con una generosidad impresionante, excelente. Pero, dos, tres, cuatro años. Después, si no hay algún tipo de compensación ya sea a nivel de nombramiento, ya sea a nivel económico, yo en este momento empiezo a notar en nuestra institución, -quizás el Dr. Villardell podría también comentar esto- el síndrome de fatiga del médico. Creo que es conveniente que la facultad sea algo generosa en la venia docente, pero bajo control. Y segundo, la fatiga que tiene el hospital por ese aumento de trabajo que representa el dedicar parte de las horas de sus médicos a la enseñanza que obligaría a aumentar las plantillas para que la asistencia no se recienta. Es necesario que se haga.

también, un planteamiento económico, si no, incluso con los estudiantes que tenemos ahora, que es un número relativamente aceptable creo que nos podemos encontrar con crisis de colaboración por parte del personal médico.

Dr. Obiols: Yo insisto, creo que el Dr. Nolla conocía estas normas generales que prevén una colaboración entre las universidades y las instituciones de la Seguridad Social. Todo está previsto. sencillamente las universidades estamos dispuestas a colaborar y a contribuir por nuestra parte en todos estos aspectos que se exigen de nosotros. Tanto en prodigar las venias docentes cuando haya un mínimo de acreditación, como en colaborar económicamente dentro de las pautas establecidas.

Dr. Campos Avillar: Esto plantea una cuestión muy importante. Desde el punto de vista práctico no conozco a nadie que delegue la función de enseñar, sin delegar, simultáneamente, la función de evaluar. Si el que enseña es el profesor adjunto, él tiene la responsabilidad de sus alumnos y es quien, finalmente, los examina, aunque el catedrático siga siendo, teóricamente, el responsable. Si enseña el ayudante -puesto que ya no alcanzan los adjuntos- también examina el ayudante. Esta es la realidad: quien evalúa es quien enseña. O sea que tendremos que encontrar una fórmula que nos... (interrupción).

Dr. Pedro Diez: Yo estoy de acuerdo con lo que acaba de decir el Profesor Nolla. Nuestra experiencia, a nivel de la Autónoma de aquí, es que aquí se han creado una serie de unidades docentes, cada una de las cuales tiene un profesorado con venia docente, en su institución en diversos niveles y todo ello se integra en departamentos que son conjuntos para las tres unidades. En estos departamentos se elabora la marcha general que ha de seguirse en todas las unidades docentes. Todos la aceptamos, todos nos sometemos a ella y luego después, en el desarrollo ya de la práctica de enseñanza cada uno de nosotros actuamos con plena libertad a todos los niveles, incluido las evaluaciones correspondientes. Corroboro lo que dijo el Profesor Nolla porque también se va a producir el síndrome de fatiga. Pero corroboro también lo que dijo antes el Profesor Obiols porque, efectivamente, el convenio que se ha hecho con la Seguridad Social permite extenderse a las demás instituciones del país en unas condiciones prácticamente similares o parecidas y puede resolver en gran parte el problema del deficit de camas para la enseñanza clínica. Hay que tener en cuenta que el convenio que firmó la Seguridad Social con el Ministerio de Educación tiene dos facetas. Tiene una primera faceta para el sostenimiento, la administración y el gobierno de los hospitales clínicos que es el caso de Santiago de Compostela. Tiene una tercera faceta que es la de la absorción completa, bajo la supervisión, bajo la vigilancia y bajo la dirección de la Universidad, de la enseñanza a todos los niveles, en todas sus distintas facetas, que es la que tenemos en nuestra ciudad sanitaria, con nuestra unidad docente exac-

tamente igual que está San Pablo. Pero tiene una faceta intermedia que es la de adscripción de una determinada residencia para la práctica de distintos tipos de enseñanza de los alumnos. Ahí es donde puede acreditarse un determinado servicio o puede acreditarse toda la institución para efectuar exclusivamente rotatorios. Desde ese punto de vista cabe perfectamente una simbiosis entre, por ejemplo, dentro de nuestra unidad docente -lo mismo para el San Pablo y demás- nosotros hiciésemos todas las enseñanzas clínicas, pero después, para efectuar el año rotatorio, cabe asociar a la unidad docente de aquí, la residencia de Tarragona, la residencia de Lérida, etcétera. Con lo cual el número de posibilidades se amplían extraordinariamente.

Dr. Bartolomé: El Profesor Rojo había pedido la palabra.

Dr. Rojo: Yo quería, solamente, hacer una pequeña observación. Todos hablamos de que lo que obstaculiza el funcionamiento de todas estas cosas, como dice el Profesor Obiols, que están ya previstas en el papel - la ley de educación que es generosa abre cualquier tipo de posibilidades, contemplando la figura del profesor contratado, lo cual permite toda una cantidad de juego que antes no existía-, sin embargo, nosotros mismos después que prevemos las cosas en el papel, nos ponemos las trampas. Hemos creado siete o nueve facultades de medicina nuevas, para desmasificar la universidad, y nos hemos inventado inmediatamente la figura de los distritos escolares que hacen que el señor de Murcia tenga que estudiar en Murcia y el señor de Madrid tenga que estudiar en Madrid. Y resulta que las grandes concentraciones de población acaban siempre recargando las dos grandes facultades, o las cuatro, o las cinco de las grandes áreas de población. Y así como hace unos años atrás el señor de Pontferrada tenía que trasladar a su hijo a la facultad donde hubiera cupos, hoy día creo que también deben desplazarse estudiantes del centro hacia la periferia. Porque son tan buenas las facultades de nueva creación -o potencialmente pueden serlo- como las tradicionales o las nuevas de reciente creación en las capitales. Y es este juego de oferta y de demanda y de desplazamiento de los estudiantes el que nos permitirá que no tengamos una facultad recién creada en Murcia con treinta y nueve estudiantes en segundo, y tengamos ya una Facultad Autónoma de Barcelona que ya tiene setecientos. Y que nos esté costando sangre a la Autónoma de Madrid mantenernos con ciento cincuenta. Esta trampa que enseguida aparece, esta dramática parda y esta picaresca que está obligando ya a crear una tercera y una cuarta facultad en un Madrid y en un Barcelona, se ve obviada al abrir a la libre selección y a la oferta y demanda de todo el país el movimiento estudiantil. Y podremos hasta absorber árabes y sudamericanos que, sin quererlo, están creando un desbalance y un desequilibrio en nuestras instituciones docentes, deteriorando la calidad de la enseñanza, frente a una apertura que es muy política pero que es muy poco efectiva. Y yo creo que el numerus clausus no es un clasismo, es responsabilidad. Imagínense ustedes que a los pilotos

de Iberia les diera por democratizarse y decir: "Pasen señores, suban, y llenen el avión los que quepan" ¿Qué vamos a sacar? Pues una tragedia. Y nuestra tragedia es la calidad de la enseñanza frente a la masificación de las universidades. Con o sin Seguridad Social.

Dr. Bartolomé: La tragedia es, evidentemente, que la calidad de la enseñanza se deteriora en una progresión geométrica de acuerdo con el número de estudiantes por curso.

Dr. Puig Sallers: Económicamente, para un estudiante que vive en Granelers trasladarse a estudiar a Murcia es terrorífico. Si la facultad de Murcia tiene cien alumnos, cierra, pero se hacen cuatro en Barcelona o cinco...

Dr. Rojo: Pero le aclaro una situación. En los Estados Unidos, donde hay una gran liberalidad para la apertura de facultades, la gente -cuando le va llegando la edad universitaria- hace solicitudes a diez quince o veinte universidades. Si el estudiante es lo suficientemente brillante para que todas lo elijan, el que elige es él. Pero si no, tendrá que ir donde cabe. Si usted va al cine y llega a las nueve de la noche y están cerradas las taquillas y quiere ir a la fila catorce se tiene que subir a la veintitrés del entresuelo.

Dr. Bartolomé: El problema que tenemos es que estamos acuciados por estos alumnos estadounidenses, o del área de influencia estadounidense, que han sido rechazados por las tres universidades a las cuales optaron y que no han sido admitidos. Entonces nosotros tenemos la obligación de admitirlos en demérito de alumnos de Hospitalet que no podemos matricular.

Dr. Campos Avillar: Es inusitado pero es. El Dr. Soria había pedido la palabra.

Dr. Soria: Sí, ya ha pasado la cuestión que me preocupaba al comienzo. Pero creo que hay dos maneras de abordar la cuestión. Una, tal como señalaba el Profesor Balcells: hay un problema y aquí está la solución. Tenemos unos medios, vamos a utilizarlos. Tenemos todos esos centros e instituciones que funcionan bien y que sirven para enseñar, pongámosle a enseñar. Démosle la venia y que cada uno vaya donde quiera. Y otra cuestión que es la relativa a los contratos, a la Seguridad Social, lo que es la docencia, lo que es la asistencia... (interrupción de la grabación).

Dr. Lamas: En la Seguridad Social nos encargamos de la asistencia, dentro de poco, de todos los enfermos del país. Sin embargo, de la docencia se van a encargar otros señores. Pero la docencia para el médico, en las actividades clínicas, es docencia para la asistencia. Lo que hay que enseñarle a los médicos es cómo asistir. Nosotros lo único que queremos es controlar la asistencia. La Seguridad Social tiene que preocuparse fundamentalmente de toda esa docencia, de cómo tiene que hacerse la asistencia. Es un mismo concepto, aunque sea utilizado en distinto sentido.

- 22 -

Dr. Pedro Díez: Quizás no he interpretado correctamente. Yo he dicho que teníamos distintos tipos de conjuntos. En general, docencia y asistencia van unidas. Lo que ocurre es que en los conciertos con los hospitales clínicos se parte del supuesto de que el personal de asistencia es el propio personal que integra la faceta de docencia. En otro tipo de conciertos, por ejemplo en nuestra ciudad sanitaria nosotros hacemos también la docencia y la asistencia porque nos dan la venia docente correspondiente.

Dr. Soler Sabarís: Yo quisiera hacer una pregunta muy concreta. El contrato de la Seguridad Social, con las Facultades de Medicina corresponde en términos de Seguridad Social, aceptados generalmente en una forma de direct pattern o de indirect pattern, es decir, la Seguridad Social tiene sus propios recursos económicos, sus propios médicos, incluso su propia docencia y pautas a seguir en la misma o bien la delega bajo contrato, o sea indirect pattern, a otras instituciones ya sean Facultades de Medicina o instituciones concertadas? Este es un problema básico que atañe a la propia dignidad de la Universidad de nuestro país.

(Pregunta que queda sin contestar).

Dr. Sánchez Salori: Teóricamente, cuando se firma el convenio no existe ya ni Seguridad Social ni facultad de medicina porque hay un patronato.

Dr. Lamas: Exacto, porque hay un patronato...

Dr. Soler Sabarís: Perdón, es muy claro esto. La Seguridad Social en todos los sitios del mundo y se está estudiando la evolución... (intervienen otros participantes)... Pero es que no hay un término confuso. Hay direct pattern -es como funciona en la mayor parte de los sitios- o indirect pattern...

Dr. Obiols: El Dr. Díez prevé tres posibilidades de concierto. Lo que pasa en Santiago es una cosa y lo que pasará acá con Ballvitche es otra totalmente distinta. No tiene nada que ver. En Santiago es un hospital clínico que pasa a cargo de la Seguridad Social. Pero luego se crea un concierto entre residencias y...

Dr. Campos Avillar: Perdonen que interrumpa aquí, pero nos queda sólo un cuarto de hora. Me preocupa el gran porcentaje de alumnos que se graduarán sin enseñanza clínica adecuada porque no podremos ubicar los en ningún lado y a quienes tampoco sabemos cómo evaluar. ¿Podemos hablar, concretamente, de este problema y de sus posibles soluciones? El Dr. Balcells sugiere una experiencia probada. Hay otras sugerencias a partir de lo que sucede en San Pablo y en la Seguridad Social de Barcelona. También contamos con una experiencia muy rica en Madrid y con la del Dr. Cabrerizo, que participó en la organización de la enseñanza clínica en Pamplona. Quizás podrían darnos su opinión.

Dr. Bartolomé: El Dr. Ponce de León había pedido la palabra hace un rato.

Dr. Ponçe de León: La palabra más exacta es que nos queda un cuarto de hora. Por lo tanto hay que ir pensando en las conclusiones en una Mesa Redonda de un Congreso Nacional de Hospitales de España, que surge detrás de unos congresos habidos en el extranjero sobre enseñanza, de unas reuniones en los primeros días del año pasado, de unas reuniones en Santiago. A mí me ha parecido que los ponentes sentaban unas bases muy importantes. La primera era concluir que a nivel docente también hay que impulsar el desarrollo hospitalario. Faltan plazas a nivel docente. Esa creo que puede ser una aprobación general. La segunda es que ellos dicen que hay que promover el estudio rápido de estas necesidades. Y esto ha sido un consenso general. Nos han dado cifras muy bonitas, pero quizás no sea sólo este nivel, el del estudio. Hay organismos de tres o cuatro ministerios que tienen que interferir en el hecho un tanto urgente porque los alumnos acaban este año y hay que darles su ciclo rotatorio. Urgente: el estudio de las plazas, formas y ofertas. Entonces, creo yo que lo primero que hay que establecer y no sé si está establecido -declaro mi ignorancia- es: obligatoriedad de ciertas instituciones hospitalarias para no negarse a la enseñanza. Cuando unos señores tienen un nivel, tienen una organización hay que solicitar de la autoridad que se les obligue a la enseñanza. Entonces, a los demás hay que hacerles apetecible la enseñanza. Y por lo que se está viendo y oyendo no es apetecible. Se ha dicho: ¿quién la va a pagar? Se aprobó en Madrid en una reunión de la Complutense que los cíclicos, los del último curso rotatorio sean pagados. Parece un hecho de justicia social. Se les paga porque aprenden. El Ministerio de Educación Nacional. Se les paga porque contraprestan, es un interno. ¡Alto! Va a desplazar un interno de los que ya tenemos colocados. ¡Huelga de internos! Va a añadirse en otro carácter de interno, con sus cuatro horitas, y les encontraremos sitio, lo hemos estudiado en nuestra propia institución. Hay que añadirlo, ¿quién lo paga? Entonces, las instituciones de diputación, ayuntamiento, instituciones privadas, todos los hospitales que hay en España -San Pablo entre ellos- van a tener que poner más dinero para la prestación de la enseñanza. ¿Quién lo paga? Cuando en España se habla de quién lo paga todos miramos al Seguro Obligatorio de Enfermedad sin discusión. Ni el Ministerio de Educación Nacional ni la nueva organización que es prometedora, la parte administrativa, los hechos sanitarios nacionales, con figuras que no son de gran competencia, creo yo que van a tener dinero, si no lo hará el turismo por unas becas. Hoy en día, por sistema de recaudación que existe, el dinero que hay recaudado lo tiene el Seguro Social. El Seguro Social tiene hechas ya experiencias a gotero, impulsadas por circunstancias, Santiago de Compostela, menos impulsadas y favorables, Madrid, de sus contactos con las facultades de medicina. Con su imposición de decir: "Si el enfermo es mío, yo digo cómo se le lleva, usted enseña". Se ha aceptado. Parece que en Madrid es aceptado. Pueden discutir entre ellos, pero hay que plantearlo. Segundo punto, ha de ser conciente de que ha hecho ya contactos de o-

tras formas, que no es la prestación. "Me hago cargo del hospital y el hospital no es mío". Ellos tienen una magnífica línea que nos han expuesto, impulsora de plazas de camas, que aun es insuficiente. Pero ellos saben su potencialidad económica. Hay que saber los límites de una nación. Pero tienen su propia organización maravillosa. La otra organización que ya hemos contactado y vemos que es factible, podemos hacer contratos con más facultades de medicina ¿ha sido agradable? Yo no lo sé, analícenlo. Podemos hacer contratos con hospitales sólo pagándoles cuatrocientas pesetas por cama, esquinándoles doscientas más a otro, cuando ellos están gastando mil quinientas con una organización superior? Señores, es un problema económico, oferta y demanda. Si el hospital tiene monjas en lugar de enfermeras y no las paga, podrá ofrecer a cuatrocientas pesetas su cama. Problema de organización económica que creo que se sale del ambiente social. Pero así creo que deben ser conscientes de que ya que el contacto ha sido positivo y favorable, debiera de impulsar mucho más este segundo aspecto, que es contribui~~tor~~or a la solución del problema sanitario nacional, un alto orgullo para la Seguridad Social.

Dr. Bartolomé: La Señorita Guilera había pedido la palabra, es gerente del hospital San Pablo.

Srta Guilera: Lo que dice el Dr. Ponce de León yo casi no me atrevía a decirlo por si me quedaba sola. Pero en realidad el problema es exactamente así. El Dr. Nolla ha hablado de fatiga de médicos, yo hablo de fatiga de instituciones. Realmente el problema se plantea gravísimo a nivel de instituciones como la nuestra, que no quiere abdicar del deber que tiene de prestar docencia si está cualificada para hacerlo. El Dr. Ponce ha hablado, inclusive, de que se debería imponer esta docencia. No quiere abdicar, pero, realmente se lo hacen tan poco apetecible que forzosamente tiene que limitar. Nosotros en este momento estamos dando formación a médicos, o sea, enseñanzas clínicas pero enseñanzas también de postgraduados a nivel de residentes y enseñanza de post-escuela de enfermería, etcétera. Es un hospital de ochocientas camas. O sea que un mismo enfermo recibe, tiene que ser sujeto de enseñanza de cinco o seis tipos de formaciones. Y que en conjunto esto representa para el hospital un 25 ó un 30% demás ~~da~~ su presupuesto. ¿Quién puede asumir esta tarea docente? que la deseamos y queremos contribuir a ella, sabiendo que va a costar a final de año 50 ó 60 millones de pesetas, que no hay quien las pague, que hay que asumirlo uno mismo. Lógicamente llega un momento en que se impone la limitación. Y esto no es solamente problema de pagar a los profesores, porque la enseñanza no es sólo el catedrático, es la buena enfermería, el buen material, las camas correctas, el ambiente correcto, el que no haya infecciones en el hospital, etcétera, etcétera. Y esto es lo que vale las 40 ó 50 millones de pesetas. Y éste es el problema.

Dr. Campos Avillar: Hemos hablado de fatiga de instituciones y fatiga de profesores. A mí me preocupa la fatiga de los enfermos. En las a-

samblenas de estudiantes, en las reuniones de médicos, de docencia, de asistencia, parecemos olvidar, repetidamente, que existen los enfermos. Y los enfermos no son ya más aquella población cautiva, sumisa, dispuesta a recibir cualquier tratamiento que se le diera por caridad. Hoy en día tienen derechos y son conscientes de ello. Este es el principal condicionante que limita la capacidad de las instituciones para recibir estudiantes.

Otro punto importante son las vivencias de los alumnos en el curso de su aprendizaje clínico. En la Universidad Autónoma de Barcelona estamos realizando una experiencia concreta al respecto con pequeños grupos de discusión a lo largo de la carrera. Hemos llegado a la conclusión de que el estudiante de medicina ingresa en la universidad con actitudes y valores apropiados a su futura profesión. Pero, para poder adaptarse a su función comienza, progresivamente, a burocratizarse. El ambiente total fomenta la despersonalización de médico y enfermo y la incomunicación interpersonal. Y, muchas veces, cuando pensamos, por ejemplo, en el problema del numerus clausus o el de la relación médico-enfermo-empleo, olvidamos la relación que guardan con la calidad de la asistencia. Si la enseñanza clínica se realiza sólo en hospitales superespecializados, los problemas de la medicina rural, del médico primario o del médico general quedan desatendidos. De nuestras facultades no egresa, hoy en día, ningún médico que quiera practicar la medicina general. Todas estas son cuestiones institucionales que afectan a los enfermos.

Nos queda poco tiempo disponible, creo que, en función de los condicionamientos expuestos, deberíamos someter a examen si existe un numerus clausus para las enseñanzas clínicas. ¿Qué opinamos? ¿Qué actitud tomaremos?

Dr. Obiols: Yo quería decir una cosa con respecto a los enfermos y esto creo que es importante. El Dr. Lamas ha hablado de la resistencia que hacían los asegurados de la Seguridad Social a dejarse someter a ciertas manipulaciones de tipo docente. Yo creo que hay que acabar con ello. No creo que pueda haber enfermos de dos tipos, enfermos que van a hospitales docentes para enseñar y enfermos que no van. Creo que esto es una cosa absurda. Y en el fondo la misión docente compete -como hemos dicho antes y creo que todos estamos de acuerdo- a todos los hospitales y todo enfermo tiene que prestarse a la docencia en el aspecto que el jefe del servicio, el médico encargado por su condicionamiento deontológico sabrá hasta donde puede llegar y hasta donde no puede rebasar. En el fondo no tiene que haber ninguna diferencia entre los hospitales clínicos de la facultad, los hospitales de la Seguridad Social, las clínicas privadas, incluso. Todo individuo que está sujeto a un tratamiento tiene que ser susceptible de poder ser material de enseñanza con el respeto debido a su personalidad y a su individualidad. Y en este aspecto no puede haber ninguna diferencia.

Dr. Bartolomé: El Dr. Gol había pedido la palabra.

Dr. Golz: Yo quiero hablar desde fuera. Yo soy jefe de un servicio que no tiene en este momento estudiantes. Y quiero decir que, desde mi punto de vista, esta reunión es asustadora. El hospital que no tiene estudiantes tiene un espantoso miedo a tenerlos. Al mismo tiempo tiene ganas de tenerlos porque el estudiante representa un acicate, una crítica, y por lo tanto, un crecer. Pero da un miedo tremendo y salir de esta mesa redonda es tener más miedo del que tenía al entrar. En este sentido quizás sea negativa.

También quiero decir que me asusta muchísimo separar la docencia de la asistencia. Para mí docencia y asistencia es lo mismo. Si no hay docencia la asistencia es mala, y si no hay asistencia la docencia es una entelequia. Por lo menos a nivel clínico. A mí me ha dejado estupefacto lo que he oído de Santiago. Me gustaría mucho saber cómo funciona de verdad, cómo es va. Pero, a través de esta discriminación total, que yo he entendido quizás mal, esto me ha dejado asustadísimo. Creo, también, que discriminar la evaluación de la docencia es absurdo. Estas tres cosas para mí son una.

Quiero decir también, que yo no veo solamente el problema del graduado, del estudiante, sino que veo otros dos problemas no separables de éste, que es el de formar el personal de asistencia técnica, la enfermera y la formación permanente del médico. Creo que estos tres niveles no se pueden separar.

Por penúltimo, quiero decir que no me parece que se tenga que hacer obligatoria la docencia, sino apetecible. Si se hace obligatoria iremos muy mal. Las cosas hechas por fuerza no salen nunca bien y esto lo sabemos todos bastante. Tenemos que conseguir que sea apetecible ser docente. Y, por lo tanto, tiene que cambiarse mucho la cosa y probablemente, la gratificación -que no es necesariamente economía sino muchas otras cosas- es completamente indispensable para que sea apetecible ser docente.

Y, por último, a propósito de lo que se ha dicho -que me parece sensatísimo- acerca de la dignidad del enfermo y que el enfermo es, probablemente, la finalidad de todos nosotros. Sin enfermos no tendría ningún sentido esta reunión. Yo creo, y esto es muy difícil de realizar, y ésta es una pregunta sin contestación para mí en este momento: Yo creo que el rotatorio no tiene sentido si no tiene también un paso por médico de familia, por médico rural. Cuando un médico no tiene experiencia de médico de familia tiene grandes dificultades para querer al enfermo como otro ser humano y para entenderle. Yo creo que el hospital tiene que tener contacto con el médico de familia, abrirle de alguna manera para que este médico de familia pueda participar de alguna manera, que yo no sé cuál ha de ser, en la docencia.

Dr. Lamas: No hay absolutamente ninguna separación entre la docencia y la asistencia. El catedrático en Santiago es el que hace la docencia y la asistencia. Es el jefe del departamento el que atiende a los enfermos, el que los cuida y el que enseña todo a un tiempo. Lo que

se intenta al explicar que la docencia está separada de la asistencia es desde el punto de vista -vamos a llamarle- burocrático y administrativo. Es decir, al catedrático no le preocupa nada más que él es el que da el alta al enfermo, el que marca las pautas de tratamiento y el que marca las características docentes dentro del hospital. Lo que hace la Seguridad Social es controlar la baja, es decir, el ingreso del enfermo, la canalización del enfermo y la coordinación del enfermo con los centros externos. Es más, tal es así que en Santiago el ensayo va mucho más: las consultas externas que va a tener la Seguridad Social también las va a llevar el propio catedrático como es natural y lógico. No es separación en ese sentido. Es el otro completamente distinto. Exactamente igual en Salamanca...

Dr. Pedro Díez: Y a la inversa aquí.

Dr. Lamas: Esto sería absurdo. Lo que hace la Seguridad Social es saber por qué va el enfermo, a qué va el enfermo, quién lo lleva, quién lo manda y en qué circunstancias está. Y una vez esto, lo sitúa en manos del departamento correspondiente, y allá el departamento que enseña, allá el departamento con un cierto sentido. Porque lo único que habría que hacer es atender a eso de la dignidad. Pero se da por sentado que el catedrático y el último adjunto y el último interno tiene ese respeto por la dignidad del enfermo. No le preocupa en este sentido la Seguridad Social para más, le preocupa la separación entre enfermo privado y enfermo de la propia Seguridad Social, que sería otro tema.

Dr. Bartolomé: Profesor Balcells, por favor.

Dr. Balcells: Yo quisiera decir, solamente, que se ha hablado aquí, a lo largo de toda esta jornada, de esta sesión, de la fatiga del médico, de la fatiga de las instituciones y ahora también de la fatiga del enfermo. Y yo quisiera decir, para tranquilizar su pesimismo, que quizás el enfoque sería otro. Hay que volver las cosas al revés, completamente. Estamos pensando todavía, siempre, con la mentalidad de las prácticas, con la mentalidad de la demostración clínica, de la presentación del enfermo, de la enseñanza verbalizada. Si en lugar de esto, alumnos frente a profesor y enfermo como testimonio y casi a veces con falta a su dignidad, pensamos que el alumno está situado como la enfermera o como el practicante, al lado del médico, ayudando al médico, colaborando con el médico y de paso oyendo, escuchando e interpellando al médico, ni hay fatiga para el enfermo, ni hay fatiga para la institución, ni hay fatiga para el propio médico porque es un quehacer colaborando. Es un quehacer ayudando, incluso, para la investigación clínica que se está entendiendo. Y es, sobre la marcha, una asistencia docente en el mejor sentido de la palabra.

Dr. Vilardell: No hay más que repetir lo que muchos han dicho. Creo que da una idea de la calidad de la enseñanza lo que pasa con el foreign, que ya se ha hablado aquí. Aprueban quizás el 25%. Lo que no

sé es sí a la primera, porque a la primera el foreign no lo aprueba ni el 25%. Primer punto. Segundo punto: los médicos españoles que se han ido a los Estados Unidos, por ejemplo, como internos en un hospital, quizás varios de los que estamos aquí, hemos sudado tinta en los Estados Unidos durante los primeros meses. Hemos sudado sangre, sudor, lágrimas barro y todo lo que ustedes quieran para poder nos adaptar a lo que es una medicina auténtica y correcta. Parecía que con las Universidades Autónomas había una oportunidad de cambiar esto. Desgraciadamente, la masificación lo ha impedido. Nosotros empezamos con la Autónoma muy bien, 120 alumnos, y la cosa se fue desbordando por imperativos político-sociales y no ha habido manera de arreglar esto. Por lo tanto, la pregunta del Dr. Campos: numerus clausus. Naturalmente que tiene que haber. Nadie se atreve a decirlo porque es impolítico decirlo. Pero, la verdad es que no hay más remedio. Lo que pasa es que la palabra es fea. Numerus clausus es latín, no queda muy bien. Pero no hay más remedio que limitar en algún aspecto toda enseñanza. No tenemos posibilidades. Hay que reconocer este hecho, que no existe en el país ni dinero, ni instituciones, ni posibilidades para hacerlo. Por lo tanto, hay que tener la valentía de que eso salga en algún lado. ¿Cómo podemos enseñar a esta gente? Hay una serie de soluciones, algunas parecen buenas, otras menos buenas. Es evidente que a nivel de enseñanza clínica esto debe estar limitado. Quizás muchos hospitales podrían participar en esto con venia docente, algunos integrados totalmente a la unidad docente, otros quizás por servicios como se insinuaba aquí. Conozco mucho a Castro Real, él puede enseñar cirugía, por ejemplo, estoy convencido que puede hacerlo. Quizás se podría intentar colocar alumnos de este modo.

Control y evaluación: Yo propondría que se hiciera en España una especie de national board como hay en Estados Unidos, que hay un examen único para todo el mundo. Para todo español que acaba la carrera de medicina, se presenta a un national board con mil preguntas de multiple choice y lo que quieran hacerle detrás, y que todo el mundo pasara por este parámetro. Que sería mucho más fácil, menos difícil para la institución: este señor puede examinar, el otro no puede examinar. La institución le da quizás el aprobado al alumno, pero que luego pase por un control riguroso a nivel, quizás, nacional. Yo propondría una especie de national board para esto.

El otro punto es el del internado rotatorio. ¿Por qué hay que hacer el internado rotatorio? Porque no estamos seguros de lo que les damos durante el clerkship en la carrera, si no, posiblemente, no habría internado rotatorio. ¿Por qué en Estados Unidos lo van a suprimir? Si lo van a suprimir es que piensan que la enseñanza a nivel ya estudiantil es suficiente y no hay necesidad de tener internado rotatorio. Quizás no tenemos más remedio que recurrir a algo de esto. Qué si el estudiante tiene que cobrar, que si tiene que ser médico, que si no tiene que ser médico. Dar un diploma a un señor para... -en fin iba a decir algo un poco gordo- ...francamente, si no tenemos garan-

tías de que es competente no se le puede dar. Hay una cosa buena que se ha apuntado aquí, y creo que se hace en Estados Unidos experimentalmente, y es que estudiantes acompañan al médico de cabecer durante equis tiempo. Esto se ha hecho bastante en Estados Unidos. Hay experiencias en dos o tres universidades de que el médico tiene un estudiante adjunto del cual es responsable. Y, quizá, que el internado rotatorio se convirtiera en una especie de pasantías de médicos que tuvieran la venia para poder hacer esto, que merecieran garantía, permitiría realmente distribuir un número importante (incluso consultorios del seguro) de médicos para hacer el internado. Son ideas que se me han ido ocurriendo a medida que pasaba el tiempo.

Dr. Jesús Lopez Varela: Yo creo que está interesantísimo todo esto, que hemos llegado al punto fundamental de buscar soluciones. Yo propondría, si ustedes no tienen inconvenientes, que mañana a las cinco continuásemos porque yo creo que es un momento fundamental de la reunión fijar las experiencias que tenemos de la Fundación Gimenez Diez sobre los cuatro escalones grandes que hay en enseñanza: alumnos estudiantes, alumnos no graduados, educación continuada y enfermeras. Hace que haya un cansancio grande si no en los médicos, que parece que no estamos listas para cansarnos, sí en las instituciones. Y en las clínicas, aparte del factor médico, los factores administrativos. Y en segundo orden, que también cargan sobre ellos la docencia, de una manera indirecta porque la tienen. A parte de esto, trae -como decía la Señorita Guilera- una serie de gastos que nadie paga y que recarga el trabajo de las personas. Todos tenemos una experiencia en la prueba de aptitud, en el board. La prueba de aptitud posiblemente tiene sus defectos pero tiene también sus grandes ventajas. Nosotros hacemos una especie de... (interrupción de la grabación) ...posee una magnífica formación. Pero, en cambio, hay gente que se queda sin poder formarse. El numerus clausus existe. Queramos o no queramos. Existe de una forma definitiva. Le estamos dando la vuelta pero existe. Nadie lo quiere decir. Y la pregunta que yo hago es: ¿Qué hacemos con los otros? Porque a un señor que se ha perdido catorce años de su vida no se le puede decir de repente que no es médico.

Dr. Ponce de León: Quizás el problema centrado y que el Dr Campos solicitaba (interrupción de la grabación)...

Declaramos que ha de existir numerus clausus con lo que estamos en contra de todo lo que está ocurriendo en la universidad por un cierto espíritu contrario a las bases de la ley, o bien, vemos si hemos de llegar a la declaración de numerus clausus. La realidad práctica va a ser la siguiente: impulsar profesionalidades no clínicas, una muy buena solución de la ponencia y que está dando resultados y que hacer el estudio de mercado, de qué porcentaje alivia. Segundo punto, lo que va a ocurrir es que trimestralmente los servicios hospitalarios que intentarán un mayor desarrollo en dos años, van a hacer la oferta de plazas clínicas. Se va a organizar una cola y un taponamiento. Esto está en

Inglaterra. Entonces, los chicos van a poderlo hacer este año, en el próximo, o en el otro. No lograrán tener las clínicas hasta los seis, siete, ocho años de carrera. A la paciencia nacional quedará el decidir si hay que decidir un númerus clausus. En Inglaterra se conceptúa que más de tres años para no realizar las clínicas hay que adoptar una medida. Si en tres años somos capaces de una reorganización hospitalaria para un número suficiente, no habrá que hablar de numerus clausus. Hoy en día hay que decir: turnos. Y evitar trampas en el turno.

Dr. Bartolomé: Quizás, entonces, damos por terminada esta mesa redonda, después de agradecer todas las intervenciones que han habido. Muchas gracias.

-----0000-----