

TRANSCRIPCIÓN TEXTUAL (1), VERSIÓN COMPLETA

Bautomé

[REDACTED]: ...que puede representar esta reunión de trabajo. Quería decir también que en el programa figura que esta mesa fue organizada por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. Este es un error. Esta es una mesa organizada por el Servicio de Estudios del Instituto de Ciencias de la Educación. Con el fin de aclararlo me he permitido dirigirles estas palabras iniciales. Por otra parte, el interés del problema, o de las problemas, que discutiremos, es realmente amplio y abarca una gran cantidad de profesionales de la enseñanza y de médicos en general, puesto que la trascendencia que puede representar el que se tomen unas u otras soluciones es ^{realmente} importante. En la actualidad son muchas las instituciones que tienen como tema de interés el estudio de la metódica de los programas ^{en general,} y 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 unas conclusiones que nos permitan establecer a qué nivel de recursos institucionales y humanos nos encontramos ahora y qué perspectivas tenemos para un futuro inmediato y para un futuro no tan inmediato, puesto que este problema está en íntima relación con la capacidad o con el futuro desarrollo que tengan que adquirir las enseñanzas médicas en nuestro país. Han recibido todos ustedes un escrito inicial elaborado por el ^{equipo} ~~grupo~~ de trabajo del Doctor Campos y quizás sea él, y posteriormente el Doctor Soler Savarís, los que puedan iniciar este diálogo al cual yo invito a que participemos todos puesto que sus opiniones al respecto pueden ser realmente muy valiosas. No quiero entretenerlos más. Quizás el Dr Campos podría iniciar la exposición.

J.C.A.: Voy a intentar sumarizar el documento de trabajo que hemos elaborado. Básicamente, hemos reunido en esta mesa redonda a una serie

de profesionales ^{que están} directamente implicados en la enseñanza, y sobre todo, en ^{su} el aspecto clínico, de la enseñanza. Hay representantes de la Universidad, ~~hay representantes~~ de hospitales asociados con programas de residentes, formales y bien organizados, o sin programas de residentes, ~~Hay gente representante~~ de instituciones asistenciales que ya, actualmente, tienen alumnos, y de instituciones asistenciales que van a tener alumnos. Hay gente de la región catalana y hay gente del resto de España, con mucha experiencia, que ha trabajado en Madrid, que ha trabajado en Barcelona, etcétera. El problema que tenemos nosotros, ^{nuestra} ~~la~~ preocupación, ~~que~~ es el formar ~~unos~~ médicos adecuados. ^{la difusión en el futuro} Para lo cual sabemos que necesitamos una enseñanza muy ^{distinta} diferente. Y el problema está en cuántos de estos alumnos podemos formar o cuántos alumnos necesita el país para poder desarrollar, realmente, los programas ^{de salud} que hagan falta.

Tengo aquí un esquema que quizás sirva para sintetizar el problema. ⁽¹⁾ La enseñanza clínica es necesaria y, por lo tanto, tenemos que ver qué cantidad de enseñanzas clínicas ~~tenemos~~. Hay tres niveles fundamentales: ^{1º} ~~un~~ nivel de enseñanzas básicas, ^{caso que} cuando se proceda a ~~una~~ integración vertical, y una incorporación a la clínica ^{ya desde} en los primeros cursos de básicas, que serían el primero y segundo curso.

^{2º} Las pasantías o clérkstips (hay una diferenciación bien clara entre lo que es el tercer curso, de semiología y de preparación para ^{la} ~~la~~ clínica, ~~trabaja~~ ~~en~~, y las ~~pas~~ pasantías por bloques rotatorias). Y, finalmente, ^{3º} el internado rotatorio, con ~~las~~ cinco clínicas básicas, que estará dentro o fuera -no lo sabemos todavía- del plan de estudios, ^{de licenciatura} pero lo que es seguro es que todos opinamos que nuestros médicos tienen que salir con un internado rotatorio. ^{hecho} Entonces, para ~~se~~ calcular esta cantidad, tenemos que ver cuáles son los condicionamientos a los que vamos, ^{que nos lo limitan} cuál es el objetivo. ^{que perseguimos} ~~La~~ enseñanza clínica, que hasta ahora se ^{ha} ~~se~~ practicado fundamentalmente, salvo raras excepciones, de una ~~forma~~ ^{manera} no formal, pasa ahora a ser formal. Esto implica: ^{que} 1º, tendría que ser asequible a todos los estudiantes

Cosa que ahora no sucede. 2º que estuviese caracterizada porqué al alumno se le vayan dando responsabilidades progresivas de acuerdo con el grado de capacitación ^{mas} que ~~el alumno~~ tenga. 3º que fuera completa, que fuera capaz de ver todas las entidades nosológicas, que fuera capaz de ver toda clase de enfermos en cuanto a personalidad y clase social, que fuera capaz de ver toda ^{tipo} clase de cuidados, (desde cuidados intensivos, a curas ambulatorias ~~hasta~~ sencillamente cuidados). Además de esto, por ~~los~~ condicionamiento, y el derecho que les da el título, tienen que salir con ~~una~~ capacidad para ejercer la medicina general. Y, además, tienen que tener ciertas características en cuanto a valores médicos, en cuanto a aptitudes, en cuanto a actitudes y en cuanto al Yo profesional que adquiere, que estén adecuadas a las necesidades del país. ~~En~~ Esto será fruto -como veremos después- del ambiente total, ^{de conjunto} ~~de todas~~ las transacciones que tienen lugar dentro del hospital. ~~Con~~ estas características ^{delicamos} ~~tenemos~~ que ver de cuántas plazas disponemos. No ~~digo~~ camas, sino camas operativas, camas docentes. Para ~~esto~~ hace falta, ^{contar} primero, un profesorado, ^{de} (porque el hecho de ser médico y de ser un buen médico no es ~~una~~ garantía de que ^{podamos} ~~podamos~~ enseñar). Dependerá de que el hospital esté organizado, esté acreditado, tenga una pirámide de enseñanza que va desde residentes a internos, ^a incluso a enfermeras, en que todos los niveles superiores enseñen a los niveles inferiores. Segundo, que tenga la formación adecuada. Estos serían los factores positivos que nos condicionan cuántas camas tendrá. ^{Los} ~~Los~~ factores negativos dependen del enfermo, y de la capacidad que tenga el hospital para utilizar al enfermo como material docente sin que interfiera con la función asistencial que ^{se} allí tiene. Esto es importante desde ^{tanto} ~~el~~ punto de vista humano ^{como} ~~pero~~ también desde un punto de vista legal ^{que} ~~que~~ la institución es ^{se la} ~~so~~ lidaria de las negligencias profesionales que pueda tener el es-

hablo de
docentes

como
se la
construir

estudiante dentro de la ^{misma.} institución. Y, tercero, el número de alumnos de que ~~disponemos~~ ^{tenemos que formar}. Todo esto ~~nos~~ ^{condiciona} ~~las~~ ^{dichas plazas.} plazas que tenemos, el número de alumnos, de dónde tenemos que sacar ~~las plazas~~.

partes de estos elementos de enseñanza. El Dr Gabriel Santos dará una pequeña idea de cómo está la situación.

Pero, básicamente, frente a esta situación, la solución que se ha pensado parece ser asociar hospitales. ¿Donde ^{de} daremos la enseñanza ^{cu} ~~clínica~~ ^{namo a impartir}? Fundamentalmente en tres lugares. ¹ En una forma completa,

que abarca las tres fases, en la Universidad exclusivamente, ^{de} ~~ya sean~~ enseñanzas básicas hasta enseñanza clínicas. ² Después hay

unas unidades docentes que se responsabilizan totalmente de la enseñanza ^{de pasantías} a partir del tercer curso. ³ Hay otras instituciones que

tienen una ^{asociación} ~~relación~~ parcial con la Universidad y lo que pueden dar ^{será} ~~es~~, sencillamente, algunas pasantías -cuarto y quinto curso-, un ^{obien}

^{Finalmente} rotatorio o bloques de pasantías para las cuales estén capacitadas ^{dentro del sistema tendrán que} Y, además, habrá unos señores que, si no caben, irán por libres.

Con ir por libres quiero decir que será en una ^{manera} ~~forma~~ no formal pero que tendrán que estar capacitados.

Esto implica una cuestión: si la evaluación es constante para todo el mundo, los resultados serán que saldrán médicos de distintas

fuentes. Si esto es limitado, como es de suponer, si el número de ^{de que disponemos} plazas ~~no~~ llega al número de alumnos al que tenemos que enseñar,

evidentemente el numerus clausus que no se estableció al comienzo de la carrera por muchas razones, las instituciones asistenciales no se pueden permitir el lujo de admitir dentro de su sistema más

alumnos de los que puedan enseñar, y que no molesten dentro de sus funciones asistenciales. Las consecuencias de un numerus clausus

quiere decir que habrá algún criterio de selección -que no sabemos cual- y que, finalmente, habrá una discriminación en cuanto a los títulos y que ~~la~~ ^{la} gente será "médico titulado del hospital tal y cual".

Un punto importante es lo que atañe a valores. Creo que en este

sistema nos es muy facil llegar a una capacitación científica y técnica para la curación del enfermo. Yo quisiera presentarles un pequeño modelo de algo que tengamos en cuenta. Si nosotros trazamos unas coordenadas espaciales veremos que, si tenemos aquí prevención -que es una de las funciones que tiene que tener nuestro médico- y aquí tratamiento. A la derecha curación y a la izquierda cuidados. A la derecha arriba, en el plano horizontal, especialidades y aquí medicina general, ~~VEREMOS~~ nos encontramos con una cosa curiosa: las características de la medicina hospitalaria caen precisamente en estas tres coordenadas. Es una medicina curativa que se hace en un momento agudo de enfermedad, generalmente, -tendría que tener esos condicionamientos que, por ahora, muy pocos de nuestros hospitales tienen, que es el poder estar jerarquizados y el tener una _____ de tratamientos, etcétera-, es generalmente especializada y además dirigida a un tratamiento. Si tenemos en cuenta el tipo de médico general que necesitamos y las características que tiene que tener, vemos que tiene que ser un hombre capaz de hacer medicina preventiva, de cara al ambiente y de cara al individuo, y de educación sanitaria. Tiene que ser un hombre que se cuide de la continuidad del enfermo, que sea capaz de aconsejar, que sea capaz de asistir, que sea capaz de modificar conductas que producen enfermedades, etcétera. Nos encontramos con las características completamente opuestas que ^{tiene} el ambiente total del hospital ~~tiene~~ y las características que el médico ~~es~~ general tendría que tener.

Pasaremos ya a los criterios cuantitativos y quizás lo podamos discutir después.

Soler Sabaris

S.S.: Yo voy a ser muy concreto, porque creo que tiene mucha importancia. En todo caso, estos datos se pueden corregir o modificar después. Hemos apuntado el número de universidades existentes: Barcelona, dos; Madrid, tres (dando por buena la inaugurada);

Bilbao; Granada; La Laguna; Murcia; Oviedo; Santiago; Salamanca
Sevilla; Valencia; Valladolid; Zaragoza; Navarra (aunque no sea es-
tatal); Soria; Santander; Málaga. Total: 20 universidades. Número
totalmente suficiente. Aunque se podría discutir la distribución
geográfica en relación con el número de población estudiantil.

X Si aceptamos la conferencia mundial ^{de educación médica} de _____ el número ópti-
mo de alumnos es de ciento ~~xxx~~ cincuenta; máximo tolerable, dos-
cientos cincuenta. ~~xx~~ Aceptando una mortalidad estudiantil del
10 % máximo. Terminarían anualmente 4.000 médicos -cifra aproxima-
da- con lo que teóricamente se cubrirían de sobra las necesidades
del país a diez años vista, aunque en la práctica aumentaría en
X gran forma el subparo o subempleo ya existentes. Si aceptamos en
los cursos clínicos la cifra de cuatro alumnos por cama, necesita-
ríamos, aceptando dos cursos, unas diez mil camas, a parte del in-
ternado rotatorio. Esta es una cifra totalmente fuera del alcance
de los respectivos hospitales clínicos. Actualmente existen en Es-
paña 1.359 hospitales, con una cifra aproximada de ⁵175.000 camas,
(Aquí hay un cuadro que el Procurador y compañero nuestro, Quesada,
presentó y publicó, y que está a disposición para ser, eventual-
mente, publicado.) de los cuales la mayoría no tiene nivel cientí-
fico adecuado. Desde el punto de vista de calificación de asisten-
cia y rendimiento podrían adaptarse al siguiente índice: 18% en
buen estado, 45% bien, 20% regular, 4% malos, y del resto no es po-
sible obtener información. El 71% de los hospitales es anterior a
a 1920 y el 30% a 1900. La distribución es la siguiente: 33 pro-
vincias 5 camas por mil habitantes, 15 provincias entre 5 y 9 ca-
mas por mil habitantes y 3 superiores a nueve por mil. La Seguri-
dad Social dispone en 1971 de 26.000 camas y tiene 12.500 camas
concertadas con instituciones, distribuidas de la siguiente forma:
institución de ámbito nacional de Seguridad Social 2, ciudades sa-
nitarias 4, residencias 55, centros quirúrgicos de urgencia y re-

habilitación 2, unidades y zonas maternas 3, y residencias sanitarias provinciales 1. De ámbito nacional: la Puerta de ~~Hierro~~ Hierro tiene 402 camas, Francisco Franco 1.896, La Paz 1.900, La Virgen del Rocío en Sevilla 1.533, La Fe en Valencia 1.393 y residencias 15.000 camas, las maternas Río ~~Quirón~~ Tinto, Olcañiz y Reus entre las tres suman 48 camas, las quirúrgicas Oviedo y Madrid 120 camas entre las dos. De estas instituciones pueden considerarse como aceptables en cuanto a su funcionamiento, pero, en cambio, más que dudosas en cuanto a la acreditación de ~~su~~ enseñanza. Para cubrir el déficit de estas camas las facultades, por ejemplo la de Pamplona, con trescientas plazas, tiene distribuidos a los alumnos en San Sebastián, Victoria y Pamplona. Otras facultades están entrando en contacto con otros hospitales pero siempre partiendo de la falta de personal acreditado para la enseñanza y el aumento del coste que representa en un hospital normal el convertirse en un hospital de enseñanza. Las consecuencias las concretamos en los siguientes puntos: Solamente el 20% de los estudiantes tiene acceso a hospitales con una cierta acreditación. Aumento de la mortalidad estudiantil: hemos dicho que la cifra ~~topa~~ tope era del 10%. Por ejemplo, los países europeos tienen un 10% aproximadamente y la U.R.S.S. un 6%. Lo contrario supone un constante deterioro de la calidad de enseñanza. Por ejemplo, las notas _____ Secretaría General Técnica _____ datos básicos del Instituto ~~Nacional~~ Nacional de Estadística da la siguiente mortalidad estudiantil: en 1960 el 21%, en el '61 el 20, va evolucionando hasta llegar al 66 -última cifra que tenemos- con el 26,3%. Tenemos las otras pero no están aquí, ahora, actualizadas. Según el boletín de la UNESCO, El Correo de julio de 1972, la mortalidad estudiantil media ~~en~~ en España era del 37%. El incremento de estudiantes que emigran bajo pretexto de ampliar estudios en Estados Unidos de 560

en 1969 pasa a 668 en 1970, o sea, un 30% de los que terminan. El número de solicitudes en España pasa a ser el 11^o en 1970 entre 73 países. Pero, en cambio, el número de estudiantes aprobados pasa al número 61 en el '69, al 50 en el '70, con un promedio del 24% de cien alumnos, detrás de ~~Yugoslavia~~ Yugoslavia que tiene el 25%. Para ~~x~~ paliar en cierto modo esta falta de enseñanza práctico clínica se crea el internado rotatorio, que puede tener dos interpretaciones: paliar esta falta o bien, la de responsabilización deñante de la sociedad. Tiene los mismos defectos que la enseñanza clínica por déficit de plazas. Por ejemplo, si terminan 2.000 ^{médicos} anuales se dispone solamente de las siguientes plazas: 300 plazas de médicos residentes e internos en hospitales universitarios, 300 en hospitales municipales y provinciales, y 350 en Seguridad Social. La implantación de las enseñanzas clínicas universitarias en hospitales docentes tiene los siguientes defectos: los médicos del hospital docente y universitario deberían pertenecer, en principio, al mismo cuerpo con escala de promoción que podría llegar a la de profesor universitario. Segundo, la falta de coordinación de la Universidad con los distintos centros, ya que la Universidad debería ser centro piloto en conexión no competitiva con los demás centros hospitalarios. Tercero, la falta de formación pedagógica del personal sanitario, imbuídos aún de todos los defectos de su formación anterior. Cuarto, si la relación numérica entre alumnos y profesores está muy lejos de la óptima, ya nos conformaríamos con ~~1:4~~ 1:4. Y en las facultades uno tiene que apelar a la lección magstral como enseñanza básica, con toda la pérdida de tiempo que tal método comporta. Esta desproporción es mucho más elevada, ^{en} los centros hospitalarios docentes, agravados por falta de remuneración, incentivos, dedicación plena, etc. ¿Cómo evoluciona este problema? Según el informe Baltar, de 160.000 camas se pasará a 199.000 en 1976, de cuyo crecimiento corresponderá el 60% a la Seguridad Social y el 40% a corporaciones locales. El incremento

del número de camas es, en cinco años, aproximadamente, de un 15 a un 20%. El incremento de la población es de un 8,2%; y el de licenciados un 9%, y el del alumnado un 47%. Vemos que el problema, en vez de reducirse, se agrava notablemente. Lo mismo podemos decir en cuanto al número del profesorado y al presupuesto del Ministerio de Educación. El problema de la selectividad continuará siendo totalmente injusto si no se valora exactamente las necesidades sanitarias del país, la capacidad de enseñanza del mismo, las posibilidades económicas del contexto total que inciden sobre el problema real de la profesionalización.

Para no alargarme ^{paso por alto} ~~deje~~ problemas tan importantes como la relación numérica enfermera-médico, posibilidades de entrada de la democratización de la enseñanza, etcétera, en la enseñanza superior, y posibles soluciones. Esta es la parte más difícil. En esto yo soy completamente pesimista. Pero yo quisiera que nos fijáramos en el siguiente dato: Yo creo que uno de los puntos a plazo corto que se tendría que atender es el problema de las relaciones de las autoridades ^{las facultades} de medicina con la Seguridad Social. Y esto por un detalle muy concreto, y es por el presupuesto de la Seguridad Social. La Seguridad Social puede disponer de un 8% de la renta nacional para sus hospitales. Este tanto por ciento no será nunca alcanzado aunque sea por el Ministerio de Educación Pública. Otro detalle para poder evaluar la selectividad es, creo, un libro blanco sobre las necesidades sanitarias del país y el estado hospitalario actual del mismo.

J.C.A: Esta es la situación que nosotros estamos contemplando y el problema realmente está en que, queramos o no queramos, tenemos que recurrir a las instituciones asistenciales. Y esto implica una transformación. Me gustaría que los que tienen experiencia en esto, que hayan tenido que pasar por esta fase, nos comuniquen cómo lo han arreglado. En fin, que libremente todos discutamos cual-

quiera de los puntos que hemos presentado. Pero, fundamentalmente, sería la ^{1o} transformación del hospital para poder absorber alumnos universitarios no internos o residentes, o sea, alumnos numéricos Segundo, la formación del profesorado que se necesita. Tercero, el problema de la evaluación que hagamos de los resultados, y tam**bién** de los métodos de enseñanza adecuados; y, si no los tenemos, qué tenemos que hacer para corregirlos.

Obvios
d?
X
X
X
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 Savarís 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 utilizadas, ni equipadas para poder enfrentarse con el problema que se les plantea, que es ~~el problema~~ de la enseñanza. Esperemos que, cuando estos cursos que ahora se empiezan lleguen al tercero o al cuarto, o al rotatorio, ya se hayan ido instrumentando. ^{que estén en condiciones para hacerlos} Pero en el momento actual todavía no lo están. Y de hecho, las facultades grandes del país, Madrid, Barcelona, Valencia, se encuentran con ^{un} ~~este~~ ingente número de alumnos que pretenden ingresar y que no estamos en condiciones, en absoluto, para poder ^{lo} atender. Esto ha llevado a la necesidad imperiosa de poner un límite, de poner una barrera, de poner algo que nos permita no establecer un ^{haber} numerus clausus que suena antipático, que suena a imposición y a querer coartar la libertad que tiene ^{todo} ~~el~~ ~~espa~~ ~~ño~~ a acceder a una enseñanza determinada, pero que está en función de los números. ^U Básicamente, 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} ~~orgulloso~~ de haber sido invitado a esta mesa pues creo que hay que plantearlo a ^{muchos} ~~varios~~ niveles. De las tres funciones que tiene el hospital, la función ~~de~~

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 ~~en~~ y que hay que tener en cuenta para llevar a la práctica de una forma casi inmediata estos hechos. El profesor de medicina ^{m puede ser} no ~~es~~ un médico

X alguien debe que tener una formación. En esto estamos de acuerdo O sea que, antes de que un hospital quiera aceptar la carga, el peso ^{que supone} de 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 alguna jerarquía, haya un jefe de servicios, un jefe de salas, un jefe de secciones, que poseen ya una mayor experiencia, una mayor formación clínica, una mayor capacidad, seguramente no será un obstáculo ~~irreparable~~ infranqueable ^{que} y en todo hospital hay personas preparadas para poder atender a este aspecto.

X Aquí ~~el~~ 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} ~~de~~ ~~velar~~ 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, existen ^{ya} 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 ~~re~~estructurar las formas, los cauces por los cuales debe transcurrir esta colaboración, ⁷ 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~~ ^{no} sería difícil aplicar normas iguales o parecidas a la colaboración futura entre los demás hospitales y las facultades. Yo, como ^{decano} 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.

J.C.A.: A mi se me ocurre una pregunta alrededor de esto que sería: si efectivamente las condiciones son éstas, qué opinan, primero, las universidades, si su función tiene que ser evaluar ~~real~~ realmente a todos los alumnos que salen del sistema, si es posible hacerlo con unos criterios de verdad, o sea, si con el potencial de personal que hay se puede proceder a un examen, a una evalua-

ción de todos los alumnos que están siendo entrenados clínicamente en otras instituciones. Segundo, qué tipo de respuesta tendrán las instituciones ^{delante de} ~~respecto~~ a ser evaluadas desde fuera.

*Abizs
de una
Facultad*

: 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 ^{repi'to} -y con la Seguridad Social, repito, 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. Entonces, un hospital que se crea con ^{capacidad suficiente} ~~demasiada~~ eficiencia como para formar autónomamente ^{alumnos} ~~una~~ facultad, pues que se ~~eriga~~ erija en facultad. Pero esto ya ^{quiza q} ~~seria~~ a niveles ministeriales. ^{Algo} Tal como está actualmente la legislación, no veo otra forma.

*Max
bal*

: Hay componentes ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~ de instituciones ya concertadas con la universidad que, quizás, podrían darnos su exposición, por una parte, de la Seguridad Social y, por otra parte, de distintos hospitales que inicialmente comenzaron esta colaboración ^{Del} ~~el~~ 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.

*Ben
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 don

de se forma a los médicos, y que la formación de los buenos médicos interesaba a la Seguridad Social y ~~para~~, 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 intensamente. 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 ~~una~~ 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~~ 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 vis

ta, y que estaba a pie, por una parte, con la diputación provin-
cial -y me estoy refiriendo a la Universidad de Santiago/ y está
aquí el Profesor Salori-. Y, sin embargo, esta ^{facultad} ~~de medicina~~ de me-
dicina creyó absolutamente necesario que la Seguridad Social se
hiciera cargo de su hospital clínico. Santiago tenía un hospital
clínico en plena construcción. Lo que no veía claro ~~esa~~ 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 gran-
des problemas desde el punto de vista de absorción de alumnos-
concierta con la Seguridad Social, y hace el último de los con-
ciertos vigentes -por eso estoy aludiendo a él- que hemos rubri-
cado los dos para que la Seguridad Social se haga cargo de la ad-
ministración del hospital clínico y canalice y dirija al hospital
clínico. Este concierto puede servir de paradigma para todo lo
que yo tengo que decir. ^{siempre de} En qué condiciones? Se parte/un supuesto.
Hemos defendido todos los que estamos en Seguridad Social que los
que saben de enseñanza son los catedráticos, que la docencia per-
tenece exclusivamente a la facultad de medicina, que es la facul-
tad de medicina la que ~~me~~ tiene que llevar la docencia tal y co-
mo ella crea conveniente. Estamos todos de acuerdo -y esto es con-
secuencia del reglamento de régimen y gobierno de instituciones
de Seguridad Social que se acaba de promulgar- que el hospital de-
sempeña esa triple función tan conocida, entre las cuales está la
~~docencia~~ docencia. Pero la docencia a la que alude nuestro reglamen-
to no es la docencia de formación de alumnos, ni siquiera post-
graduados. Es la docencia de aquellos médicos que quisiesen con-
currir al hospital a especializarse o a formarse ellos voluntaria-
mente. Pero sí es evidente que desde el momento en que la facul-
tad de medicina solicita esa colaboración docente, es a la facul-
tad de medicina a quien compete decir cómo y de qué manera se va

Salvador
Salori.
Es un
impreso
medic

a realizar la docencia. Pero si la docencia se va a realizar sobre un hospital de la ~~Seguridad~~ Seguridad Social, sobre beneficiarios de la Seguridad Social, es evidente ~~que~~ ~~xxxxxxxxxxxx~~ corresponde

figurar las características de la asistencia a la propia Seguridad Social

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. Excepto ^{cuando 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 ~~Segura~~ Seguridad Social se acaba de hacer cargo de cinco hospitales clínicos. Y se va a hacer cargo de alguno más, alguno que está en construcción y alguno que está en proyecto. Es más, la Seguridad Social, en este momento, -yo la represento modestamente en el ^{seno} ~~xxxxxx~~ del Ministerio de Educación y Ciencia- va a colaborar en el Mutillage 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 ^{quedar} ~~tiene~~ 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} ~~podríamos~~ llamar necesidades que la Seguridad Social tiene que exigir a sus propios establecimientos. En este momento, contando con las diez ~~ciudades~~ ~~universitarias~~ 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 ^{enseñan-} ~~docen-~~ ^{za} ~~cia~~. No lo están ~~ni~~ por las características del montaje ni por las características de la construcción -todos son hospitales mo dernos- 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 concatēnarse, gerarquizarse 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 ~~ministras~~ administración del Instituto- que son los hospitales los que deben cumplir unas ciertas condiciones para que puedan abrirse a la docencia. Entonces sí, auna dos los dos puntos de vista, conjugados 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 con 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 os 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 momento ha habido unas pequeñas interferencias y unas pequeñas confusiones, en años anteriores había puesto a disposición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Victoria y San Sebastián 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 una 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 -Ministerio de Educación y Ciencia y Facultad de Medicina- no todos los médicos querrán ejercer funciones docentes, ni ~~ni~~ tampoco todos los profesores, 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 ~~estas~~ estos dos aspectos: la venia docente que el propio personal médico de las instituciones de Seguridad Social necesita recibir para dedicarse a la docencia y las propias necesidades de la Facultad de Medicina. Esto se puede llevar de una manera completa y absoluta como es el caso de Santiago, por ejemplo, donde no ha habido la menor interferencia, el menor roce ni el ~~menor~~ menor problema. Entre otras razones, porque ha habido una delimitación de campos tan absoluta que se dijo por parte de los catedráticos -por eso me es a mí muy grato tener un ejemplo delante que me permite hablar con más ~~soltura~~ ^{soltura} ~~soltura~~-

"no, de organización de hospitales nosotros no queremos saber nada Hemos tenido ya bastantes problemas ~~con~~ el que teníamos. Uds organicen el hospital como les parezca, que nosotros nos sujetamos a la organización del modo en que ustedes quieran, inclusive determinándose por ustedes el número de alumnos que van a ir ^a por cada cama". Y a eso respondió la Seguridad Social: "No, no, ustedes determinan el número de alumnos porque van a determinar la docencia. La docencia la determinan ustedes y es cada catedrático independientemente el que va a saber qué es lo que le conviene, teniendo en cuenta lo que el hospital es. Porque el hospital no es un acordeón, el hospital tiene un número limitado 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. Pero 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 absolutamente ningún problema. El acuerdo es absoluto. Por ejemplo, en Sevilla aun más completo porque el plano general del hospital clínico lo sometió previamente la facultad a la Seguridad Social. Al fin ~~cuarenta y cinco~~ y al cabo la construcción de noventa y tantos hospitales en aquel momento, le da una experiencia a la Seguridad Social, que nos permite a nosotros saber si, por ejemplo, un Servicio de Oftalmología -con perdón del ~~Dr. Salori~~ Profesor Salori...

Pr.S.: Yo también tengo que hablarles un poco... Ya salí de Santiago...

me perdona

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} ~~era~~ que el estatuto o el convenio que se firma es un convenio que está redactado en gran parte en el aire. ~~xxxxxx~~ Es un articulado en que no es por la buena voluntad entre las partes....
realmente

JCA.: Perdón. Yo tengo un poco la responsabilidad de la coordinación y tengo la impresión...(interrupción) ...si podemos pasar al terreno práctico

*Sanchez
Saloni.*

S.: Por eso, es lo que quería. Sobre lo que ha dicho el ^{*Sanchez*} ~~Dr. Ramos~~ 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 ~~xxxx~~ 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 ~~solucionarse~~ 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 allí.... (Se corta 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 post-graduada 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, ~~con un~~ ~~manifeste~~ 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. Peño, en cambio, al aumentar la dotación, y al aumentar, sobre todo, en un sentido de responsabilidad de trabajo pagado y de nueve de la mañana a tres de la tarde la gente acude a *las consultas, lo único que se puede decir*

JCA: Yo creo que éste 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 al Dr. Noya y al Dr. Pedro Díaz.

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~~x~~ que tener la base de que detrás de ^{esa} ~~la~~ 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} ~~médico~~ 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 ~~xxxxxx~~ 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} etcétera, lo primero que tiene que ver es lo que acaba de decir el Dr. Lamas, a la vez hecho el convenio ~~o~~ cuadro que permite a las universidades utilizar hospitales acreditados, ver dentro de su ámbito ^{regional} ~~nacional~~ qué hospitales pueden acreditar. Y Santiago puede tener hospitales jerarquizados, Vigo, La Coruña, Pontevedra...

Sanchez
Salorio

Si me permiten yo quisiera hacer una pregunta porque el problema de Galicia lo 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 la jerarquía ^{en cambio,} de los sitios, nosotros le permitiríamos, por ejemplo, venir a los dentistas, al oculista de Pontevedra. ^{o de lujo} ~~xxxxxxxxxxxx~~ (interven 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 el ~~Exi~~ 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.

J CA: Siento tener que estar interviniendo ~~perxxxxxxxx~~ pero es que si no no llegamos a nuestro objetivo. Básicamente aquí tenemos cuatro centros: Está Madrid con una experiencia, concretamente la Autónoma, hay gente de Pamplona que ha mantenido un numerus clausus y una proporción, de alguna forma, con la capacidad de enseñanza clínica. También están representantes de nuestra Universidad de Barcelona, que se encuentra en ^{la} ~~una~~ situación completamente al revés: tener que ir buscando la enseñanza clínica. Y la Autónoma que empezamos con un ideal de 120 alumnos y que ya estamos en una realidad de 700 alumnos. Todo esto nos presenta que hay que echar mano de todos los recursos que hay en el país. ¿Cómo se puede llegar a esto? Es lo que quisiera concretar. Cada uno que tiene esta situación, que está pasando y que pasará si es que se atreve a meterse en el tinglado, pues ¿cómo lo ve? ~~Intentemos~~
~~Empecemos~~ a ir un poco a la práctica, por favor.

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 por que 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 ~~xx~~ 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 lugar de considerar que hay que multiplicar el número de facultades de medicina hasta el infinito o hacer como en Paris

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 ~~todavía~~ 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} al 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~~ Patología Médica en lugar del Profesor Pedro Pons, este curso yo preferí estudiarlo con el Profesor Esquedo. ~~Ve~~ Viendo lo que preguntaba el Dr Campos, la capacitación, la venia docenti y la evaluación eran individuales. No se trataba de que todos los ~~servix~~ 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 sabe, ni puede 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 que con todos los barruntos que entonces se hicieron, yo recuerdo que en el parque íbamos a escuchar al Profesor Domingo para ~~Baxax~~ Bacteriología, al mismo tiempo que otro hacía otra Bacteriología. Y, por lo tanto, no solamente en el período clínico, sino también en el período pre-clínico. 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.

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

Max ?
Bartolomé

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, ~~1x55~~ mil quinientos entre las dos. Realmente esto crea unas condiciones nuevas, teniendo en cuenta, evidentemente, que la solución que ha aportado el Profesor Ba~~colls~~ es realmente -al menos nosotros la consideramos- muy idónea.

X
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 de Omar estamos en una colaboración muy buena ~~para~~ 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 llevar lo a término. Creo que esta experiencia es positiva y puede extenderse a otras instituciones sin ninguna 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 unos 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 Vill~~ade~~ll podría también comentar esto- el síndrome de fatiga del médico. Creo que es conveniente que la facultad sea algo gene-

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~~ práctica de esa enseñanza cada uno de nosotros actuamos con plena libertad. a todos los niveles, incluido las evaluaciones correspondientes. *Corroboro lo que dijo el Profesor Noya porque también se va a producir el síndrome de fatiga*

X Pero *Corroboro* también lo que dijo antes el Profesor *Dobros* por que, efectivamente, el convenio que se ha hecho con la Seguridad Social ~~permite~~ permite extenderse a las demás instituciones del país en unas condiciones prácticamente similares o parecidas y puede resolver en gran parte el problema del déficit 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 ^{so} ~~mantenimiento~~ mantenimiento, 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 exactamente igual que está San Pablo. Pero tiene una faceta intermedia que es la de ~~la~~ 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 ^{hiciéramos} ~~tenemos~~ todas las enseñanzas clínicas, pero, después, para efectuar el año rotatorio, cabe asociar a la unidad docente de aquí, ~~xxx~~ la residencia de Tarragona, la residencia de Lérida, etcétera. Con lo cual el número de posibilidades se amplían extraordinariamente.

rosa 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 necesaria 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.

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

J.C.A. : Pero esto plantea un problema ^{muy importante}. Y es que desde el punto de vista práctico yo no conozco nadie que delegue la función de enseñar, ~~sin~~ que simultáneamente no delegue la función de evaluar. Esta es la realidad. Si un profesor adjunto está dando clases ~~el~~ tiene la responsabilidad de unos alumnos, acaba examinando el profesor adjunto aunque sea ~~el~~ ^{el responsable teórico} catedrático. Y si ~~es~~ ^{es} un ayudante, porque ~~no~~ ^{ya} ~~delegan~~ ^{delegan} ~~el número~~ ^{quien enseña} de adjuntos, también es un ayudante. La realidad, ^{el que examina} quién evaluó es quien enseña. O sea que tenemos que tratar de encontrar alguna fórmula que nos...

Pedro Díez : Yo estoy de acuerdo con lo que acaba de decir el profesor Noya. Nuestra experiencia, a nivel de la Autónoma de aquí, es que aquí se han creado una serie de unidades docentes, cada una de las ~~cua~~ ^{en} les tiene un profesorado con venia docente, ~~que~~ ^{en} su institución en diversos niveles y todo ello se integra en departamentos que son conjuntos para las tres unidades. En estos departamentos se

Max : En Profesor Rojo había pedido la palabra.

Rojo : Yo quería, solamente, hacer una pequeña observación. Todos ~~habían~~ hablamos de que lo que obstaculiza el funcionamiento de todas estas cosas... como dice el Profesor Oriols, que están ya previstas en el papel -la ley general 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} ~~tienden~~ ~~que~~ 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 ^{facultad} ~~estudiantes~~ ~~en~~ ~~segundo~~, y tengamos ya una ~~Autónoma~~ Autónoma de Barcelona que ya tiene setecientos. Y que nos esté costando sangre χ 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 dentro de todo el país

Escopavía

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.

Max : *La Tragedia que evidente*
cree que evidentemente la calidad de la enseñanza se deteriora en una progresión geométrica de acuerdo con el número de estudiantes por curso.

Roto : *Puigdollers*
Económicamente, para un estudiante que vive en Granollers trasladarse a ~~xix~~ estudiar a Murcia es terrorífico. Si la facultad de Murcia tiene cien alumnos, cierra, pero se hacen cuatro en Barcelona o cinco...

Roto : 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 ~~xxix~~ ir a la fila catorce, se tiene que subir a la veintitres del entresuelo. *El problema es lo t-*

Max : *tenemos*
tenemos 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 de-

mérito de alumnos de Hospitalet que no podemos matricular.

JCA : Es insólito pero es. El Dr Soria había pedido la palabra.

Soria? : Si. 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... (cinta borrada)

d? : ... 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.

Soria? : 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.

d? : _____ ha pedido...

Soler Sabaris : Quería hacer una pequeña pregunta que es la siguiente: Este con-

de
trato ~~con~~ la ~~Seg~~ Seguridad Social con las facultades de medicina, corresponde, por ejemplo, -para hablar de un g término generalmente aceptado- de direct pattern o de indirect pattern? O sea que la Seguridad Social tiene sus propios medios, sus propios médicos, sus propios recursos económicos, incluso su propia docencia? o bien, la delega a las facultades de medicina? o sea, hace un indirect pattern. Porque este es el contrasentido muy clásico de la Seguridad Social española.

Sanchez Jalón : Teóricamente, cuando se firma el convenio no existe ya ni Seguridad Social ni facultad de medicina... *porque hay un Patronato*

Lana : Exacto, porque hay un patronato...

J. Sabaris : Perdón, es muy claro esto. La Seguridad Social en todos los sitios del mundo y se está estudiando la evolución...

: pero pregunta lo que ~~ocurre~~ ^{ocurre} en España

: Pero es que no hay un término confuso. Hay direct pattern o indirect pattern. O sea, la Seguridad Social tiene sus propios establecimientos, sus propios medios. Este es el direct pattern. Es como funciona en la mayor parte de los sitios. O es indirect pattern y, entonces, lo delega...

Obiolis : El Dr Diaz prevé tres posibilidades de concierto. Lo que pasa en Santiago es una cosa y lo que pasará acá es otra totalmente distinta. *con Bellvitche* 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...

JEA : Me van a perdonar que corte aquí, pero nos queda un cuarto de hora. Y en lo que estoy muy preocupado es qué hacemos con todos estos montones de alumnos que no vamos a poder meter en ningún lado y que van a graduarse sin enseñanza clínica. ¿Podemos hablar concretamente de este problema? Hay una sugerencia concreta, la del Dr *Barells* con una experiencia probada. Hay otras sugerencias de lo que está pasando en San Pablo, de lo que está pasando en la Seguridad ^{Social} en Barcelona. Hay una experiencia muy rica de Madrid y

X del Dr Cahenizo que ha participado en la organización de la enseñanza clínica en Pamplona. Quizás podrían decir algo. Quizás podríamos pensar en qué tenemos que hacer realmente para resolver el problema. de que un tanto por ciento muy elevado de nuestros alumnos no sabemos dónde meterlos para darles una enseñanza clínica adecuada y cómo graduarlos. **EVALUACIÓN**.

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

Ponce 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 ellos dicen que hay que promover el estudio rápido de estas necesidades. Y esto ha sido un consenso general. Nos han dado ya cifras muy bonitas, pero quizás no sea solo ~~en~~ 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 que primero 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 Ma-

en
drid/una reunión de la Complutense que ~~el último~~ 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~~ 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, ~~en~~ la parte administrativa, los hechos sanitarios nacionales, con figuras que no son de gran competencia creo ~~en~~ 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. 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 ~~en~~ 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 consciente de que ha ~~hecho~~ hecho ya contactos de otras 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~~ ^{contratos} ~~más~~ ^{más} ~~facultades~~ de medicina ¿ha sido agradable? Yo no lo sé, analícenlo. Podemos hacer contratos con hospitales sólo pagándoles cuatrocientas pesetas por cama, ~~en~~ ^{estándoles} ~~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 contribuidor a la solución del problema sanitario nacional, un alto orgullo para la Seguridad Social.

Max : La Señorita ~~Aguilera~~ ^{Aguilera} había pedido la palabra, es gerente del hospital San Pablo.

AGUILAR O AGUILERA? : Lo que dice el Doctor 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. Noya 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 calificada 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~~ en este momento estamos dando formación a médicos, o sea, enseñanzas clínicas pero enseñanzas también de post-graduados a nivel de ~~residentes~~ ^{post-} 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 de 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 ~~para~~ 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 los 40 ó 50 millones de pesetas. Y éste es el problema.

JCA : Estamos hablando de fatiga de instituciones, estamos hablando también de fatiga de profesores. Pero a mí lo que me preocupa es la fatiga de los enfermos. Repetidamente, en todas las asambleas de estudiantes, en todas las reuniones que tenemos de médicos, de docencia, de asistencia, parece que nos olvidamos que realmente ~~no~~ hay enfermos. Y los enfermos, hoy, no es la población cautiva, sumisa, que estaba dispuesta a recibir cualquier tratamiento que se le diera caritativamente. Hoy en día tienen derechos, y además, también tienen unos condicionamientos. Y éste es otro condicionante que nos condiciona la capacidad que tenemos, ~~porque~~ o que cada institución tiene para aceptar estudiantes. Y un punto muy importante, porque nosotros en la Autónoma estamos llevando una experiencia concreta que es las vivencias -que lo hemos seguido desde los primeros años, lo estamos siguiendo en todos los años en grupos pequeños de discusión- y estamos viendo cosas muy interesantes. Y es cómo el estudiante de medicina, que entra con unas actitudes y unos valores apropiados a la profesión, progresivamente, machaconamente, para adaptarse a su función de mé-

dico se va burocratizando, se va despersonalizando, se va incomunicando. Esto es una cosa sistemática ^{le} ~~en~~ que el ambiente total está haciendo en nuestros médicos. Y cuando estamos pensando muchas veces, por ejemplo en el problema del numerus clausus, y estamos pensando en la relación médico-enfermo-empleo, quizás nos estamos olvidando de que es también la calidad de esta asistencia. Y la verdad es que, si lo hacemos nada más que en hospitales superespecializados, el problema de la medicina rural, el problema del médico primario o del médico general que en algún lugar tiene que estar, no lo estamos atendiendo. No sale ni un alumno, hoy día, que quiera practicar medicina general. Todas estas son cosas de la institución, cosas que afectan a los enfermos.

Parece que se nos está acabando el tiempo. Creo que quizás una de las cosas que tendríamos que someter a exámen es si realmente hay un numerus clausus para enseñanzas clínicas, movidos por estos cuatro condicionamientos. ¿Qué es lo que opinamos? y ¿qué vamos a hacer con ello?

Pon Obideán? : Yo quería decir una cosa con respecto a los enfermos y esto creo que es importante. El Dr ^{RAMOS?} Lamas ha hablado de la resistencia que hacían los asegurados de la Seguridad Social a dejarse someter a ^{ciertas} ~~las~~ 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 ~~en~~ 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 clíni-

cas privadas. Todo individuo que está sujeto a un tratamiento tie-
ne que ser susceptible de poder ser material de enseñanza con el
respeto debido a su personalidad y a su individualidad. *Y en este*

Max

Aspecto no puede haber ninguna diferencia
: El Doctor Sol había pedido la palabra.

Sol

: 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 tie-
ne estudiantes ~~■~~ tiene un espantoso miedo a tenerlos. Al mismo
tiempo que ganas de tenerlos porque el estudiante representa una
acicate, una crítica y, por lo tanto, un crecer. Pero da un miedo
tremendo y salir de esta mesa redonda ~~da~~ ^{o 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 asisten-
cia. Para mí docencia y asistencia es lo mismo. Si no hay docen-
cia la asistencia es mala, y si no hay ~~■~~ asistencia la docencia
es una entelequia. Por lo menos a nivel clínico. A mí me ha de-
jado estupefacto lo que he oído de Santiago. Me gustaría mucho
saber cómo funciona de verdad, cómo os 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. Quie-
ro decir también, que yo no veo solamente el problema del gradua-
do, 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 ~~se~~ hace obligatoria iremos muy mal. Las co-
sas 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 probablemen-
te, la gratificación -que no es ~~solamente~~ ^{necesariamente} economía sino muchas

otras cosas- es completamente indispensable para que sea apéteci-
ble ser docente. Y, por último, ^{o propósito} ~~es~~ de lo que se ha dicho -que
me parece sensatísimo- acerca de la ~~dignifica~~ dignidad del enfermo
y el enfermo ^{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 contesta-
ción 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 o-
tro ser humano y para entenderle. Yo creo que el hospital tiene
que tener contacto con el médico de familia, abrirle de alguna ma-
nera para que este médico de familia pueda participar de alguna
manera, que yo no sé cuál ha de ser, en la docencia.

Samay

: No hay absolutamente ninguna separación entre la docencia y la a-
sistencia. 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 a-
sistencia es desde el punto de vista -vamos a llamarle- burocrá-
tico y administrativo. Es decir, al catedrático no le preocupa na-
da 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 en-
fermo y la coordinación del enfermo con los centros externos. Es
más, tal es así que en Santiago el ensayo va mucho más: las con-
sultas externas que va a tener la Seguridad Social también las va
a llevar el propio catedrático como es natural y lógico. No es se-
paración en ese sentido. Es el otro completamente distinto. Exac-
tamente igual en Salamanca...

Pedro Diaz : y a la inversa aquí.

: 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 que 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.

Max : Profesor Balcells por favor

Balcells : Yo quisiera ~~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, ~~quisiera~~ para tranquilizar su pesimismo, que quizás el enfoque sería otro. Hay que volver ~~esto~~ ^{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 eso, 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 interpelando 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, ~~colaborando~~ para la investigación clínica que se está entreviendo. Y es, sobre la marcha, una asistencia docente en el mejor sentido de la palabra.

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~~ foreign foreign, que ya se ha hablado aquí. Aprueban quizás el 25%
Lo que no sé es si 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 todos lo que ustedes quieran para podernos 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 políticos 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, el puede enseñar cirugía, por ejemplo, estoy convencido que puede hacerlo. Quizás se podría intentar colocar alum

nos 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 dificultoso para la institución: este señor puede examinar, el otro no puede examinar. La institución le da quizás ~~el~~ ^{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, ^{para...} que si no tiene que ser médico. Dar un diploma a un señor -en fin ^{iba a decir al} voy a decir algo gordo-; ^{un poco} francamente, si no tenemos garantías de que es competente no se le puede dar. Hay una cosa buena que se ha apuntado aquí, ^{creo} y que se hace en Estados Unidos experimentalmente, y es que estudiantes acompañan al médico de cabecera 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~~ que el internado rotatorio se convirtiera en una especie de pasantías de médicos que ^{la} ~~tenían~~ ^{tenían} ~~venían~~ ^{venían} 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.

José López Varela

: Yo creo que está interesantísimo todo esto, que hemos llegado al punto fundamental de buscar soluciones. Yo propondría, si ustedes no tienen inconveniente, que mañana a las cinco continuásemos por que yo creo que es un momento fundamental de la reunión fijar las experiencias que tenemos ^{en la Fundación Simón Díaz} sobre los cuatro escalones grandes que hay en enseñanza de adultos: alumnos estudiantes, alumnos no graduados, educación continuada y enfermeras. Hace que ~~haya~~ haya un cansancio grande si no en los médicos, que parece que no estamos listos 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} que la tienen. A parte de esto, trae -como decía la señorita- ^{guilera} una serie de gastos que nadie paga y que recargan 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 ... (cinta borrada. 7") ... 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 la 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.

Ponce

: Quizás el problema centrado y ^{que camufla por solitudo} (se corta 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} estudios de mercado, de qué ~~XXXXXXXX~~ 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 numerus 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.

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