

la medicina aragonesa

Publicación mensual

Zaragoza, Octubre 1935

Admón.: Alfonso I, 12, ent.º izq.^a

Muestras y literatura: LABORATORIO SANAVIDA - Apartado núm. 227 - Sevilla



La Dirección y Administración de esta Revista se ha trasladado a la calle de Don Alfonso I, número 12, entresuelo izquierdo. Rogamos dirijan la correspondencia a estas nuevas señas.

la medicina aragonesa

Revista científico-profesional

Publicación mensual

S U M A R I O

NÚMERO DEDICADO AL I CONGRESO PRO-MÉDICO ESPAÑOL

Ponencias y conclusiones del Tema I, sobre «Seguro social de enfermedad (Pro y contra el seguro para los enfermos y para los médicos)», por el Dr. ALEJO DIZ JURADO.

Ponencia del Prof. ANTONIO TRÍAS PUJOL, del Tema II, sobre «Enseñanza médica».

Libros recibidos.



CAJA GENERAL DE AHORROS Y MONTE DE PIEDAD DE ZARAGOZA

Institución benéfico-social



Fundada en el año 1876

Inscrita en el Ministerio de Trabajo y Previsión según R. O. de 13 de Diciembre de 1930 y sometida a su Protectorado e Inspección conforme al Estatuto de 14 de Marzo de 1933.

OPERACIONES QUE REALIZA:

Libretas ordinarias y especiales.

Compra y venta de valores por cuenta de sus imponentes.

Libretas al portador (Cuentas corrientes).

Préstamos sobre fondos públicos.

Imposiciones al plazo de seis meses.

Préstamos hipotecarios.

Imposiciones al plazo de un año.

Préstamos sobre ropas y alhajas.

Depósito de valores, alhajas, muebles y ropa.

Las ganancias líquidas que la Institución obtiene se destinan en un 50 por 100 a formar los fondos de reserva y fluctuación de valores, y el resto, o sea el otro 50 por 100, a sufragar obras benéfico-sociales que favorecen a gentes de las más modestas clases sociales, siendo preferidas entre éstas a las que tienen el carácter de imponentes del Establecimiento.

Oficinas centrales:

San Jorge, 10; San Andrés, 14; Armas, 30

Sucursal en Madrid:

Calle de Nicolás M. Rivero, n.º 6

Sucursal en Calatayud.

Plaza de la República, número 10

Recalcificante y Hemostático

por excelencia

CALCICLOR

Composición:

Cloruro de calcio puro cristalizado 40 gramos.

Agua edulcorada y aromatizada, hasta 100 C. C.

70 gotas de **Calciclor** representan 1 gramo de Cloruro de calcio.

Cada cucharadita de las de café tiene 2 grs. de Cloruro de calcio.

El Cloruro de calcio es el mejor Recalcificante conocido, siendo además el único que, de una manera apreciable, aumenta la cantidad de cal contenida en la sangre. Sabido es, por otra parte, que para ser absorbidas la mayoría de las sales de calcio, deben ser transformadas, por nuestro aparato digestivo, en Cloruro.

(Del Journal de Therapeutique Francaise).

PRODUCTO NACIONAL

Para muestras dirigirse al **LABORATORIO DEL DR. ARISTEGUI - BILBAO**

NÚMERO DEDICADO

AL

I CONGRESO PRO-MÉDICO

ESPAÑOL

CELEBRADO EN ZARAGOZA

EN

OCTUBRE DE 1935

COMITÉ

EJECUTIVO



DR. NOGUERAS

Presidente.



DR. VIDAUURRETA

Tesorero.



DR. D. GALÁN

Secretario.

TEMA PRIMERO

SEGURO SOCIAL DE ENFERMEDAD

(Pro y contra el seguro para los enfermos y para los médicos)

POR EL

DR. ALEJO DIZ JURADO (*)

De Tuy



Dr. Diz Jurado

SEÑORES:

Acepté el trabajo que pretendo llevar a cabo con el propósito de hacer un estudio desapasionado, en cuanto me sea posible, del seguro social de en-

(*) De las ponencias presentadas elegimos la del Dr. Diz Jurado, porque fué la mejor recibida por los asambleístas,

fermedad en la particular faceta que el tema señala.

Pero me di cuenta de que en distintas ocasiones, y en circunstancias diferentes, tuve que ocuparme del mismo tema, unas veces dando cuenta de trabajos de información y otras defendiendo intereses de grupo dentro de la clase médica. Importa, por tanto, que haga una declaración previa: hoy no represento nada ni a nadie. Procedo por propia cuenta, y lo que digo es el punto a que he podido llegar en mi estudio de esas particularidades del seguro de enfermedad. Recabo para mí la responsabilidad íntegra del trabajo y no extraño que alguien pueda ver diferencias de apreciación en algunos asuntos entre lo por mí expuesto en otras ocasiones y lo que digo hoy. Aparte de mi absoluta libertad para hablar hoy del problema del seguro, el tiempo que empleamos en el estudio nos hace cambiar frecuentemente de modo de pensar, y no podía ser yo una excepción de la regla. Ni pienso serlo en lo sucesivo; lo cual quiere decir que no presento este trabajo como criterio cerrado en lo que afecta a los seguros sociales, sino que, con ánimo de contribuir a su estudio y con espíritu de absoluta transigencia, busco vuestras sugerencias y enseñanzas para ver de llegar a algo práctico en un problema que a todos nos interesa, absolutamente a todos. Porque es preciso que nos demos cuenta de que si para los médicos es interesante, no lo es menos para otros que no son médicos, y por tanto, que si buscamos una solución que satisfaga solamente nuestras aspiraciones e intereses, haciendo de los de los demás letra muerta, ni habremos re-

CEREGUMIL FERNÁNDEZ
Alimento completo vegetariano Insustituible en las Intolerancias gástricas y afecciones intestinales
FERNÁNDEZ & CANIVELL -- MÁLAGA

suelto nada ni nos habremos colocado siquiera en el camino de las soluciones.

Una mutua comprensión y un gran espíritu de transigencia serán las únicas posiciones que nos permitan entendernos y ofrecer a las autoridades del Estado la posibilidad de llegar a una solución a gusto de todos, aunque tenga imperfecciones.

Ni esto último debe asustarnos. La práctica nos permitirá corregirlas, y por grande que sea nuestra ambición por lograr la perfección máxima, podemos establecer un primer principio, en el que hemos de coincidir necesariamente: lo que de aquí salga, como toda obra humana, ha de estar sembrada de defectos.

EL SEGURO SOCIAL DE ENFERMEDAD ANTE EL ESTADO

Es un hecho innegable que todo contrato de seguro es un negocio espléndido, a condición de que sea bien administrado.

Valorada la importancia del riesgo y calculada la prima que ha de cubrirlo, no hace falta más que tener clientes: el éxito es seguro.

El asegurador cobra las cuotas de los asegurados, y los cálculos de estas cuotas están hechos tan altos que permiten pagar a los agentes tantos por ciento elevados de la cantidad recaudada.

El mismo seguro de enfermedad, cuando se hace con esta libertad de señalar cuotas, responde con el mismo éxito que los demás.

Pero cuando tratamos de organizar el seguro de enfermedad para clases de poca potencia económica nos encontramos con una dificultad: que las cuotas que se calculan para el éxito del seguro son superiores a lo que pueden pagar los clientes; y entonces surge la disyuntiva: o hay que renunciar al seguro o hay que suplir en la recaudación lo que los asegurados no pueden pagar.

Queriendo establecer el seguro, hay que encontrar quien pague sin obtener por ello beneficio alguno, puesto que va a pagar una prima sin asegurar ningún riesgo propio. Esta es la característica de los seguros sociales.

Podemos establecer, por tanto, una primera clasificación en los seguros: mercantiles, en los que el asegurado se pone a cubierto de un riesgo mediante el pago íntegro de la prima, y sociales, en los que el asegurado se pone a cubierto de un riesgo mediante el pago parcial de una prima, que es completada por otros sujetos que no cubren riesgo alguno con lo que pagan.

En la práctica, el Estado contribuye siempre a completar esta prima.

Por tanto, el Estado, dentro del sistema actual de liberalismo económico, se encuentra ante dos

categorías de seguros: los que constituyen espléndido negocio, que pueden explotar todos los ciudadanos o Compañías que se constituyan para su explotación, los que constituyen un negocio difícil y malo, que son los que se reserva para sí.

Para el Estado, por tanto, el seguro social de enfermedad, como todos los seguros sociales, es un mal negocio; económicamente, no tiene más que "contras".

En cambio tiene de favorable el que por medio de él puede cumplir funciones de asistencia, a las que está moralmente obligado, contando con aportaciones de los que habrán de recibirlas—aunque sean modestas—y con las de otras personas que no habrán de recibir asistencia de ninguna clase.

Por todo esto hay que convenir en que en el seguro social de enfermedad lo sustitutivo es el seguro. Y que lo social y lo de enfermedad es adjetivo, puesto que cabe establecerlo en forma mercantil cuando los clientes puedan pagar la totalidad de la cuota y puede referirse a otros extremos que no sean la enfermedad.

Y si lo sustitutivo es el seguro, tenemos que admitir que, sustantivamente, el seguro social de enfermedad, como todos los seguros, entra dentro del campo de la economía política.

Más adelante, en el terreno de las soluciones, haré las deducciones que de aquí se derivan para el Estado.

Decía que el Estado, en el actual sistema de liberalismo económico, deja a las Compañías de Seguros el grupo de los que constituyen negocio espléndido y se reserva los que constituyen un mal negocio.

Y sin que yo pretenda entrar en discusiones acerca de ventajas e inconvenientes entre un régimen económico liberal y un régimen de economía dirigida, me permito preguntar: ¿es justo que el Estado cargue exclusivamente con lo malo y que las Compañías exploten exclusivamente lo bueno?

Que lo último no pareció justo hace mucho tiempo, lo declara el estudio hecho por la Conferencia de Seguros Sociales celebrada en Madrid en 1917, la cual, en el grupo segundo de trabajos a realizar—"labor ministerial de organización pre-legislativa"—, señaló en primer término: a) Invitación gubernativa a las entidades de Seguros de accidentes del trabajo para la realización de un consorcio encaminado a resolver la forma de asegurar los malos riesgos, hoy no aceptados, o bien establecimiento del seguro de dichos riesgos por el Estado.

¿Tenéis conocimiento de que ninguna Compañía tratase de admitir esos malos riesgos? No; les pareció más cómodo continuar sólo con los buenos

riesgos y dejar al Estado el establecimiento del seguro de los malos.

Pues bien: si el Estado ha de acometer el seguro de los malos riesgos, porque las Compañías no los quieren, es lógico que llame para sí el seguro de los riesgos buenos. Y esto se consigue con la nacionalización de todos los seguros. Encargándose el Estado del desarrollo de la totalidad de los seguros: mercantiles y sociales.

Diréis que es mucha complicación para el Estado administrar todos los seguros y que la práctica ha demostrado que el Estado no suele ser, por desgracia, buen administrador de negocios.

Conforme. Pero el hacerse cargo de todos los seguros no supone la necesidad de administrarlos directamente. El Estado puede ceder a otra entidad dicha administración.

¡Monopolio!, diréis. No. Porque la cesión puede y debe otorgarse, no para una explotación de un negocio, sino para compensar con él los gastos cuantiosos que suponen los seguros sociales para el Estado, gastos que pueden comprometer de modo grave su Hacienda; hasta tal punto, que en Alemania, W. Rathenau proponía, a cambio de la ejecución de los seguros sociales, la constitución de sindicatos industriales obligatorios, y les concedía la exclusiva de venta de todos los productos industriales nacionales o importados, aunque siempre con intervención y dirección del Estado, que llamaría para sí una parte de las ganancias.

Y yo puedo afirmaros, aunque no sea posible entrar en detalles demostrativos, que por ese medio el sacrificio del Estado sería tan pequeño, que tal vez pudiera compensarse con creces, con el convencimiento que en todo momento tendría del verdadero valor de la riqueza tributaria, con el consiguiente aumento de la recaudación de contribuciones y con la ventaja que para la economía nacional habría de significar que no salieran todos los años, a manos de Compañías extranjeras, cantidades grandes de dinero por el pago de cuotas de seguros mercantiles.

Y es más: es muy posible—no puedo adelantar afirmaciones en este punto, que estudio todavía—que encontrase recursos para establecer cómodamente, no sólo el seguro social de enfermedad, sino todos los seguros sociales; porque si el seguro de invalidez y el de ancianidad suponen gastos enormes, no es menos cierto que, una vez implantados, suponen un alivio formidable para el seguro de enfermedad.

Pero para todo ello, el Estado debe proceder a una reforma necesaria: la de la inversión de los fondos de Beneficencia, que, en gran parte, no cumplen fin práctico ni útil de ninguna clase, por

estar clavados en el destino que impuso la voluntad del legatario. Y si esa voluntad es respetable siempre, debe serlo más en la intención que en la letra de lo dispuesto, que pudo ser muy bueno en la fecha del legado y ser inútil después, y el Estado debe procurar que ese dinero no se pierda inútilmente y darle la inversión adecuada para que por lo menos cumpla un fin tan útil como el que primero se le dió.

Es imposible encontrar mejor transformación que la de llevar los fondos de Beneficencia a los seguros sociales, llamados a sustituirla, si no en todo, por lo menos en su mayor parte.

Y sólo el Estado tiene poder para ello.

Los seguros sociales constituyen por sí solos, en el terreno económico y en el social, una verdadera revolución. Y las revoluciones, como decía Carlyle, no se hacen con derechos, sino con poderes.

EL SEGURO DE ENFERMEDAD Y LOS MÉDICOS

Cualquiera que sea la forma en que el seguro social de enfermedad se organice, los médicos tenemos que aceptar una realidad: en el seguro no tendremos libertad absoluta para valorar nuestros honorarios, y éstos serán siempre menores que en los casos no comprendidos en el seguro; esto justifica nuestros derechos a intervenir en su organización y desarrollo.

Los honorarios están tasados de antemano: o por tarifas para los distintos actos médicos, o por iguales con cada asegurado, o por sueldos fijos como funcionarios del seguro.

En compensación tendremos una ventaja: gran parte del trabajo que hoy no cobramos, por falta de solvencia o por mala fe de los clientes, será remunerado de algún modo.

En el sistema de pago por acto médico existe la posibilidad de absorción de clientela por todos los medios ilícitos que desgraciadamente existen hoy y por todos los contubernios posibles entre asegurados y médicos de escasa moralidad. El seguro se presta a la mayor inmoralidad.

En el sistema de médicos funcionarios con sueldo, tenemos el peligro de que el trabajo sea excesivo en relación al sueldo, si bien puede suceder lo contrario; pero ni en uno ni en otro caso la remuneración será justa.

En el sistema de iguala debe haber una relación más justa entre el trabajo y las utilidades y, además, se presta a una prudente limitación de clientes, con ventaja para los enfermos, que estarán mejor atendidos cuando el número limitado no permita que sean excesivos, y con ventaja para la clase

médica, puesto que una prudente limitación llevará a una distribución de enfermos, evitando los médicos parados y resolviendo, por tanto, una de las consecuencias de la plétora médica.

Pero, además, puede favorecer mejor la aplicación del principio de libre elección de médico por el asegurado, con cierta garantía de estabilidad del cliente para el médico que no da el cobro por acto médico y cierta libertad para el asegurado para cambiar cuando no esté satisfecho que no da el sistema de médico funcionario.

Es, además, el sistema mejor para que no se quebrante la moral médica.

Tiene, por lo mismo, la ventaja de hacer casi innecesaria la inspección médica del seguro.

Entre los inconvenientes del seguro puede ser uno de los más graves la inspección. En cuanto ésta sea realizada por médicos, y sobre todo si de su organización se encargan los organismos profesionales, nada habrá que temer de ella.

Pero si se realiza por inspectores no médicos, que, fundándose en tablas o estadísticas, vayan a discutir al médico si la enfermedad debe durar tanto o cuanto, si el número de visitas pudo reducirse a tal número, si la medicación fué excesiva o si el costo de los medicamentos resulta demasiado elevado, se haría sencillamente intolerable, y fuese cual fuese la actuación de esos inspectores, se haría siempre desagradable, por tomar aspecto de verdadero acto de intrusismo; pero no de intrusismo corriente, en el que el intruso huye del médico, sino de intrusismo refinado, en el que el intruso toma existencia legal, se coloca en plano superior al del médico y lo mediatiza.

Este sistema de inspección lleva todavía consigo otro inconveniente, y es que el médico no se siente con toda la libertad de que debe disfrutar en el ejercicio profesional, porque a cada momento tendrá que pensar en el efecto que su actuación pueda causar en el inspector, sobre todo si tiene la desgracia de tener que soportar a algún señor autoritario, que piensa que su papel no es ver si el enfermo está bien tratado, cosa que no podría juzgar no siendo médico, sino defender sistemáticamente los intereses de la caja, oponiéndose a todo gasto crecido, aunque sea perfectamente justificable.

Y este caso podría darse, incluso con inspectores médicos si son funcionarios a sueldo de las cajas, que olvidan su papel de médicos para ceñirse a su papel de burócratas. Que se dan casos.

En cambio, el sistema de pago por iguala puede tener un inconveniente: el abuso, por parte de los asegurados, en las llamadas al médico o en frequentar su consultorio, sin que el médico obtenga

ventaja alguna económica por todo el tiempo que le hagan perder inútilmente.

Como compensación, tendremos que el seguro, cualquiera que sea la forma en que se establezca, reducirá considerablemente la asistencia domiciliaria y será el más poderoso impulsor de la hospitalización de los enfermos graves, para procurar una mejor asistencia, imposible de prestar muchas veces en el domicilio de las clases que se benefician del seguro, y esto podrá reducir en gran proporción nuestro trabajo, hoy agotador, y permitirá reglamentarlo, haciendo posible que contemos con una jornada médica efectiva, fuera de la cual nuestros servicios serán excepcionalmente solicitados.

Con mayor seguridad se dará esta reducción de trabajo, si al mismo tiempo que el seguro de enfermedad o poco después de él, se organiza el de invalidez; porque entonces ya no será la Caja de enfermedad la que busque la hospitalización, para obtener un tratamiento en medio mejor, con la consiguiente disminución de días de enfermedad, sino la Caja de invalidez, que procurará esa asistencia en las mejores condiciones para impedir que el enfermo se convierta en invalido.

Fuera de la actuación puramente profesional, pero dentro de nuestro trabajo en relación con las cajas del seguro, también nos espera un gran inconveniente, y es que todos tenemos que hacernos algo burócratas. Extender y enviar los partes de alta y de baja, cubriendo esas hojas, cuyo contenido podemos suponer, juzgando por las de las Compañías aseguradoras de accidentes individuales o del trabajo y pensar que eso habremos de hacer con todos los casos que asistamos por cuenta del seguro social de enfermedad, es algo que asusta al menos refractario al papeleo.

Yo no sé si os pasará lo que a mí, que aparte de otras razones, que no vienen al caso, huyo de intervenir en casos forenses, por no llevarme la lata de estar dando parte de la marcha de los enfermos. Pero de muchos compañeros, sí sé que piensan del mismo modo que yo.

Y contad que allí, después de describir las lesiones y de formular un pronóstico, cumplimos con dar cuenta de si la curación avanza o no.

Pero aquí no sólo tendremos que formular un pronóstico, sino que probablemente nos pedirán que con el primer parte de baja establezcamos un diagnóstico; y para qué citar dificultades para hacer ese diagnóstico, el primer día, hablando a médicos!

Pues esas equivocaciones, que necesariamente serán numerosísimas, han de servir únicamente para perjudicarnos. Beneficio, no habrán de reportarnos ninguno.

Y vamos con el último de los inconvenientes de importancia. Me propuse no tratar los pequeños detalles.

En el Congreso municipal de Granada presentamos ese inconveniente el señor Ruiz Heras y yo.

En los medios rurales, de extenso radio, o en los centros urbanos de gran extensión, podremos tener enfermos del seguro, a distancias que exijan medios de locomoción.

Prestar nuestros servicios al mismo precio, cualquiera que sea la distancia, es inadmisible. En el seguro de maternidad os habrá sucedido muchas veces a los que os encontráis en este caso, que hecha la cuenta entre lo que cobrasteis por un parto normal y lo gastado en locomoción, salisteis perdiendo dinero.

Creo que aunque no sea este el momento adecuado, no estaré de más llamar la atención de quien deba hacerse cargo de ello, para que esto se subsane.

Pero al fin y al cabo, como allí decíamos, son pocos casos y no hieren mucho el bolsillo.

Pero ¿en el seguro de enfermedad? Aquí puede ser nuestra ruina, por su frecuencia.

En la iguala ordinaria nosotros podemos elevar su tipo en relación con la distancia; pero en la iguala de tipo social, la que hace relación al seguro social de enfermedad, esa iguala—si tenemos la suerte de que se elija ese sistema de pago—ha de tener carácter uniforme y, por tanto, en muchos casos ha de ser una carga insoportable. Ese punto es preciso solucionarlo de antemano, ya que la experiencia del seguro de maternidad nos puso sobre aviso.

Que los médicos contribuyamos al sostenimiento del seguro social de enfermedad, me parece justo. Pero que aguantemos los gastos de locomoción sin que se nos indemnice, no puede parecerle justo a nadie.

Es preciso señalar la indemnización de locomoción, y aun me parece que no sería mucho pedir que se señalase la indemnización de distancia. Sobre todo en determinadas condiciones de vías de comunicación. Porque cuando contamos con carreteras, pagado el automóvil, la distancia no existe. Pero si hay que ir a pie o a caballo, no puede prescindirse en la vida ordinaria del valor del tiempo que se pierde en salvar distancias de alguna importancia.

Entre las grandes ventajas que para el médico puede tener el seguro, hay una hacia la cual quiero llamar vuestra atención.

Y esa ventaja sale de modo indirecto; porque en principio hay que buscarla, por ventaja del propio seguro.

Los médicos deben estar obligados a estar asegurados; tener intereses en las Cajas, no sólo cuando ejercen, sino cuando están enfermos; es convertirlos en vigilantes del seguro, en interesarlos en que no se defraude al mismo.

Pero para la clase tiene otra ventaja: el médico que asiste a otro, no le cobra; pero al que estuvo enfermo, no le supone economía; en forma de regalo, todo lo delicadamente ofrecido que se quiera, por la ocasión que se elige, por la persona a quien se ofrece, ha de gastarse el dinero, a veces en cantidad superior a lo que supone el pago de honorarios corrientes en la clase de personas de ingresos similares a los de la clase médica.

Es decir, el mismo gasto para el enfermo y para el que le asistió; un cacharro decorativo, las más de las veces de una inutilidad tan aparatoso como ridícula, y que para su fuero interno preferiría casi siempre que pudiese traducirse a su valor monetario.

A esto añadid lo atados que nos sentimos para llamar a un compañero.

Nadie tiene más temor de molestar a un médico, ni menos libertad para llamarle, que otro médico enfermo.

Esta cantidad de honorarios que no se cobran entre compañeros, supone una cifra importante que puede hacerse efectiva; y si es cierto que de nosotros ha de salir, nos redime en cambio en gran parte de otros gastos de mayor consideración, y prácticamente, prestarán mayor utilidad.

EL SEGURO DE ENFERMEDAD Y LOS CARGOS DE BENEFICENCIA

Los peligros o inconvenientes que pueden derivarse, para los médicos, de la implantación del seguro social de enfermedad, señalados hasta aquí, se refieren a todos los médicos, que pueden ejercer su profesión. Hay un peligro, aunque no se refiere a todos, sino a los actuales titulares y de las Beneficencias municipales y provinciales, que pueden ser llamados a desaparecer.

Es indudable que, según como el seguro se implante, pueden estos médicos encontrarse sin función alguna que cumplir; y si se pretende que Ayuntamientos y Diputaciones contribuyan al sostenimiento del seguro, con las cantidades que actualmente destinan a Beneficencia, sus dotaciones atravesarían un serio peligro.

Cierto que en alguna ocasión personas destacadas hicieron constar su creencia de que nada sufrirían esos profesionales; pero por respetable que sea esa opinión, que en realidad significa el convencimiento de que su derecho debe ser respetado,

cómo no sabemos quién ha de implantar el seguro, ni cómo ha de hacerlo, no basta para destruir ese peligro, que si a los actuales afecta de modo directo, puede decirse que alcanza a todos; porque suprimidas un número de plazas, casi equivale a la mitad del número total de médicos, los que busquen un modo de colocarse tendrán que resignarse a su actual condición de parados, ya que el ejercicio libre de la profesión no puede solucionar la vida profesional, en la mayor parte de los casos, dada la pléthora existente.

Por eso al señalar una línea de conducta colectiva, la clase no puede olvidar este problema, ni conformarse con respetables opiniones; debe llevarlo siempre presente y exigir que esto se aclare antes de nada, porque es vital para la clase.

Es más: los mismos especialistas y cirujanos modestos, que ejercen en medios que tienen hospitalares, pero que pueden defender su modo de vida, con pequeñas intervenciones que practican en su consultorio o en el domicilio de enfermos modestos, pueden encontrarse sin estos ingresos el día que, organizado el seguro, lleve a todos esos enfermos que hoy no están incluidos en las listas de Beneficencia y que mañana serán asegurados, a aquellas clínicas en donde tendrán derecho a obtener su asistencia completa, de modo absolutamente gratuito.

Esto, que puede ser de poca importancia si al fijar el concepto de beneficiario del seguro, se limita al trabajador, cuyos medios económicos escasos deben darle derecho a todo, la tendrá enorme, si ese concepto se hace tan elástico que en el seguro llegan a entrar personas cuyos medios económicos les permiten afrontar sin inconveniente los gastos de una enfermedad cualquiera.

Por esto debemos señalar, como uno de los peligros del seguro, la posible extensión de sus beneficios a personas que en realidad no necesiten de sus ventajas.

EL SEGURO DE ENFERMEDAD Y LOS OBREROS

Yo no sé de dónde viene la identificación de los términos Beneficencia y Asistencia pública.

Lo que sé es el distinto empleo de los términos Caridad y Beneficencia, al menos en lo que se refiere a Hospicios, Inclusas, Hospitalares y Asilos.

Pero la palabra Asistencia no sé que se haya empleado antes de 1848, cuando en la Asamblea Nacional francesa fué definida como "la solicitud de la sociedad, entrando en la casa del obrero para hacerla más saludable; en su taller, para darle aire más puro y trabajo menos peligroso; facilitando

sus economías, fomentando su previsión, auxiliándole en las ocasiones de paro, curándole de sus enfermedades y prestándole apoyo para los días estériles y muchas veces de abandono, de su infancia o de su vejez". Como véis, es una definición que comprende todos los seguros sociales y parte de la Sanidad y de la previsión por el ahorro.

Pero cuando se formuló y se empleó la palabra Asistencia por primera vez, no se trató de un simple cambio de palabras, sino de un cambio de conceptos.

Como que se partió de la idea de que la caridad no es una virtud social.

Y de que toda la obra que comprende la definición es una obligación de la sociedad para con el obrero. Y siendo un concepto nuevo, hubo que expresarlo con una palabra diferente y se escogió la palabra "Asistencia", sin adjetivos de ninguna clase.

Cuando empezó a adjetivarse—la humanidad es muy aficionada a los adjetivos, para deformar lo sustantivo—, se empleó el término Asistencia pública para sustituir el de Beneficencia; no se cambia el concepto; el cambio obedecía a una cuestión de elegancia; parecía menos denigrante, pero en el fondo era lo mismo.

Y aquí el obrero sufrió una primera pérdida; porque en vez de confirmar un derecho o compuesto de derechos consagrado por la Asamblea Nacional francesa, quedó a merced de la caridad nuevamente.

En Francia se explica todo esto porque la restauración del Imperio y la crisis consecutiva a la guerra del 70 impidieron que aquellos propósitos de la Asamblea Nacional pudieran llevarse a la práctica.

Lo malo fué que las demás naciones, que frecuentemente incitaban el figurín francés, en vez de tomar el patrón del año 48, encontraron más económico y más fácil seguir el de la Asistencia pública, y el trabajador quedó entregado de nuevo a la caridad oficial, que no se había convertido en virtud social, aunque oficialmente se dijera lo contrario.

Y en España continúa entregado a ella, bastando esto para establecer la necesidad de los seguros sociales, como acto de justicia social.

Ahora bien, con los seguros sociales el obrero sólo va a ganar o puede quedar lo mismo, y aun perder algo en ocasiones.

Esto es lo que interesa ver antes de organizar el seguro; y esto justifica la necesidad de que en su organización y desarrollo tenga una intervención activa y directa.

Por de pronto el obrero en lo sucesivo habrá de pagar, y en la actualidad puede decirse que la asistencia que recibe no tiene necesidad de pagarla.

Claro está que la asistencia que habrá de tener con el seguro será mejor y más completa; y sobre todo cuando él esté enfermo podrá contar con un subsidio, que hoy no tiene; porque no puede llamarse subsidio la limosna que pueden ofrecerle asociaciones de caridad, no oficiales, casi siempre de carácter confesional, que a cambio de esa limosna le importunen más que le socorren.

Pero esa mejor y más completa asistencia, ¿lo será en cantidad o solamente en calidad?

Porque que el obrero está hoy mal atendido lo admitimos todos. Suponiendo que los médicos pongamos siempre gran afán en asistirlos, la falta de medios para adquirir lo más preciso hace la asistencia mala.

Pero con todas sus deficiencias, esa asistencia se presta, durante todo el tiempo que dura la enfermedad.

¿Y con el seguro? Si se limita el tiempo de asistencia a un número determinado de semanas, como en la mayor parte de las naciones, pasado ese tiempo, el que tenga la desgracia de sufrir una enfermedad que sobrepase el límite impuesto, no tendrá derecho a nada, ni a lo nuevo ni a lo que tenía antes; y es en esas enfermedades cuando la necesidad es mayor.

¿Puede pasar después a disfrutar de los servicios de Beneficencia, como los indigentes? Es cuestión de establecerlo así; pero excluido de las listas de Beneficencia, suponer que con la misma urgencia que es preciso asistirlo al fin del período concedido por el seguro, se va a tramitar el expediente de reingreso en dichas listas, es sentirse optimista.

El sistema de iguala podría asegurar la asistencia médica sin quebranto de la caja. Pero el subsidio no podría asegurarse, y desde ese momento lo que haya mejorado la asistencia antes, lo perderá después; volverá al mismo caso de cuando no estaba asegurado; quedará otra vez a merced de la caridad.

Es este un motivo que explica que un espíritu poco moral se sienta tentado a hacer proposiciones a un médico poco moral también, que le permitan ponerse a cubierto de un porvenir peligroso.

Pero aparte de este inconveniente de cantidad, vamos a ver otros inconvenientes.

Si no se concede el principio de libre elección, el obrero tiene que aceptar la asistencia por el médico que le señalen; y éste podrá merecer su confianza o no.

Me diréis que lo mismo le ocurre con la Beneficencia. Pero esto quiere decir, que en este punto no ha mejorado; y en la Beneficencia no pagaba y en el seguro paga. ¿Qué menos puede exigir que la conformidad con su médico?

Esto sin contar que el grupo de asegurados que antes no estaban en la Beneficencia, pero que no pagaban al médico, por falta de recursos—y que antes señaló como contrapartida de los menores honorarios a cobrar—tenían por lo menos cierta libertad de acción. Restringida, desde luego; como que estaba limitada a elegir entre los médicos, que atienden a pobres, aunque éstos no les paguen. Pero aun con esta restricción siempre estarán más contentos con esa libertad de elección que con que se les imponga uno determinado; esto puede tener su solución en el sistema de iguala y en el pago por acto médico, pero no en el de médico funcionario.

Los inconvenientes para el obrero serán mucho mayores en aquellos municipios en los que los servicios de Beneficencia municipal estén bien organizados. Porque en ellos, siempre ciudades de gran importancia, los obreros disfrutan de una asistencia casi completa, que tal vez no mejore el seguro, y de modo absolutamente gratuito; y cuenta con asistencia hospitalaria gratuita también para sí y para sus familiares.

En cambio con el seguro, aun con la ventaja del subsidio, tendrá desventaja en la asistencia hospitalaria. Porque cuando él sea el enfermo, se hospitalizará a costa del subsidio, y cuando el enfermo sea un familiar, como no percibe subsidio, habrá de hospitalizarlo a costa de su salario.

Tampoco sacará gran provecho de la inspección del seguro. Porque si no se le atiende bien, no necesita del inspector, para reclamar a la Caja. En cambio, cuando se encuentre bien atendido, tendrá que aguantar las enquinas y pesquisas de un inspector que las más de las veces le resultará impertinencias.

Y para el obrero bien asistido, será impertinente el inspector, sea médico o no; porque para él, que lo sea o no lo sea, no supone mayor garantía, sino que en muchos casos lo único que supone es un espíritu desconfiado que lo observa; y en realidad, un sujeto que, limitando la libertad de acción de su médico, más influye para que el tratamiento sea peor, que para mejorarlo.

La tendencia en el seguro de enfermedad a la asistencia hospitalaria mejora en muchos casos la asistencia médica, pero la hospitalización a costa del subsidio traerá como consecuencia que, en casos de enfermedad del obrero, una vez hospitalizado éste, no se evita la miseria de su familia.

QUIÉNES DEBEN ORGANIZAR Y DESARROLLAR
EL SEGURO

La organización y desarrollo del seguro debe llevarse a cabo por entidades formadas por los que las sostienen: obreros, patronos, médicos y representantes del Estado.

Como el Estado, aunque contribuye al sostenimiento del seguro, es en realidad el obligado a cumplir los fines de que el seguro viene a relevarle, no debe tener otra misión en esas entidades que inspeccionar su marcha económica y que los fondos del seguro, y especialmente los que él aporte, no se distraigan para fines diferentes de aquellos a que son destinados.

Fuera de esto, la administración de los fondos debe confiarse a obreros, patronos y médicos; ellos lo sostienen con sus aportaciones metálicas o con su trabajo, con remuneración inferior, y es natural que lo que de ellos sale, por ellos se administre.

Será la máxima garantía, de máxima economía administrativa y evitará que se sobreponga un personal extraño, que consuma parte de los fondos de las Cajas.

En el personal de los que sostienen el seguro se encontrarán seguramente quienes puedan trabajar cizmente, sin crear una burocracia peligrosa y cara.

Buscar entidades que sostienen una colección de empleados que no tienen interés alguno en el seguro, que no dejan de tenerlo personal y que en la práctica se llaman los amos del seguro, no sabemos con qué títulos, es llevar al seguro a un fracaso o hacerlo carísimo.

Así se comprende que cuando no fracasa, lleguen a amontonarse millones, aun después de gastos burocráticos, que se aproximan al despilfarro, sin que por ello puedan calificarse de muy activos ni muy inteligentes.

Todo el dinero que sobre debe invertirse en mejorar la asistencia (médica o subsidiaria) o en rebajar las cuotas.

Como garantía absoluta para conformidad de los asegurados, no debemos conformarnos con la inspección del Estado. Es necesario que los Consejos administrativos les rindan cuenta periódicamente de su actuación, y será conveniente que, salvo aquel personal cuya labor exige que su cargo sea permanente, los demás cargos sean renovables.

A la vista de su gestión, cuando den cuenta de ella, los asegurados dirán si deben continuar o no.

Esto sin contar con que por la importancia de sus fines y por el volumen del dinero empleado, la entidad o federación de entidades debe presentar sus cuentas ante el Tribunal de Cuentas. La importancia de sus ingresos y gastos lo merece.

EL ESTADO ANTE LOS SEGUROS SOCIALES

Cualquiera que sea la solución que hayan de tener en España los seguros sociales, pesarán tanto en la economía nacional, que sólo después de implantados podrá estimarse su verdadero peso.

Luchan hoy Francia y Alemania por aliviarse en parte de lo que el Estado soporta, y cuando contemplan los capitales acumulados en las Cajas se las tilda de que son un verdadero antiestado.

En los momentos en que las Cajas no podían percibir todos los auxilios estatales, las Cajas no vacilaron en buscar sus economías en la clase médica, que hubo de sufrir las consecuencias de una implantación defectuosa.

Veremos las soluciones que en esos países adoptan.

Por ser problema sustancialmente económico, se achacan sus perturbaciones al desconcierto de la economía europea. Tal vez sea así. Y es posible que por ello la solución del problema se encuentre en lo que muchos economistas apuntan en distintos países: hay que constituir el Estado económico.

Los países de régimen partidario de que el Estado lo sea todo, quieren que el Estado económico no sea nada distinto del Estado político. Los que quieren sostener un régimen de libertad, quieren que se constituya aparte, pero dependiendo del mismo, supeditado al mismo.

Constituida la República española en régimen de libertad, nuestra orientación será la segunda, pero no podremos dejar de organizar nuestro Estado económico, si no queremos caer en las graves crisis en que las naciones afectadas por la guerra han caído.

Uno de los lastres mayores con que los Estados cuentan son los seguros sociales. Si el afán imitativo nos lleva a organizarlos en España, juzgando por el éxito de las Cajas, sin medir los inconvenientes para el Estado, los mismos inconvenientes habremos de encontrar a la corta o a la larga.

La entidad formada por patronos, obreros y médicos, bajo la inspección del Estado, sería un importante elemento de ese Estado económico, supeditado al Estado político, que desde hace años apunta como única solución.

Vayamos a la formación de esa entidad; nos apartaremos de peligros seguros y nos orientaremos en el sentido que hoy se supone el mejor.

Las Asociaciones médicas oficiales deben ponerse al habla con las Asociaciones obreras y patronales, para estudiar este asunto. En alguna provincia ya se ha hecho. Su realización parece mucho más fácil de lo que pudiera suponerse.

Pidamos al Gobierno que autorice la constitución de esa entidad en alguna provincia. Que, como ensayo, se deje que actúe. Y si resulta bien, su extensión a todas las provincias es cosa fácil. Su federación por regiones, más fácil aún. Y la confederación de todas las de la nación, aún más fácil.

Su administración por los interesados en el seguro, con la inspección del Estado, sería en todo momento garantía de honradez, vigilancia y austeridad, sin burocracia parasitaria, que constituiría la enfermedad del seguro, capaz de acabar con el seguro de enfermedad.

CONCLUSIONES

1.^a Del seguro social de enfermedad pueden deducirse para el médico, como inconvenientes: el rebajamiento de su moral profesional, su mediatisación por la inspección, su sobrecarga de trabajo burocrático, un aumento excesivo de gastos de locomoción no indemnizados; la posible supresión de los cargos de médicos titulares y de las Beneficencias municipales y provinciales y la reducción de clientela de pago por indebida extensión del concepto de beneficiario.

2.^a Pueden, en cambio, encontrarse estas ventajas: cobro, aunque modesto, de honorarios que hoy se pierden; reducción del tiempo de trabajo; mejor asistencia a nuestras enfermedades y cobro de los honorarios por asistencia a compañeros.

3.^a Las mejores soluciones para aminorar inconvenientes y sostener ventajas son: aplicación al seguro de la igualdad médica; inspección por las Asociaciones profesionales; organización coetánea de todos los seguros sociales; simplificación de las partes de altas y bajas; establecimiento de las indemnizaciones de distancia y locomoción y obligación de los médicos de ser asegurados.

4.^a Para el obrero puede tener el seguro los inconvenientes siguientes: renuncia a obtener de la sociedad—a través del Estado—toda la asistencia a que tiene derecho, gratuitamente; peor asistencia en las enfermedades que rebasen el límite que establece el seguro; impedir su libre elección de médico; tener que pagar su hospitalización; tener que pagar la de sus familiares a costa del salario; no se evitará la miseria de su casa cuando él se hospitalice; puede encontrarse con la miseria en casa, aunque trabaje, cuando tenga que pagar de su salario la hospitalización de un familiar.

5.^a Tendrá, en cambio, las siguientes ventajas: en enfermedades que no rebasen el límite establecido, una asistencia mejor y más completa; el subsidio durante ese tiempo de enfermedad, dentro del límite que se establezca; suprimir el carácter deni-

grante que para él y sus familiares tiene la asistencia con fuerza mayor que en la actualidad; evitar en sus enfermedades, cuando no rebasen el límite del seguro, la miseria en su casa.

6.^a El Estado, con el seguro social de enfermedad, se impone gastos cuantiosos, que puede reducir notablemente, si nacionaliza todos los seguros mercantiles y sociales, compensando, con los ingresos de los primeros, los gastos de los segundos. Esta fórmula permitiría, además, la implantación de todos los seguros sociales, con gran ventaja de médicos y obreros, hasta el punto de poder remediar los inconvenientes que para los últimos hemos señalado.

7.^a De la organización y desarrollo del seguro debe encargarse una entidad, integrada por obreros, patronos y médicos—obligados a sostenerlo—, inspeccionada por el Estado, que traspasa a dicha entidad—en nombre de la sociedad—sus obligaciones para la asistencia de los trabajadores.

8.^a Todos los fondos de Beneficencia deben ser objeto de atenta revisión, y aquellos que no cumplen sus fines útiles y eficaces en la actualidad, deben destinarse a los seguros sociales, que comprenden por sí solos todos los fines útiles que puede abarcar la Beneficencia.

CONCLUSIONES DEL TEMA I

Se aprobaron las siguientes, de la ponencia del Dr. Bardají.

1.^a La actual situación de la asistencia médica a los obreros ni satisface a éstos ni a los médicos que la practican.

4.^a Estimamos que en el medio rural debe ser preferido para médico del seguro el titular o titulares.

6.^a El seguro nunca deberá establecerse a costa de sacrificios económicos de la clase médica.

7.^a La inspección de las prestaciones sanitarias debe de ejercerse por profesionales.

8.^a La inspección y administración del seguro no debe absorber más del 10 por 100 de los ingresos de éste; y

9.^a Los organismos encargados de su administración han de reunir la mayor solvencia moral y científica.

Fueron aprobadas las siguientes conclusiones del Dr. Díz Jurado:

1.^a El Congreso libre Pro-Médicos de Zaragoza estima que la clase médica debe aceptar todo progreso social que beneficie al obrero de un modo real y efectivo, y en tal sentido debe admitirse el seguro social de enfermedad, siempre que se ajuste

al tipo de organización y sistema administrativo orientado en el plano que más adelante se dice. No obstante, el Congreso no considera aceptable por la clase médica el seguro de enfermedad si éste ha de responder al mismo sistema del seguro de maternidad vigente en España, porque ello no supondría mejora para los servicios de asistencia en relación con su coste ni sería base estimable de progreso sanitario ni constituiría beneficio real para el obrero, perturbando en cambio el ejercicio normal y digno de la Medicina.

2.^a El Congreso acuerda pedir a los Poderes públicos por las vías reglamentarias que se proceda a redactar medidas legislativas que permitan alcanzar de un modo práctico las mismas finalidades que en teoría se atribuyen al seguro unitario y capitalista, sin ninguno de sus graves inconvenientes: 1.^o Manteniendo las Beneficencias municipales y provinciales actuales. 2.^o Perfeccionando la asistencia médico-farmacéutica mediante una sabia reglamentación de la iguala tradicional en nuestro país y españolísima en su origen para acomodarla al progreso científico y a las necesidades sociales presentes; y 3.^o Atendiendo también al subsidio metálico con la creación de mutualidades obli-

gatorias, cuidadosamente organizadas y estrechamente federadas para asegurar su solvencia, que cuidarán además del sostenimiento de las Instituciones que se creen para el mejor servicio de los beneficiarios. El Congreso solicita de los Poderes públicos que se autorice a la clase médica la presentación de un proyecto de seguro social de enfermedad.

3.^a El Estado complementará la acción de estas mutualidades de obreros y patronos, realizando los gastos de establecimiento de estas instituciones complementarias que las Mutualidades mantendrán a sus expensas, limitándose luego al sostenimiento de los Institutos de Higiene y de los Centros rurales de Sanidad y Medicina preventiva.

4.^a Se respetarán todas las Mutualidades, preferentemente las Mutualidades obreras, siempre que llenen las mismas finalidades de las Mutualidades obligatorias.

5.^a La legislación que atienda esta obra de progreso social deberá sentar bases fundamentales con elasticidad suficiente para que el sistema pueda adaptarse a las características especiales, tanto de orden político como temperamental y económico de las diversas regiones de España.

Bismuto PONS - Antiluético indoloro.
Valerianato amónico PONS - Desodorizado.
Argol - Antiblenorrágico.
Yodofosfol PONS - Escrofulosis-Raquitismo.
Fisiogenol - Elixir, gotas, inyectable, ferruginoso, progresivo y bronquio-pulmonar.
Laboratorio PONS * Lérida

TEMA SEGUNDO

ENSEÑANZA MÉDICA

POR EL PROFESOR

ANTONIO TRÍAS PUJOL

De Barcelona



Prof. Trías Pujol

INTRODUCCIÓN

Toda reforma que se intente en nuestras Facultades de Medicina debe ser profunda y radical. De lo contrario, es preferible, por el momento, renunciar a ella, esperando mejor ocasión. Precisa producir la transformación espiritual de profesores y alumnos. Es cierto que ningún proyecto de reglamentación posee la milagrosa virtud de conseguir inmediatamente tan atrevido empeño. Pero puede legislarse de tal modo, que dentro de algunos años se inicie un profundo cambio si la reglamentación fué acertada y dictada con alteza de espíritu. Por esto, al tratar de los planes de estudios,

no hemos de caer en la equivocación, tan frecuente en las esferas ministeriales, de creer que todo tendrá rápido arreglo confeccionando un "cuadro de asignaturas" en el que se quite, se ponga o se traslade de un sitio a otro tal o cual materia. Cualquier plan e cuadro de estudios sería bueno, o por lo menos aceptable, si mejoráramos el espíritu colectivo, los métodos pedagógicos y los medios materiales. Por esto, al encargarnos de la redacción de esta ponencia, he creído que debía tratar en ella de la obra de conjunto que debe emprender toda Facultad de Medicina, desde la formación del futuro médico general a la del investigador. De los métodos pedagógicos que debemos aspirar a implantar, después de arrinconar lo inútil o perjudicial de los actuales. Del carácter que deben tener determinadas materias y de las necesarias modificaciones en su contenido. Y, por fin, de la organización de los estudios superiores y de los de perfeccionamiento.

En el curso de estas páginas habremos de evocar, aunque sea muy de paso, organizaciones y sistemas de otros países. Y más amenudo aún, tendremos que referirnos a la Universidad autónoma de Barcelona. Quisiera que no fuera interpretada torcidamente mi intención al hacer frecuentes referencias a una Universidad tan traída y llevada en estos tiempos por los motivos políticos que nadie ignora. Piense el lector que nuestro trabajo tiene un carácter exclusivamente objetivo y técnico. Nada se trata en él que no sea genuinamente universitario. Las frecuentes alusiones a la Universidad de Barcelona obedecen a que las circunstancias nos han llevado a intervenir, con la participación más modesta, en las funciones rectoras de aquella Universidad en los momentos de su transformación. Mi aportación, si tiene algún valor, es el de haber vivido intensamente en estos dos años la realidad del ensayo practicado en ella. Es cierto también que muchas de las reformas que aquí se proponen son copia literal de las que se establecie-

ron en aquella Universidad. No creo que nadie pueda ver en esto un deseo de imposición arbitraria al resto de las Universidades españolas de lo que hoy rige en la de Barcelona. Más bien ha de considerarse lógico que por las mismas razones que contribuimos a la implantación de aquellas reformas, las deseamos vivamente para todas las Universidades de España si la experiencia de estos dos años ha demostrado su bondad. En algunos puntos, en cambio, proponemos soluciones distintas, porque la realidad ha hecho rectificar nuestro criterio.

Nos ocuparemos en este trabajo:

- 1.º De las directrices para la organización de los estudios de licenciatura.
- 2.º De los métodos de enseñanza.
- 3.º De la conexión de estos métodos con el régimen de las pruebas.
- 4.º De los estudios de perfeccionamiento para los médicos alejados de la Universidad.
- 5.º De los estudios para la colación del grado de doctor.

Renunciamos a ocuparnos de la organización de la enseñanza de las especialidades, por ser tratado en otras ponencias de este Congreso.

1.^a FORMACIÓN MODERNA DEL FUTURO MÉDICO

El médico actual reclama una educación muy distinta de la que pudo ser conveniente hace escasamente treinta años. La profesión médica tiene hoy una fisonomía bien diferente de la de aquella época. Esta transformación tan rápida se debe a dos órdenes de hechos:

a) A la especialización progresiva, que aun habiendo llegado a un grado intensísimo, no parece insinuar un camino de rectificación ni de detención, sino que, por el contrario, tiende a acentuarse. Cuanto mayores son las adquisiciones en los métodos de exploración clínica, o experimentales, o en los recursos terapéuticos, mayor adiestramiento requiere su manejo y más debe profundizarse en el estudio doctrinal de cada cuestión, por limitada que parezca. Las posibilidades de la actividad humana tienen un límite muy pronto irribasable. Así los especialistas actuales, conscientes de su natural limitación, se someten de buen grado a ella y tienen más bien tendencia a invocarla para restringir cada vez más su campo de visión, procurando, en cambio, profundizar y escudriñar ávidamente en los problemas monográficos. A la manía de la erudición encyclopédica, que tantos estragos causó en anteriores generaciones, ha sucedido un deseo de análisis exclusivista que nos llevará seguramente a

una fragmentación incalculable de la Medicina. No es el momento de enjuiciar esta tendencia. Pero hay que reconocer que ha reportado hasta hoy indiscutibles beneficios en el avance de la ciencia médica y en su utilización social. Ciento que la visión limitada de los problemas clínicos, como de todo hecho biológico, conduce a grandes errores; pero esto no ocurre si la primera educación del investigador o del especialista ha sido amplia y extensa, de tal manera esté en condiciones de razonar con fundamento sobre todas las cuestiones que tengan relación con los problemas de su especialidad. De ahí la deducción de que aun progresando la tendencia actual o la especialización, el futuro especialista debe recibir antes una educación y una información general médica que le ponga en condiciones de emprender más tarde su especialización con fundamento sólido y con visión amplia. No hemos creído nunca en el peligro de una especialización excesiva, pero sí en el de una especialización prematura. Sea, pues, cual sea el camino del futuro especialista, ante todo debe ser un médico general completo.

b) Otro factor que ha venido a modificar profundamente el carácter de la profesión médica es el desarrollo enorme de la llamada "Medicina colectiva". La evolución social de los últimos años ha impulsado a los distintos organismos de la administración pública a preocuparse cada día más del individuo en su aspecto sanitario y no sólo ha procurado asegurar su asistencia en caso de enfermedad, servicio ya establecido, con mayor o menor eficacia, desde hace siglos, sino que ha impulsado a la Medicina a una tarea profiláctica más factible cada vez por los descubrimientos realizados en el terreno de la etiología. De todo esto ha resultado el desarrollo actual de la "Medicina preventiva", tan extenso, que ha venido a modificar no sólo la profesión médica, sino la posición y el sentido de la Medicina como ciencia útil a la sociedad. No se trata ya de asistir al enfermo, sino que aspira la Medicina, como dice Burnet (1), "a crear la salud como la Agricultura crea la riqueza, y como la educación moral crea la sabiduría". Todo esto ha ido fomentando la creación de una serie de cargos dentro de la Medicina social y de la Medicina preventiva (médicos de la Armada, de la Marina, de las prisiones, de la administración civil, de las Cajas de seguro de enfermedad, médicos de la protección a la infancia y a la maternidad, inspectores médicos escolares, de los servicios antivenéreos, de los an-

(1) Etienne Burnet: "L'enseignement de la Médecine et la réforme des études Médicales". "Bulletin trimestral de l'Organisation d'Hygiène". Soc. de las Naciones, vol. II, núm. 4, pág. 663; diciembre, 1933.

tituberculosos, etc., etc.). Y este desarrollo ha sido tal, que el médico, como funcionario de estos servicios, es hoy un hombre especializado y muchas veces dedicado por completo a ellos. Esto ha conducido a Tandler a afirmar que dentro de poco desaparecerá la Medicina privada, porque la Medicina social y "organizada" llenará todas las actividades de la profesión médica. Según Tandler (2), ésta quedará dignificada "al poder prescindir el médico de los honorarios individuales" y al desaparecer el hecho de que el médico viva de la enfermedad. Frente a esta tendencia francamente socializante de la Medicina, expresada en la encuesta abierta por la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones, se levanta la voz no menos autorizada de Georges Newmann (3), quien después de recordar que han sido los mismos médicos los inspiradores de la Medicina social, afirma que el médico general de ejercicio "individualista" llena y llenará siempre una función capitalísima en la profilaxia morbosa, difícilmente sustituible por la Medicina social. Pero sea cual sea la situación económica del médico y sus relaciones con la sociedad, es evidente que el médico general que cultiva el ejercicio privado continuará siendo uno de las columnas maestras de la profesión médica. Aun suponiendo que se llegara a una lamentable absorción de toda ella por las instituciones del Seguro de enfermedad, dentro de éste, como antes de su existencia, el médico general sería indispensable para la asistencia de un gran número de enfermedades, para descubrir otras en su comienzo, para orientar al enfermo, que necesita el auxilio del especialista, para las distintas vacunaciones y para la dirección de una profilaxia individual, cada día más interesante (enfermedades cardíacas y vasculares, endocrinias, mentales, metabólicas, etc.).

Pero el actual incremento de la Medicina social y de la preventiva es indudable que ha de influir en la educación del futuro médico en dos sentidos: 1.º Orientándolo desde sus comienzos hacia un estudio profundo del individuo normal. "Sólo así sabremos mantenerle en la normalidad o volverle a ella" (Newsholme) (4). Esta es una de las razones poderosas de la importancia que actualmente

debemos dar al estudio de la Fisiología en la formación del médico. 2.º La Higiene debe ser una materia de un especial interés para estudiarla como especialidad o como conjunto de especialidades por todos aquellos que pretendan asumir alguna de las múltiples funciones que ofrece la Medicina social y preventiva. Pero también para poder ofrecer al futuro médico general una preparación sólida que se adquirirá alternando las enseñanzas clínicas en el aspecto etiológico, con unas nociones muy concretas de Higiene pública y privada y de Medicina preventiva.

Pero al llegar aquí precisa preguntarse: ¿debe el médico, en el momento de recibir su título profesional, estar ya capacitado para desempeñar alguno de estos cargos que pertenecen a la Medicina colectiva? Hay que contestar a esto negativamente de un modo rotundo, por las mismas razones que nadie podrá considerarse en condiciones de ejercer una especialidad al terminar los estudios de la Licenciatura.

Las Facultades de Medicina deben ofrecer al médico todas las posibilidades para la formación del especialista, sea cual sea su modalidad, con los cursos superiores convenientemente organizados, con los servicios clínicos y de laboratorio o con la articulación y contrato con aquellas instituciones sanitarias o higiénicas más próximas. Debe, en fin, la Universidad aspirar a tener en su mano la organización de todos los estudios superiores (postgraduata) cuyo fin es la formación o el perfeccionamiento del especialista. Y es interés supremo de la Facultad de Medicina, como institución universitaria, que de ella salgan las nuevas adquisiciones científicas, porque sólo su aptitud creadora la elevará a una categoría superior a cualquier escuela profesional. Y es evidente que la investigación sólo se realizará con fruto en el seno de las distintas escuelas de especialización, no sólo en las de carácter experimental, sino también en las clínicas. Pero ¿cómo deben enseñarse las distintas especialidades a los futuros médicos? Presentándoles exclusivamente aquellos problemas que son necesarios al médico general, porque a él acudirán los enfermos en sus primeros trastornos, o porque la urgencia en las indicaciones y aun en las técnicas terapéuticas le obliguen a una actuación inexcusable. Interesa también que conozcan síndromes o síntomas que estén relacionados íntimamente con procesos cuya atención pertenece al médico general. Pero hay que prescindir de todo lo demás que ha de ser privativo del especialista, pues lo contrario (que es lo que se ha hecho hasta hoy en nuestro país) no es más que una sobrecarga inútil de los sentidos y de la memoria del estudiante. Es necesario recor-

(2) Tandler: "La reforme des études médicales". *Bull. trimestriel de l'Organisation d'Hygiène*, t. II, núm. 3, página 517; 1933.

(3) Georges Newmann: "L'enseignement de la Médecine en Angleterre". *Bull. trimestriel de l'Organisation d'Hygiène*, t. I, pág. 7; marzo de 1932.

(4) Arthur Newsholme: "Medicine and the State, the Relation between the private and official Practice of Medicine with special References to Public Health". Edit. Allen Univ. Londres, 1932.

dar, sin embargo, que esta iniciación elementalísima del futuro médico en cada una de las especialidades constituye una de las misiones más delicadas y difíciles, sólo asequibles contando con verdaderos maestros en cada especialidad y con un abundante material de enseñanza práctica. Esto por sí solo ya justificaría las más espléndidas instalaciones para el cultivo de las especialidades y la más exquisita atención en la elección de su profesorado. Criterio bien contrario al que atribuyen algunos titulares de enseñanzas especializadas en nuestro país, a quien pretenda perfilarla en sus lógicas proporciones cuando se trata de la educación de los futuros médicos. Esto ha ocurrido en la Universidad de Barcelona, en donde algunos profesores de especialidades han creído que al convertir sus enseñanzas a los futuros médicos en cursos cortos, se les sometía a una postergación.

Otro problema debemos plantearnos al contemplar las obligaciones de la Universidad ante la formación del médico general: ¿ha terminado ya definitivamente su formación el médico una vez recibido el título profesional, o, por el contrario, debe perfeccionarse ulteriormente? Y en caso positivo, ¿debe autoperfeccionarse, o debe preocuparse de él la Universidad? Esta, que es la responsable moral ante la sociedad de la competencia de los médicos por ella educados, no puede contemplar pasivamente la acción corrosiva que el tiempo ejerce sobre estos profesionales. Y éstos, a su vez, están en su derecho al reclamar de la Universidad una mayor atención (hasta ahora en nuestro país fué casi nula) hacia sus posibilidades profesionales y su prosperidad dentro de la sociedad. Cuando una escuela de Medicina no se preocupa más de sus discípulos después de librado el certificado de aptitud profesional, estos discípulos están abocados a una decadencia más o menos rápida, de la que sólo pueden librarse los que se hallan trabajando en instituciones científicas en donde reciban estímulos constantes, o aquellos otros (generalmente especialistas) que por su ventajosa situación económica y por el incentivo de su actividad diaria encuentren en las visitas periódicas o los grandes centros hospitalarios un medio de frecuente perfeccionamiento. Pero ¿qué es lo que le espera con el tiempo al médico general que ejerce alejado de todo centro científico, y aun en muchos casos en un aislamiento absoluto de todos sus colegas, como le ocurre al médico rural? Aun contando con que el ejercicio de la profesión ha de proporcionarle una experiencia traducida en un positivo aguzamiento de su sentido clínico, por otro lado el tiempo ha de hacerle perder destreza en todas aquellas prácticas de exploración y de tratamiento que sólo tiene ocasión de

realizar muy tarde en tarde. Pero sobre todo el médico general queda ya invalidado para adquirir todas aquellas técnicas establecidas ulteriormente a su salida de la Universidad. Y teniendo en cuenta el febril avance de las técnicas clínicas en la actualidad, es evidente que a los pocos años de abandonar las aulas quedará en una situación de inferioridad profesional, progresiva, que no llega a compensar de ningún modo su mayor experiencia clínica, ni su gran vocación por la profesión que lucha inútilmente contra las dificultades, que no se allanan más que viendo y viviendo prácticamente las cosas. Por esto la Universidad de Barcelona, imitando lo hecho en otros países, estaba en vías de organizar sus "estudios de perfeccionamiento del médico general" de acuerdo con los Departamentos de Cultura y de Sanidad de la Generalidad y con el "Sindicat de Metges de Catalunya". Los acontecimientos políticos de octubre de 1934 vinieron a interrumpir estas gestiones.

* * *

De todo lo que precede debemos deducir que una Facultad de Medicina moderna debe organizar y mantener los siguientes servicios de enseñanza:

1.º *Estudios para la formación del licenciado en Medicina. Estos estudios deben ir encaminados a formar exclusivamente al médico general.* — Porque: 1.º A pesar de la progresiva tendencia a la especialización, tiene y tendrá siempre el médico general primordiales funciones que cumplir en la sociedad; y 2.º Nadie puede especializarse con eficiencia en ninguna rama de la Medicina, si no es ante todo un sólido médico general. Incluimos también entre estos especialistas a todos los que se dediquen a la investigación dentro de cualquiera de las materias no clínicas que forman parte de la Biología humana.

2.º *Estudios de perfeccionamiento para los médicos generales alejados de la Universidad.*

3.º *Estudios de las distintas especialidades.*

4.º *Estudios para conseguir el grado de doctor.* Representación de las tareas de investigación que deben realizarse en cada uno de los departamentos docentes de un centro universitario.

En realidad se trata de distintos grados de enseñanza. Y es necesario dejar bien aclarado que de todos ellos debe llevar la alta dirección y toda la responsabilidad el profesor titular de cada materia.

En las siguientes páginas nos ocuparemos de estos diferentes tipos de estudios que debe organizar toda Facultad de Medicina.

ESTUDIOS PARA LA FORMACIÓN DEL LICENCIADO DE MEDICINA

Más que la enumeración de todas las materias que deben integrarlos, interesa sobre todo fijar la orientación general de estos estudios.

La Medicina, para responder a lo que de ello exige la sociedad, por las razones ya expuestas anteriormente, necesita realizar un estudio profundo del hombre sano. Por otra parte, las distintas ramas de la Patología, que en otros tiempos consistían en la enumeración de los síntomas y en la descripción detallada de su evaluación, fué progresivamente avanzando en el terreno de la etiología y de la patogenia, y muchas veces ésta se aclaró gracias a un mejor conocimiento de la función alterada, así como en otras ocasiones del síntoma observado se dedujo la función alterada y de ésta se pasó al conocimiento, hasta entonces oscuro, de la función normal.

La Anatomía patológica, que tanto contribuyó hace unos años al progreso de la clínica, unas veces por la precisión de las alteraciones del órgano enfermo y otras por el auxilio que prestó al diagnóstico, ha entrado modernamente en una fase que podríamos llamar fisiológica, emprendiendo desde entonces nuevos vuelos. En el terreno de la terapéutica ocurre otro tanto: la Terapéutica clásica, de tono empírico en gran parte de su contenido, ha sido instituída por la Farmacología experimental, en la que un número reducido de drogas son estudiadas minuciosamente en un aspecto farmacodinámico que llega ya en algunos casos a una precisión asombrosa. Igualmente la Cirugía actual, en sus aspectos más nuevos e interesantes, sobre todo terapéuticos, es una Cirugía inspirada directamente en principios fisiológicos. Leathers ha valorado, como muchos otros, esta cuestión (5) y ha definido la Medicina de hoy como "la Fisiología aplicada". Ha sabido expresar en dos palabras la idea unánime actual. Este es el criterio que debe inspirar a quien se interese por la reforma o la organización de los estudios de la Medicina. La Fisiología es el eje principal de aquéllos. La extensión y el carácter que debe darse a las otras materias del período preparatorio o del período básico deben supeditarse a lo que contribuya a un mejor conocimiento de la Fisiología. Es, pues, ésta la protagonista en los estudios de la Medicina, punto de partida de todas las disciplinas clínicas y fin de casi todas las materias del período preclínico. Con este criterio creemos que debe orientarse toda reforma

de los estudios de Medicina. Y éste fué el que se aplicó ampliamente al ensayo de la Universidad de Barcelona.

DURACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Esta cuestión, en España tuvo hasta hoy un régimen de libertad absoluta que contrasta con su ausencia en el resto del mundo. La mal entendida "enseñanza libre" de nuestro país ha permitido que hubiera licenciados en Medicina que han cursado todos sus estudios en tres y hasta en dos años. Lo más grave es que muchos de estos alumnos "relámpago" no han pisado la Universidad más que para examinarse en ella, y si acaso para cumplir con el formulismo de unas prácticas en tal o cual asignatura, en donde el profesor ha exigido, a su voluntad, el cumplimiento de estos trabajos prácticos, pero sin que ningún reglamento ni ninguna norma legal obligara a ello. De este régimen de libertad no hay otro ejemplo en Europa ni en Norteamérica. En algunos países (Alemania e Italia) reina una absoluta libertad académica para que el alumno confeccione sus planes de estudio, cursando las materias obligatorias en el orden que quiera (llegando a veces a verdaderas herejías), alternándolas con otras facultativas, pero en todas partes se considera intangible el tiempo mínimo de "escolaridad" fijado para cada país. Sólo en España la palabra "escolaridad" ha carecido hasta ahora de sentido. Al establecerla en la Universidad de Barcelona y suprimir la "enseñanza libre" ha sido necesario lesionar muchos intereses materiales y resistir terribles campañas apoyadas en la tradición y en un supuesto desamparo "a los alumnos pobres que necesitan trabajar para cursar los estudios", sin comprender que sólo un régimen de becas y de auxilios económicos puede resolver lógica y justamente este problema.

Hay que proclamar de una vez para siempre que "para obtener un título universitario es imprescindible dedicar unos años de la vida exclusivamente a la Universidad, vivir en ella, convivir con profesores y alumnos, asistir a los cursos y conferencias y tomar parte activa en trabajos prácticos numerosos y efectivos. No hay oficio sin aprendizaje. Con mayor razón es imprescindible éste para los oficios de la inteligencia y del espíritu. No es posible que haya un médico que no haya visto enfermos, ni un químico que no haya manipulado largamente en los laboratorios, ni un filósofo que no haya ejercitado su pensamiento en una amplia disciplina mental" (6). Por todo esto debe establecerse urgente-

(5) "Methods and Problems of Medical Education". Fondation Rockefeller, primera serie, 1929.

(6) "La autonomía de la Universidad de Barcelona", folleto; 1935.

mente el "mínimum de escolaridad" y suprimir la situación de "alumno libre". Téngase en cuenta que la enseñanza libre puede persistir, como ocurre en la Universidad de Barcelona, porque se ha creado entre el personal docente la categoría del "profesor libre", persona que cultiva con éxito y con prestigio científico, en un centro situado fuera de la Universidad, determinada rama de la Medicina, contando en él con material científico y pedagógico suficiente.

Este "mínimum de escolaridad" varía actualmente bastante, según los distintos países. Prescindamos de la U. R. S. S., en donde la organización en tres tipos distintos de escuela profesional no admite parangón con el resto del mundo. En general la duración de los estudios de Medicina es hoy de seis años: Hay algunas excepciones: en Suecia es de nueve a diez años, pero se intercalan los estudios con la asistencia como ayudantes a médicos de las ciudades o con el ejercicio rural antes de terminar la carrera.

En los Estados Unidos es de cuatro años, pero prácticamente, con el "internship" llega a seis. En el Japón la duración es de cuatro años. En Francia, cuya duración es de cinco años, además del año preparatorio, se ve a los alumnos mejores prolongar voluntariamente los estudios hasta los seis o siete años.

Actualmente hay en todos los países una marcada tendencia a alargar la escolaridad. La razón para ello no es la creación de nuevas disciplinas especializadas. Esto ha sido defendido en los últimos tiempos por los especialistas respectivos, pero se ha levantado una verdadera reacción contra esto, alegando que si hay que infiltrar a los futuros médicos todas las disciplinas especializadas a medida que adquieran personalidad, el contenido rebasará muy pronto el continente (Bier) (7). El motivo de desear la prolongación de los estudios de la Medicina es la convicción de que hay que formar clínicamente a los alumnos con mayor intensidad y duración que hasta ahora. Es unánime la convicción de que una vez cursadas todas las materias, hay que establecer un año de "práctica hospitalaria", especie de internado obligatorio. En Alemania legalmente hay un año clínico-práctico obligatorio después de conseguido el diploma, pero en la realidad este tiempo de internado es mucho más largo, pues la "Krankenkasse" no admite en su servicio a ningún médico que no haya practicado clínicamente en un hospital durante tres años (Assistentenzeit). En todos los países hay la ten-

dencia a aumentar la duración de los estudios a base de este "internado obligatorio".

Nosotros creemos que conviene mantener, después del año preparatorio, los seis años actuales de estudios médicos y gestionar la implantación del año clínico obligatorio, una vez cursadas todas las disciplinas e incluso ya todas las pruebas.

PERÍODOS DE LOS ESTUDIOS DE LICENCIACURA

En casi todas las Universidades del mundo hay una distinción absoluta entre el "período preclínico" o "básico" y el "período clínico". Francia es una excepción, pues, como es sabido, desde el primer año de los estudios médicos los alumnos asisten a las clínicas hospitalarias por las mañanas, dedicando las tardes a las enseñanzas teóricas y a las de laboratorio. Dinamarca en cierto modo es también una excepción, pues sus alumnos, después del primer año, deben asistir durante las vacaciones a las clínicas y luego vuelven a ellas, después del tercer año. En Inglaterra, en donde no se permite a los alumnos la concurrencia a las clínicas hasta el tercer año, en cambio se procura repetir ciertas nociones de Anatomía y de Fisiología, dando entonces a estas materias el nombre de aplicadas, durante el período de las enseñanzas clínicas.

¿Debemos mantener una clara separación entre el período clínico y el básico, o, por el contrario, conviene mejor obligar a los alumnos a concurrir a las clínicas desde el comienzo?

Ventajas alegadas a favor de la concurrencia a la clínica desde el primer año:

1.º Contacto inmediato con el enfermo y con el medio hospitalario que pronto permita adivinar al alumno si su temperamento y su contextura sentimental se avienen con la vida de la Clínica.

2.º El alumno aprende mejor a valorar las nociones recibidas en los cursos básicos, destruyendo el prejuicio de que sólo tienen utilidad inmediata los estudios clínicos. En este sentido Dinamarca dispone la concurrencia clínica en el primer año y luego la interrumpe durante dos.

3.º Algunos creen que próximamente el estudio de la Medicina se organizará simultaneando los principios de Anatomía, de Fisiología y de Patología. Atzler (8) afirma que al estudio de los huesos y articulaciones debería suceder el de las fracturas y las luxaciones, y al de la Anatomía de los centros nerviosos, la Neuropatología, etc.

Inconvenientes de este sistema:

1.º Lógicamente no puede aprender fácilmente

(7) Bier, *Münch. Medic. Woch.*, abril de 1930.

(8) Atzler, *Deutsch Med. Woch.*, 1928.

la enfermedad quien desconozca completamente al hombre sano en su morfología y en sus funciones.

2.^o Si el alumno tiene la curiosidad de un hombre inteligente y un mínimo de disciplina mental, se ve sometido a un verdadero martirio al oír hablar durante mucho tiempo un lenguaje ininteligible en la vida diaria de la Clínica. Si se trata de un alumno de espíritu utilitario o de poco vuelo, el caso es peor, pues queda sometido a una verdadera deformación. Se entusiasma ante la adquisición de algunos técnicos manuales, creyendo que ello es lo esencial. Se acostumbra a oír hablar y aun a hablar de reacciones sinalógicas, de exploraciones complementarias, de técnicas terapéuticas, etcétera, de las que adquiere una noticia muy superficial, sin llegar a un conocimiento profundo, que ya no deseará jamás. Pierde todo sentido del rigor científico y se ve abocado, cuando más, a ser un apreciable práctico, pero muy difícilmente un investigador. Ello tiende a hacer descender el tono medio del futuro médico.

3.^o La educación de estos alumnos principiantes es muy difícilmente cuidada, por ser ingrata, por los jefes de las clínicas correspondientes. Si éstos son hombres prestigiosos, a sus clínicas asisten médicos y especialistas, y sus enseñanzas tienen generalmente el tipo de las conferencias de alta clínica completamente inasequibles al alumno de los primeros años de la carrera. Las "lecciones de cosas" que ellos necesitan requieren una vocación pedagógica por parte del jefe de la clínica o de sus colaboradores, no siempre fácil de encontrar.

4.^o Toda empresa didáctica debe organizarse con un plan arquitectónico. Hay que sentar el edificio sobre los más sólidos cimientos, pues otra táctica no permitiría levantar, sin grave peligro, un edificio de regular envergadura. Lo que no se admite para una Escuela profesional debe ser rechazado con mayor motivo en una Facultad universitaria. Las materias básicas deben ser ampliamente conocidas cuando el alumno ingresa en la vida clínica.

Por todos estos motivos creemos imprescindible que a los estudios clínicos preceda un período de estudios básicos, de los cuales debe destacarse un grupo de disciplinas "pre-médicas", constituyendo el "período preparatorio".

¿Quiere esto decir que el enfermo no pueda ser presentado al alumno durante el período básico? De ningún modo. En las páginas que siguen veremos cómo los estudios de Anatomía deben ilustrarse actualmente con la contemplación del hombre vivo y sano y los de Fisiología con la contem-

plación del enfermo cuyo síndrome puede hacer comprender indirectamente la función normal. Por lo demás, incluimos en este período básico el estudio de la Fisiopatología, en donde hay que estudiar en la clínica la función alterada, y la Semiológica, en donde se estudia la interpretación clínica de la función o del órgano alterado. Sin embargo, no tenemos reparo en calificar a todas estas materias de disciplinas básicas o preclínicas, porque en realidad su aspecto clínico es sólo parcial y como medio para estudiar fundamentalmente el órgano o la función modificados. Son, pues, materias básicas el período clínico. Este, para ser propiamente tal, debe tener el carácter de estudio descriptivo de la enfermedad, haciendo de cada una un estudio sistemático desde la etiología y patogenia, pasando por la sintomatología y la prognosis, hasta su tratamiento profiláctico o curativo.

De todo lo que antecede debemos deducir la proposición de que los estudios de la Medicina en el período de la licenciatura se dividan en los siguientes períodos:

- A) Período preparatorio o premédico.
- B) Período básico, preclínico o propedéutico.
- C) Período clínico.
- D) Período exclusivamente práctico.

a) PÉRÍODO PREPARATORIO O PREMÉDICO

En todos los países se mantienen estos estudios, consistentes esencialmente en la Biología, la Física y la Química. Las divergencias residen en dos puntos:

a) ¿Deben simultanearse con las otras materias del período básico? Así lo entienden Alemania, Italia, Dinamarca, Hungría y otras. En cambio en Inglaterra, en todas las Universidades, excepto la de Edimburgo, practican el sistema bloc con separación completa de estas materias del período preparatorio y examen de ellas antes del ingreso en los estudios médicos. Igualmente se establece en Francia, en Bélgica, en el Canadá, en los Países Escandinavos y en otras. España ha sufrido diversas oscilaciones y ha pasado por los dos sistemas. El que rige actualmente, excepto en Barcelona, es el de simultaneidad.

La experiencia de su funcionamiento en estos últimos años nos ha demostrado la necesidad de establecer el año preparatorio y de someter al alumno a unas pruebas del grupo, antes de abordar las disciplinas médicas. En nuestro país es no sólo conveniente, sino indispensable. Téngase en cuenta el lamentable estado de la enseñanza secundaria. Suprimidas las pruebas de reválida en el Bachillerato, sin ninguna prueba de aptitud para

ingresar en la Universidad, y sin este año preparatorio cursado en la Facultad de Ciencias, el nivel medio de cultura había descendido de un modo alarmante en los últimos años. Así, por lo menos, pudimos atestiguarlo en la Universidad de Barcelona.

Además entraban a estudiar la Bioquímica o la Fisiología sin haber cursado la Química general o la Biología, cosa bien paradójica.

Por este motivo, al iniciar el régimen de Autonomía, además de inaugurar las pruebas de ingreso universitario, establecimos el período preparatorio con las siguientes materias: Biología, Física, Química y Matemáticas, que al final son objeto de pruebas de conjunto escritas y orales y un curso de "Introducción a la Filosofía", del cual sólo se exige la asistencia.

Otro problema han suscitado estos estudios pre-médicos: ¿Deben cursarse orientados hacia la Medicina, o, por el contrario, deben ser cursos generales propios de la Facultad de Ciencias?

Si tuviera que decidirse por el sufragio de los profesores de Medicina, ganaría con mucho el criterio de la especialización. Nosotros no podemos compartirlo de ningún modo. Para que el tono de la Medicina y de la profesión médica no decaiga, será necesario siempre luchar contra una natural tendencia a evolucionar hacia el profesionalismo. Ya de por sí induce naturalmente a ello el carácter del período clínico y el ejercicio de la profesión médica. Pero es necesario recordar que, aun considerando los meros profesionales, ninguna ciencia aplicada ni ningún arte necesita tanto como la Medicina apoyarse sobre los principios puros de la ciencia, si quiere mantenerse en un nivel de dignidad y de eficacia. Por otra parte, el progreso actual de las especialidades requiere, tanto al que quiera investigar como al que quiera ejercerlas con todo prestigio, llegar a ellas por el camino de la Fisiología y de las otras materias básicas, y haberse formado en la disciplina de trabajo de la Ciencia pura.

Téngase en cuenta también que el tono espiritual del país lo han de dar los investigadores, y

aparte de la mayor o menor fortuna de las escuelas que se formen dentro de los estudios médicos, la primera condición para despertar el amor a las ciencias y a los métodos experimentales ha de ser el que el adolescente viva el ambiente de la ciencia, aunque no sea más que para recibir de ella enseñanzas elementales. El goce de la vida científica pura no lo adivina más que el genio. Los demás han de vivirla para sentirse prisioneros gustosos de ella.

Demos a estos estudios, como a los del período básico, un acentuado carácter universitario, y al cabo de algunos años tendremos investigadores y los demás serán unos magníficos profesionales de un brillante nivel científico y humano.

Por todo esto abogamos por que las materias de este período preparatorio se cursen en la Facultad de Ciencias y, a ser posible, mezclados los alumnos de Medicina con los de aquella Facultad.

Si alguna tendencia hay que marcar es precisamente la de consolidar los principios generales. Abderhalden (9) aboga por adiestrarles, en el curso de Biología, en la clasificación de las plantas, minerales y animales, como gimnasia del espíritu. Creemos mucho más interesante estudiar con profundidad los capítulos de la Citología, de la Evolución, de la Reproducción, de la Herencia. El carácter fundamental de este período está tanto más justificado cuanto entre los estudios del período básico incluimos la Física médica, la Bioquímica y la Bacteriología y Parasitología.

b) PERÍODO BÁSICO O PRECLÍNICO

Estas son las materias distribuidas en los tres primeros años académicos que nosotros proponemos (10):

Primer año.—Bioquímica, Física médica, Histología, Embriología y Teratología, Anatomía (primer curso).

(9) Abderhalden, *Klin. Woch.*; enero de 1933.

(10) Es copia exacta del plan que rige actualmente en la Universidad de Barcelona como modelo que la Facultad aconseja a sus alumnos, sin perjuicio de la libertad que éstos tienen para variarlo.

FORMIOKOLA MIRET

— TÓNICO NEURO-MUSCULAR —

INDICACIONES: Anemia, neurastenia, debilidad cerebral y medular, convalecencias, inapetencia y todos los trastornos provocados por el agotamiento nervioso (surmenaje) y la debilidad orgánica.

— PODEROSO REGULADOR DEL METABOLISMO —

Laboratorio MIRET - Plaza de la Sal, 13 y 15 (Teléfono 146) - Lérida

Segundo año. — Bacteriología y Parasitología, Fisiología general, Fisiología humana, Anatomía (segundo curso).

Tercer año. — Anatomía patológica, Farmacología, Fisiopatología, Semiología clínica.

Este plan se diferencia del de la mayoría de las Universidades europeas en dos puntos:

a) Casi todas ellas dan mayor extensión al período clínico que al básico, en la proporción de 3 a 2, ó de 4 a 3.

b) Muchas Facultades de Medicina incluyen en el período clínico materias que nosotros incluimos en el básico (Bacteriología, Parasitología, Anatomía patológica, Patología general, Semiología).

Nosotros creemos de interés proponer este mayor tamaño del período básico en duración y en contenido por las razones siguientes:

a) El alumno debe habituarse a la disciplina mental y de trabajo de las ciencias fundamentales por las razones expuestas anteriormente, procurando entrar en el aprendizaje profesional después de una severa y prolongada formación universitaria.

b) Hemos creído corregir el error de muchas Universidades que dejan para el período clínico materias que, como la Bacteriología y la Anatomía patológica, deben ser ya ampliamente conocidas al entrar en el estudio descriptivo de la Patología. Este criterio lo acentuamos hasta el extremo de incluir en este período disciplinas como la Fisiología patológica y la Semiología clínica, por entender que son asimismo base previa para el estudio analítico de la Clínica.

En cambio dejamos para el período clínico materias como la Higiene y Sanidad y Medicina legal, que en algunos países se cursan ya en el período preclínico (Países Bajos, Japón). En la Universidad de Toronto se estudia teóricamente la Higiene en los dos primeros años de los estudios médicos.

A continuación dedicaremos la atención a determinadas materias en este período, sobre cuyo carácter o contenido creemos de interés hacer algunas consideraciones.

ANATOMÍA

Ninguna otra materia ha sido más distintamente comprendida y cultivada según los distintos países. En las naciones centrales de Europa la Anatomía ha sido no sólo morfología macroscópica, sino también estructura microscópica y Embriología. En realidad es frecuente ver cómo en cada Universidad los distintos profesores se distribuyen estas materias según sus aficiones, aun procediendo to-

das de una formación común. En Norteamérica, en donde veinticinco años atrás había aún una terrible confusión en esto, como en otras ramas de la Medicina, han asimilado después el criterio germánico en muchas escuelas, mientras que en otras han seguido la tradición de Francia y de Inglaterra, en donde la Anatomía comprende sólo la disección en el cadáver, dejando para el histólogo el estudio microscópico del cuerpo humano.

En estos países encargan muchas veces la enseñanza de la Anatomía a los cirujanos jóvenes.

La Embriología en algunos países ha sido cultivada por los histólogos y en otros por los anatómicos. En estos últimos años se ha iniciado en algunas Universidades de los Estados Unidos una decidida tendencia a cultivar una Anatomía fisiológica, procurando siempre establecer íntima relación entre los estudios del órgano y de la función (Universidad Cornell, en New-York, Baltimore, la de Berkeley, etc.) y dedicando gran atención a la alteración de las relaciones anatómicas en los procesos morbosos. En el "College" de la Universidad de Londres y en Cambridge esta tendencia se ha adaptado de un modo decidido.

En España, hasta hoy, la Anatomía ha constituido una entidad junto con la Embriología. En cambio la Histología ha sido cultivada junto con la Anatomía patológica. Este acoplamiento ha sido hasta hoy consagrado oficialmente, encargando a un mismo profesor las dos materias.

Un hecho interesante es la actual tendencia casi unánime a reducir considerablemente la extensión de los estudios anatómicos para los futuros médicos. Son pocos los anatómicos que están de acuerdo con estas ideas. Es Tandler (11) una de las pocas excepciones. Se critica, por ejemplo, que en Suecia se exija a todo alumno, para poder someterse a las pruebas, haber disecado tres cadáveres enteros. Se considera también excesivo el tiempo dedicado a su enseñanza. Nosotros, como puede verse en los cuadros de materias, proponemos dedicarle a cada una dos cursos largos.

No creemos que la enseñanza de la Anatomía gane nada con su acortamiento. La reforma debe ser de mucha más amplitud y profundidad. Afortunadamente ha desaparecido en estos últimos tiempos de los planes oficiales de Francia y de España (últimos baluartes) la funesta Anatomía descriptiva, que tantos daños causó, no tanto por lo que dejaron de aprender los alumnos en el aspecto topográfico como por su deformación intelectual, ya que se sometían durante dos años a una tortura memorística de la que guardamos vivo recuerdo

muchos médicos actuales que fuimos sometidos a toda suerte de pruebas mnemotécnicas, mientras se nos escamoteaba la práctica de la disección. Aun quedan actualmente en nuestro país reminiscencias de estos procedimientos medievales. Pero prescindamos aquí de todo esto, cuya continuación ya no pretende nadie defender doctrinalmente.

En realidad la enseñanza de la Anatomía debe ser ampliamente transformada en todos los países. Creemos que la reforma debe consistir en lo siguiente:

1.º *Estudio en el cadáver de todo lo que pueda tener un interés fisiológico o clínico.*—No hay que decir que generalmente éstos coinciden. Debe excluirse, en cambio, todo el resto de la Anatomía para los estudios del período de licenciatura. Es necesario, en cambio, establecer entre los estudios de las especialidades la Anatomía topográfica, con la extensión y la precisión necesarias para el que desee convertirse en cirujano. Podría llamarse "Anatomía quirúrgica", como han propuesto algunos. Pero insistimos en que muy pocos de estos conocimientos necesita el futuro médico general, y muchos de los detalles descriptivos le son inútiles y perjudiciales. Mientras debe darse, por ejemplo, toda la extensión a la Anatomía visceral con vistas a su función y a sus vías de exploración y hasta de acceso quirúrgico, debe desterrarse por completo la enumeración de las ramas de la arteria maxilar interna o la descripción de todos los accidentes del hueso palatino, o de las carillas articulares de los metatarsianos. Para el estudio de la Anatomía servirá no sólo el cadáver fresco; y las piezas artificiales o los esquemas fijos y cinematográficos, para todo lo que no pueda estudiarse detalladamente en el cadáver (ejemplo, ciertos capítulos del sistema nervioso central, sistema linfático, etc.).

2.º El estudio del hombre vivo y normal debe constituir un aspecto importantísimo de la Anatomía, hasta ahora casi desconocido. Ejemplo: la topografía toraco-cardíaca o toraco-pulmonar debe ser cuidadosamente estudiada en el vivo, aplicando a él todos los medios físicos de exploración que hasta ahora se consideraban privativos de las materias clínicas. Es en el curso de Anatomía en donde el alumno debe aprender a dibujar un área cardíaca o identificar los tonos cardíacos. Lo mismo diremos de la macidez hepática o de la identificación de las vértebras a través de la palpación de sus apófisis espinosas. Igualmente debe enseñarse en la Anatomía la identificación de los accidentes anatómicos explorables en una articulación de la cadera, relaciones geométricas del trocanter con la cresta ilíaca o con el pubis, modificación de sus

relaciones según las distintas posiciones de la articulación. La mayoría de las articulaciones de las extremidades han de ser exploradas anatómicamente en el vivo normal, junto con sus movimientos. Lo mismo ocurre con la exploración de los distintos accidentes anatómicos de la mano o del pie, tan útil en la clínica quirúrgica. Se comprende que los estudios anatómicos en el vivo normal constituirían, si se realizasen sistemáticamente, un ramo importantísimo de la Anatomía y cuya utilidad sería inmensa.

En Manchester es quizás donde se ha llegado a lo que más se aproxima a estas ideas, estableciendo una estrecha colaboración entre los anatómicos, los clínicos y los fisiológicos.

3.º *La Anatomía radiológica.*—Es otro capítulo importantísimo y muy extenso de la moderna Anatomía. Es en él en donde el alumno debe aprender a conocer los accidentes de los huesos y sus diferencias según las edades. Asimismo debe conocer las imágenes radiológicas indirectas de los distintos órganos (aparato digestivo, aparato urinario, neumografías, etc.).

Como puede verse, se trata de romper los viejos moldes para establecer la enseñanza de una "Anatomía funcional" en la que se estudia, "ni más ni menos", que lo que tenga utilidad para el estudio de la Fisiología y para la clínica.

Se comprende que no aboguemos por el acortamiento de sus cursos, pues si bien es cierto que con este nuevo carácter se descarga el alumno de más de la mitad de los datos anatómicos que hasta ahora debía aprender y retener, en cambio abrimos horizontes extensísimos que obligan, más que a una gran adquisición de conocimientos, a un profundo aprendizaje de exploración y de interpretación.

ESTUDIOS FISIOLÓGICOS

Hemos dicho en páginas anteriores que la Fisiología es el núcleo de los estudios de la Medicina. Hasta hace poco se pasaba de la disección en el cadáver a la exploración del enfermo, sin la menor visión del hombre normal, porque la enseñanza de la Fisiología consistía en una serie de conferencias teóricas. Actualmente nadie duda de que sólo un estudio profundo del organismo normal nos permite luego estudiar la enfermedad en función de la salud y dar a toda la Medicina el sentido que debe tener, permitiendo un amplio desarrollo de la Medicina preventiva, cuya importancia será cada vez mayor. A tal punto ha ganado terreno este carácter fisiológico de la Medicina, que a la sólida formación fisiológica de todo médico general o es-

pecialista debe supeditarse la organización total de la enseñanza de la Medicina. La intensidad y extensión de las demás materias del período básico deben subordinarse a lo que faciliten el estudio de la función, como acabamos de ver a propósito de la Anatomía. En el terreno clínico, la táctica del especialista, como la del profesor, así como la del médico general, ha de ser siempre una actuación impregnada de un profundo sentido fisiológico.

Así vemos cómo se han convertido en ramas de la Fisiología materias que antes se consideraban con tanta personalidad como ella. Ejemplo de esto es la Farmacología. La Patología general, una vez segregada de ella la Semiología, queda reducida casi al estudio de la función alterada, de donde el nombre de Fisiopatología. Y en cuanto a la Fisiología propiamente dicha, hace pocos años era preferentemente el estudio descriptivo de las funciones de cada órgano u aparato. La Bioquímica, formando parte de ella, era encomendada muchas veces a un asistente del profesor de Fisiología. Hoy ha adquirido en algunas Universidades plena personalidad, como ocurre en la Universidad de Barcelona. Y si el estudio de la Fisiología fué hasta hace poco la aplicación de los métodos biológicos, físicos y químicos al estudio de los mecanismos humorales, circulatorios, nerviosos, etc., de nuestro cuerpo, hoy consiste también en la aplicación de los mismos métodos al estudio de la vida celular. Por todo esto ha sido necesario dividir los estudios fisiológicos propiamente dichos en tres entidades de marcada personalidad: Bioquímica, Fisiología general y Fisiología especial o humana. Aun cuando ha de ser esta última la que tenga una aplicación más directa a la clínica, se vislumbra una utilidad creciente de las dos primeras, no sólo para el conocimiento perfecto de la Fisiología especial, sino también por sus aplicaciones clínicas.

Sin entrar ahora en los métodos de enseñanza, de que hablaremos más tarde, nos interesa remarcar la utilidad de ilustrar el estudio de muchas funciones para su mejor comprensión con la visión de su estado anormal. Así se practica desde hace algunos años en Cambridge. La contemplación de un acromegálico o de un cretino tiene un interés de primer orden para que el principiante comprenda mejor la función hipofisaria o tiroidea. El espectáculo de un cardíaco anarsacado impresiona vivamente al alumno que estudia la mecánica circulatoria. No es que creamos que el fisiólogo deba tener un servicio clínico, pero debe poder disponer de todos los enfermos de las clínicas y de los consultorios para poder escoger los casos clínicos más representativos.

FARMACOLOGÍA

Ninguna otra disciplina está destinada a sufrir un cambio más profundo en nuestro país, tanto en su contenido como en los métodos de su enseñanza. Hasta hace veinticinco años era la Farmacología en todo el mundo lo que aún es en algunas Universidades europeas y oficialmente en nuestro país. La Terapéutica y el arte de recetar consistían en la enumeración interminable de medicamentos, cuyo aspecto, origen, forma de obtención y virtudes curativas, fundadas en el mejor de los casos en ligeras observaciones clínicas y en otras en el empirismo y hasta en la leyenda, obligaban a un esfuerzo memorístico en el cual la lógica y la experiencia rigurosa faltaban por completo. Añádase a esto que se cursaba la materia en el período básico, y el profesor que la enseñaba, para darle un sentido práctico, insistía en las indicaciones clínicas cuando el alumno no conocía aún ninguna enfermedad. Se comprenderá que la "Terapéutica y el Arte de recetar" constituía y constituye aún en muchas Universidades una especie de cuerpo extraño en medio de unos estudios a los que se aplica desde antiguo un mínimo de rigor científico y de disciplina mental. La Terapéutica venía a ser una especie de curso de empirismo, y en algunos casos llegaba a parecer de charlatanismo. Hace unos veinticinco años empezaron algunas Universidades alemanas y otras escuelas norteamericanas a estudiar experimentalmente la acción de algunos medicamentos como método de enseñanza para llegar pronto al descubrimiento de nuevos agentes terapéuticos que tienen ahora un interés enorme. El farmacólogo es actualmente un fisiólogo y un químico que trabaja en colaboración, para sus investigaciones, con el clínico. La Física tiene también hoy una íntima relación con la Farmacología.

Se comprende, pues, que hoy esta enseñanza consista esencialmente en Farmacología experimental y Toxicología. Y que en cambio la llamada "materia médica" y el "arte de recetar" hayan quedado reducidas a su mínima expresión. En efecto, aquellos medicamentos que no son estudiados y conocidos en el terreno experimental, y sí sólo por la tradición clínica, cada vez quedan más limitados en su empleo. Los años de la clínica servirán para que complete, de los pocos aprovechables, una suficiente noticia. Asimismo, al arte misterioso de recetar, en el sentido de mezclar en una fórmula compleja cinco, seis o más medicamentos, va perdiendo interés. Las normas actuales para las prescripciones deben aprenderse en el transcurso de la clínica médica.

La enseñanza de la Farmacología se realiza de una manera lógica en muy pocos centros docentes. Son las Universidades alemanas las que la realizan con mayor amplitud y eficacia. En casi todas ellas se han establecido laboratorios o institutos de particular importancia a los de Fisiología. La enseñanza se realiza mediante las "demonstraciones experimentales", delante de todos los alumnos, y luego los trabajos prácticos de aquéllos por pequeños grupos. Es imposible que estudien personalmente todos los medicamentos; pero aprenden el método experimental y adquieren un criterio de rigor y austeridad en la actuación terapéutica que conservarán para siempre en su vida clínica. Se junta a todo esto unas pocas sesiones de visita a la farmacia del hospital para conocer prácticamente las formas de administración, y algunas Universidades conservan aún, como recurso secundario, las sesiones prácticas de materia farmacéutica, que constituía antes toda la base de la enseñanza práctica de la Terapéutica. En muchas Universidades se han desterrado por completo. En algunas escuelas norteamericanas se llega a encargar al alumno, debidamente dirigido y vigilado, algún problema secundario de investigación inédito. El aspecto clínico no puede ser cultivado aún en esta época por el alumno no iniciado en la patología. El profesor Hernando, uno de los más entusiastas partidarios de que la Terapéutica se convierta en Farmacología experimental en nuestro país, es partidario de que la clínica que se ofrezca a los alumnos se reduzca a hacer probar a ellos mismos la acción de ciertos medicamentos (atropina, pilocarpina, nitrito de amilo, etc.).

En la Universidad de Barcelona hemos procurado dar a la Farmacología el aspecto moderno, encargando su enseñanza a un eminente fisiólogo. Hemos tenido que chocar con la hostilidad de muchos elementos, que añoran volver a la Terapéutica de las fórmulas magistrales y que desean como profesor de esta materia a un "médico general", a ser posible que tenga también el título de farmacéutico y que pueda aportar su experiencia profesional para darle a la enseñanza un "marcado sabor práctico". No hemos de insistir en el empeño que creemos necesario desplegar para arrinconar para siempre estas ideas.

FISIOPATOLOGÍA Y MEDICINA EXPERIMENTAL. SEMILOGÍA CLÍNICA

Cuando, a fines del siglo pasado, empezó el desarrollo de la Patología celular, la enseñanza de la llamada hasta entonces Patología general, sufrió serias transformaciones, que no siguieron el mismo rumbo en todos los países.

En Alemania, la recia personalidad de Virchow y de Conheim dió una gran preponderancia al aspecto anatómico de la enfermedad, y aun cuando Virchow había proclamado la necesidad de dividir la Patología general en anatómica y fisiológica, bien pronto la primera se hizo indispensable a la clínica, y su colaboración diaria con ésta le absorbió una gran parte de su atención, en detrimento del aspecto fisiológico y experimental.

Así, aparte del instituto de Patología experimental de Polonia y de las geniales orientaciones fisiológicas que Aschoff ha dado a la Anatomía patológica, puede decirse que en Alemania la antigua Patología general ha quedado reducida a la Anatomía patológica. En cambio, en Dinamarca y en Austria, desde hace cerca de cuarenta años se estudia en todas las Universidades la Patología experimental separada de la Anatomía patológica. En Inglaterra, en general, la Patología ha quedado reducida a la práctica de las autopsias y a la Anatomía patológica microscópica indispensable a la clínica. En Francia se estudia la Anatomía patológica, por un lado, en la Facultad, y por otro, se cursa la Patología experimental y comparada, pero dando paradójicamente a esta enseñanza un carácter casi exclusivamente clínico. Primitivamente, los estudios de la Patología general comprendían también la Semiología clínica y de laboratorio. Pero progresivamente fué quedando segregada de ella, unas veces en forma clínica y otras en forma de Química patológica. Así ha ocurrido en Alemania, en Bélgica, en el Canadá, en los Estados Unidos y en Italia. En cambio, otros países estudian la Semiología al entrar en la Patología médica y quirúrgica (ejemplo: Dinamarca, Inglaterra, Hungría, Japón, Noruega, Holanda y Suecia). En Francia, como en España, la Semiología ha sido estudiada hasta hoy dentro de la Patología general.

Hemos insistido en estos datos para dar a comprender la falta de coincidencia en los criterios que dominan sobre estos estudios y la necesidad de que en nuestro país procuremos dar a todo esto una orientación lógica y eficaz. No es que deseemos la unificación de criterios. Estos estudios constituyen una encrucijada en la carrera de Medicina, y se comprende que haya grandes diferencias según las tradiciones y escuelas de cada país. Probablemente es saludable que así ocurra. Pero por lo que respecta a España, creemos necesario establecer definitivamente unas normas que modifiquen el estado actual de las cosas, a nuestro modo de ver muy defectuosas. La segregación de la Anatomía patológica nos parece digna de mantenerse, y no sería posible fusionarla hoy por la especial formación de los hombres que a ella se dedican.

En cambio, ha persistido hasta hoy la Semiología dentro de la Patología general, y esto nos parece un grave error.

La Patología general, que, separada de la Anatomía patológica, es esencialmente el estudio de las funciones alteradas, aparte de unos principios generales de Etiología, requiere un profesor de formación experimental, y al mismo tiempo, para las conferencias teóricas, un hombre de temperamento sintético, con capacidad para resumir capítulos vastísimos y con una cultura que abarque igualmente desde la Fisiología especial, eje de esta enseñanza, a la Patología médica, la Inmunología, la Herencia, la Fisiopatología celular, etc. Es, sin duda, el profesor de la Facultad de Medicina que necesita estar dotado de un mayor sentido filosófico.

La Semiología, en cambio, requiere condiciones muy distintas en quien la profese. Su preocupación esencial ha de consistir en la detallada observación clínica y debe tener la paciencia necesaria para hacer observar personalmente a cada alumno los síntomas clásicos de la clínica. Para que esto sea una realidad, necesita desplegar una gran actividad organizadora para que sus colaboradores, y él personalmente, vayan haciendo esta labor de aprendizaje en la clínica y en el laboratorio. Su finalidad ha de ser que los alumnos lleguen a las clínicas médica y quirúrgica poseyendo los instrumentos de exploración y capacitados para una discreta interpretación de los síntomas. Se comprende la imposibilidad de reunir en una misma persona condiciones tan distintas, casi podríamos decir contrapuestas.

Es por esto que proponemos, como se ha hecho en Barcelona, la creación de la "Fisiopatología" (estudio básico de la Etiología morbosa y de las funciones alteradas y de sus derivaciones sintomáticas) y de la "Semiología clínica" (técnicas exploradoras de la clínica y del laboratorio, clínica de síntomas).

PERÍODO CLÍNICO

He aquí el plan de estudios de este período tal como creemos podría proponerlo la Universidad a sus alumnos:

Año cuarto. Patología y clínica médicas, Patología y clínica quirúrgica, Obstetricia y Sifiliografía y Dermatología.

Año quinto. Patología y clínica médicas, Patología y clínica quirúrgica, Higiene y Sanidad, Ginecología y Obtetricia.

Año sexto. Patología y clínica médicas, Patología y clínica quirúrgica, Psiquiatría, Medicina le-

gal, Otorrinolaringología y Especialidad nueva (12).

El eje de los estudios de este período clínico debe ser la clínica médica, que contiene la mayor cantidad de capítulos necesarios al médico general. La clínica quirúrgica le sigue en importancia, pero a bastante distancia. Conviene no recargar al alumno de esta disciplina de datos y técnicas propios del cirujano especializado.

ENSEÑANZA DE LAS ESPECIALIDADES EN EL PERÍODO DE LICENCIATURA

La especialización sigue una marcha progresiva. Cada rama requiere una mayor atención, porque el conquistar nuevos métodos de exploración y de terapéutica se hace más difícil y profundo el cultivo de una especialidad. Y así resulta que van apareciendo nuevas materias que la realidad impone, porque el dominio de sus técnicas constituye la vida de un hombre que ya no puede dedicarse a otras actividades. Esto, que es un espectáculo maravilloso bajo el aspecto de progreso humano y de eficaz ayuda al enfermo, obliga, en cambio, a una gran serenidad cuando se trata de organizar la educación médica.

Si la Facultad de Medicina ha de ser una institución universitaria y no una simple escuela profesional, está obligada a recoger todas las innovaciones respetables y a atraer hacia sí a todos los focos de investigación positiva. Sería imperdonable que la Universidad contemplara pasiva la creación, el desarrollo de una especialidad, sin incorporarla a su vida, con la triste excusa de que no figura en el cuadro oficial de sus enseñanzas. Esto ha hecho hasta ahora la Universidad de nuestro país, porque, entre otras razones, no tenía la iniciativa ni la responsabilidad de sus propias cosas. Pero la Universidad que debemos deseiar y conseguir está obligada a incorporar a sus actividades todo aquello que constituya un conjunto de conocimientos o una realidad clínica o científica pura y un hombre capacitado para desarrollarlos y formar escuela. Pero hay que andar con mucho cuidado en esto y no deformar las cosas. Toda especialidad creada y debi-

(12) La Facultad creará todas aquellas especialidades que crea necesarias o convenientes, condicionándolo a la posibilidad de contar con los profesores adecuados. De estas especialidades se darán enseñanzas superiores para la formación de los especialistas, pero además se profesará un curso elemental de ellas, para los alumnos del período de licenciatura que quieran cursarlas. Cada alumno escogerá dos de ellas.

En la Universidad autónoma de Barcelona se han creado las siguientes especialidades nuevas: Terapéutica física, Terapéutica quirúrgica, Tisiología, Neurología, Urología y Enfermedades de la nutrición.

damente dotada servirá para realizar en ella la investigación y los cursos superiores y monográficos correspondientes. Pero sería imperdonable que la Universidad obligara a sus alumnos, futuros médicos, a seguir los cursos de todas las especialidades que hubiere creado. La capacidad de asimilación de los alumnos tiene un límite, y si se les obligaba a cursar muchas especialidades agravaríamos el defecto actual expresado de Tandler (13), al decir que "hoy los alumnos aprenden muchas cosas, pero luego no saben nada".

No sólo no debemos hacer esto con las especialidades que vayan creándose, sino que urge rectificar el camino seguido hasta hoy con los que están en los planes de estudios como especialidades obligatorias (Oftalmología, Ginecología, Dermatología, Otorrinolaringología). Hasta hoy se les dió una extensión excesiva en las Universidades de nuestro país. Es grotesco que se le exija a un futuro médico general una serie de conocimientos de la refracción, o los métodos de tratamiento de la cata-rata o de corrección de estrabismo. Que se nos señale un solo médico general, entre diez mil, capaz de utilizar estos conocimientos y rectificaremos nuestra opinión. El futuro médico general debe aprender de cada especialidad aquello que tendrá que resolver con carácter de urgencia, o aquellos problemas más elementales que le permitan encontrar sus relaciones con otras enfermedades o aconsejar al enfermo a dónde debe dirigirse para cursar su enfermedad.

Las especialidades deben enseñarse en cursos muy cortos, pero intensamente prácticos, y el alumno no debe ser sometido a pruebas teóricas sobre ellas, sino demostrar que sabe moverse dentro de los problemas prácticos que tendrá que resolver después. El profesor de una especialidad desarrollará, pues, todos los años, un curso muy corto y elemental para los futuros médicos. Pero debe, en cambio, mantener la organización de su servicio clínico todo el año, y durante el restante tiempo debe dedicarse a la investigación y a profesar los cursos para especialistas y las monográficas que crea interesantes. Lo que urge terminar es la inflación grotesca actual, que no hace más que perturbar la normal formación del estudiante.

Y aquí debemos señalar que esta reforma ha de chocar con una enorme resistencia procedente de los profesores de las especialidades, entre los cuales hay muy pocos predisuestos a recoger estas razones con agrado. Nosotros hemos podido comprobarlo en el ensayo de la Universidad de Barcelona. Se nos ha acusado de haber establecido dos

categorías de profesores y de enseñanzas. Sin embargo, es de esperar que muy pronto han de rendirse al buen sentido y a la lógica.

Nosotros nos atrevemos a proponer, en cambio, un régimen mixto para las especialidades recientemente creadas y que vayan creándose, a las que llamamos "Especialidades nuevas". Mientras la experiencia no demuestre lo contrario para alguna de ellas, no pueden considerarse como indispensables para el futuro médico, pues, en general, son capítulos segregados de materias más amplias que los alumnos ya han cursado. Sin embargo, proponemos (como se ha hecho en la Universidad de Barcelona) que todos los años se dé un curso elemental de ellas para los futuros médicos. Cada alumno escogerá dos de ellas en el sexto año de escolaridad, terminadas ya las otras materias. Esto pretende iniciar en el alumno, ya casi médico, el estímulo de los estudios algo más profundos que los que cursó hasta entonces, y en cierto modo darle la suficiente orientación para una posible especialización futura. De ninguna manera han de servirle estos cursos para considerarse especialista al recibir el título de médico.

Según este criterio, podemos dividir las especialidades en "especialidades obligatorias" y "especialidades nuevas", entre las cuales deberá el alumno escoger inmediatamente antes de finalizar los estudios de la licenciatura (14).

Entre las "especialidades obligatorias" proponemos incluir la Psiquiatría, hasta ahora estudiada muy someramente, unas veces dentro de la clínica médica, y otras, con carácter absolutamente teórico, dentro de la Medicina legal. La Universidad autónoma de Barcelona, y luego la de Madrid, la han incorporado ya al cuadro de materias obligatorias.

En cambio, la Terapéutica quirúrgica figura en la Universidad de Barcelona entre las "especialidades nuevas", no porque lo sea, sino porque ha sido separada del cuadro de las especialidades

(14) Nuestra posición aquí es disinta de la que rige actualmente en la Universidad de Barcelona. En este centro, cuando los alumnos han cursado todas las demás materias del período de licenciatura, escogen una de las "especialidades nuevas" y luego un curso de "ampliación" de una de las especialidades ya cursadas, entendiendo como tales, a estos efectos, cualquiera de las materias cursadas en el período clínico, excepto las clínicas práctica y quirúrgica. Nuestra experiencia de estos dos años nos aconseja rectificar y prescindir de estos cursos de ampliación, ya que no pueden ser bastante intensos para que sean aprovechados para los futuros especialistas, ni han de servirles a los futuros médicos generales para una orientación muy superior a la que recibieron en el curso elemental. Por esto preferimos proponer que el alumno escoja dos especialidades, en lugar de una.

obligatorias por creer que es más lógico que sea así, ya que las nociones terapéuticas de la Cirugía indispensables al médico general se estudian en la clínica quirúrgica. Por las mismas razones, pero con un criterio más radical, se ha suprimido del último año de escolaridad la Terapéutica clínica, por creer que una buena enseñanza de clínica médica esta materia no tiene razón de existir.

Obstetricia. — Junto con la Pediatría, la Higiene y la Medicina legal, constituye un grupo de materias que si bien profesionalmente son especialidades bien acusadas, en cambio sus principios deben ser conocidos del médico general, por ser tan necesarios como los de la clínica médica o quirúrgica. La diferencia reside sólo en el grado de profundidad y de detalle a que debe llegarse.

El curso de Obstetricia del período de licenciatura, si bien debe dejar para el especialista una porción de técnicas, tiene un contenido bastante extenso que debe ser perfectamente conocido del médico general, y sobre todo el alumno ha de haberse formado prácticamente en él. Por esto proponemos que, aparte del curso regular, cuyo contenido quizás no debe ser excesivo, debe obligarse a todos los alumnos, por grupos de dos o tres, a presentar y a asistir un número de partos que no debería ser inferior a seis, y a presentar las historias correspondientes con el mayor detalle. Es evidente que durante los cuatro o cinco meses que dure el curso de Obstetricia no podrán ver este número de partos todos los alumnos. Pero a los efectos de esta asistencia deberían habilitarse todos los servicios de Obstetricia de la población en donde esté la Universidad (Maternidades, clínicas obstétricas de otros hospitales, etc.), y debería obligarse al alumno a cumplir esta asistencia durante el tiempo necesario del período clínico, desde que empieza a cursar la Obstetricia hasta que ha satisfecho la total escolaridad.

Pediatría. — Se trata de otra especialidad en la cual hay un contenido de cuestiones fundamentales que el médico general debe conocer perfectamente. A ellas debe dedicarse exclusivamente la enseñanza de este curso para los futuros médicos. Es por esto que debe contener estrictamente las enfermedades de la primera infancia y los procesos internos de los niños mayores serán estudiados en la clínica médica. En cuanto a los procesos quirúrgicos de la infancia, o serán estudiados también en la clínica quirúrgica o constituyen cuestiones muy especializadas que pueden ser objeto de cursos superiores, pero no de una enseñanza elemental en este período. La Puericultura debe ser objeto de una atención especial por su interés social, y puede ser una de las "especialidades nuevas" a

crear en la mayoría de las Facultades de Medicina. Téngase en cuenta que aquéllas variarán en cada centro según las posibilidades del momento en material y en hombres.

Higiene y Sanidad. — No hemos de insistir aquí en lo dicho al comenzar este trabajo sobre la necesidad de orientar al futuro médico en el cultivo de la salud tanto como en la curación de las enfermedades, para lo cual no basta una actuación de profilaxia individual, sino que es necesario engranar las actividades de la profesión médica con las organizaciones de la Sanidad pública. Hay que preparar, pues, el espíritu del futuro médico para actuar eficazmente dentro de la "Medicina preventiva" y de la "Medicina social". Es cierto que para conseguir esto hay que empezar por dar en el período básico una gran importancia, como hemos visto, al estudio del hombre sano. Es cierto también que este criterio profiláctico se ha de adquirir e infiltrar en cada momento al estudiar las distintas materias del período clínico. Pero no es menos cierto que la enseñanza de la Higiene tiene ahora un interés superior al que pudiera tener hasta hoy. Claro es que para que un médico pueda ejercer la mayoría de las funciones de la Medicina social, necesita especializarse antes en cualquiera de las ramas de la Medicina "organizada"; pero la Universidad moderna debe preparar a los futuros médicos iniciándoles en los estudios de la Sanidad pública, infiltrándoles intensamente los principios de la Profilaxia de las enfermedades infecciosas, enseñándoles las normas actuales de la Higiene privada y ejercitándoles en la Bacteriología aplicada a la Higiene.

La enseñanza de esta materia no puede limitarse al material pedagógico contenido en el edificio universitario. Es necesario realizar visitas a las distintas instalaciones sanitarias de la Administración pública, ilustrándolas con las conferencias y las demostraciones prácticas necesarias.

Deben constituir objeto de los trabajos prácticos de esta materia también la asistencia de los alumnos por pequeños grupos, a las instituciones de asistencia social preferentemente profilácticas (lucha antituberculosa, antivenérea, protección a la maternidad o a la infancia, etc.), y la obligación, por parte de los alumnos, de redactar informes y memorias sobre las cuestiones vistas. A medida que la Administración pública desarrolle su actuación, tan precaria hasta ahora en nuestro país, es posible y deseable que no puedan conocerse estas instituciones durante el tiempo que dure el curso de la Higiene y Sanidad. Para entonces creemos oportuno proponer que las visitas a las instituciones de asistencia social se dejen para realizarlas du-

rante el "año práctico", si se ha implantado ya, como se propone más adelante.

Medicina legal. — A esta materia se le ha dado hasta ahora una extensión desmesurada y un carácter excesivamente teórico. Por razones no muy bien defendibles, se ha creído hasta hace poco que era en ella donde debía estudiarse la Psiquiatría. No con menos fundamento podía considerarse el profesor de Medicina legal maestro en Traumatología. No negamos la necesidad de que el médico forense conozca profundamente la Psiquiatría, pero sus conocimientos han de servirle para aplicarlos a la Medicina legal, como los conocimientos de la Química han de servirle al fisiólogo para sus actividades propias. Lo que no puede admitirse es que el médico legista, sin servicio clínico alguno de Psiquiatría, sea quien enseñe esta materia, fundado en su necesidad frecuente de emitir informes forenses sobre enfermos mentales. Por otra parte, la Psiquiatría aplicada a la Medicina legal, que es lo que realmente debe enseñar el profesor de Medicina legal, no debe cursarse para la formación de los médicos generales. La Toxicología, estudiada en un terreno científico puro en Farmacología, es también, al aplicarla a la Medicina legal, materia de estudios superiores. Jamás podrá un médico general enfrentarse con un problema de Toxicología forense por sencillo que sea. Debe, pues, darse solamente a los futuros médicos una iniciación levísima a estos estudios. En realidad, el contenido fundamental de esta materia para los futuros médicos debe ser el estudio de los deberes y atribuciones de los médicos ante la sociedad, ligeras nociones de Medicina forense y conocimiento de la legislación vigente y organización referentes a la Medicina social y a las instituciones de previsión relacionadas con la Medicina.

En el terreno práctico deben también asistir y ayudar los alumnos a la realización de varias autopsias forenses.

La cátedra de Medicina legal debe ser, en realidad, un Instituto de alta escuela de los médicos forenses, para lo cual debe contar con la dirección y organización del servicio de autopsias judiciales y con los laboratorios necesarios para resolver los problemas difíciles de la Toxicología y de otros aspectos forenses. Debe ser el centro de investigación en estas cuestiones, que sólo es posible en una institución que tenga monopolizados el material práctico y las atribuciones legales indispensables. Nada de esto ha podido ser hasta hoy la cátedra de Medicina legal, y en cambio, ha sido en muchas Facultades verdadero potro de tortura de las mentes estudiantiles, obligados a hacer angustiosos esfuerzos memorísticos sobre cuestiones que luego

de nada han de servirles en su vida profesional. No hay que culpar de ello a los profesores, sino a la excesiva extensión de sus cursos y a la equivocada orientación que se les dió en nuestro país.

MÉTODOS DE ENSEÑANZA

Abraham Flexner ha dicho: "La Medicina se aprende, pero no se enseña" (15) Nosotros creamos que cuanto se haga en la reforma de estos estudios debe partir de este principio. El médico, desde que se inició en sus primeras materias, hasta que termina su vida profesional, es siempre un esforzado autodidacta, que tiene que ganar en cada momento difíciles batallas contra la enfermedad que se ha instalado o que amenaza. Y en estas batallas juegan siempre factores que en el mejor de los casos, serán semejantes a otros, pero nunca idénticos. El médico encontrará su enemigo unas veces en las dificultades de la exploración; otras, en la imposibilidad de la interpretación de ciertos síntomas, y otras, en la casualidad o en la coexistencia de procesos diversos que se enmarcarán mutuamente. Y cada actuación del médico obligará, poco o mucho, a una cierta improvisación. Con ser muchos los conocimientos que necesita almacenar el médico, de ninguna otra actividad intelectual humana se puede decir, como de la profesión médica, que la información es bien poca cosa al lado de la educación o formación, que es casi todo. Así se comprende el nulo valor de una enseñanza que consiste en que un profesor "explique", lección por lección, a un alumno el programa que debería ser sólo cuestionario para las pruebas. El fetichismo de "la lección explicada en clase" y los ejercicios memorísticos en el momento de las pruebas, con desprecio absoluto de la investigación de la aptitud de interpretación, de iniciativa y de sentido de realidad del alumno, son los dos indicios más certeiros de un sistema de enseñanza ineficaz y aun perjudicial. Es por esto que al trazar el plan de estudios que proponemos carecería de todo sentido si no dedicáramos unas consideraciones a cómo debe desarrollarse la enseñanza, aunque sea brevemente.

Por ser la parte más representativa, nos fijaremos en la enseñanza clínica, ya que no podemos hacer un estudio profundo de la cuestión por motivos de espacio.

(15) Abraham Flexner, *Medical Education in Europe*, edit. the Carnegie Foundation for the Advencement, of Teading. Bull. VI, 1912.

El mismo autor: "La formation du Médecin en Europe et aux Etats Unis"; edit. Masson et Cie., 1927.

Podríamos resumir los métodos de enseñanza clínica que se utilizan en todo el mundo en lo siguiente:

En los países que se han preocupado de estas cuestiones, los sistemas consisten en distintos máximos de estos dos sistemas extremos: el método de la gran "demostración clínica", cultivado en Alemania, y el del "aprendizaje", empleado en Inglaterra.

En Alemania, la enseñanza clínica consiste esencialmente en un espectáculo que se da en un gran anfiteatro. Los alumnos del primer semestre (tomando como ejemplo la enseñanza de la clínica médica) son los espectadores (*Auskultant*). Dos o tres alumnos de semestres más avanzados (*Praktikanten*) han estudiado el caso antes de la clase. Uno de ellos hace una exposición ante el profesor, quien le interroga e invita a los otros dos alumnos a objetarle. El profesor encauza la discusión, y, al final, la resume, dando siempre a su disertación un cariz fundamental, suscitando problemas básicos, fisiológicos, anatómicos y de relación con otras materias, incluso con la Historia de la Medicina. Así, por sesiones de hora y media, el alumno asiste a varias de ellas diariamente. En realidad, mientras cursa los estudios sistemáticos, el estudiante puede dedicar poco tiempo a la asistencia a la clínica. Se procura, sin embargo, la visita uno o dos días por semana a los consultorios. También se ha creado la residencia por grupos de dos a tres alumnos en los sanatorios antituberculosos. Hay también la categoría de "Farmulatur" entre los alemanes. Es voluntaria y de plazas limitadas, correspondiente, en cierto modo, al internado de otros países. En Berlín, la proporción de alumnos que alcanzan esta categoría no pasa de un 20 por 100. En Universidades más pequeñas la proporción es mayor. Una vez terminados los estudios de licenciatura hay que cumplir el "año práctico", que rige desde 1901. Es obligatorio. En realidad, este internado se prolonga hoy a tres años por las exigencias de las Cajas de Seguros de enfermedad, como hemos consignado antes.

El tipo de enseñanza por la "demostración clínica" con auditorio numeroso como medio único de enseñanza clínica tiene los siguientes inconvenientes: la mayoría de los alumnos presencian todo desde lejos. No pueden seguir el curso de la enfermedad. Para poder presentar los enfermos más interesantes se necesitan unos servicios clínicos numerosísimos (200 ó 250 camas). En parte, queda compensado todo esto por el período práctico obligatorio una vez terminados los estudios.

En Inglaterra se practica el método del "apren-

dizaje". El alumno, al llegar el período clínico, ingresa ya en los servicios hospitalarios, en donde permanece durante tres años y medio, de los cuales, seis meses en una clínica médica (tres meses en la enfermería y otros tres en el consultorio), y luego pasa por distintos servicios. Se adjuntan a los servicios de los hospitales-escuelas por grupos de cinco a diez alumnos. En general, son servicios de pocas camas (40 ó 60) y de escaso personal médico (el jefe y tres o cuatro asistentes). Los alumnos acompañan al profesor, redactan las historias clínicas, asisten a las operaciones y a las autopsias y dialogan con los médicos. En general, reciben una educación muy práctica, pero quizás, a veces, poco científica y elevada. La asistencia diaria a los servicios clínicos varían desde cuatro horas (College de la U., de Londres) a siete horas (Gu'ys Hospital).

Al terminar los estudios, una mitad aproximada de los alumnos cumple un internado de seis meses. Actualmente, las "unidades clínicas", al establecer en los laboratorios de Anatomía patológica, de Bacteriología, de Fisiología, su conexión con las clínicas, han elevado extraordinariamente el nivel científico de la enseñanza clínica.

En Francia se practica un sistema mixto, en el cual, aparte de las conferencias técnicas y clínicas que dan los profesores, hay el sistema de "stage" en los servicios hospitalarios desde el comienzo de la carrera. En París, por ejemplo, hay un contrato entre la Facultad y los hospitales de l'Assistance Publique. La Facultad se reserva veintidós servicios para su profesorado clínico. Están repartidos por los distintos hospitales. Pero todos los servicios hospitalarios están obligados a tener sus "stagiaires". En cada servicio acostumbra a haber seis u ocho de ellos. Acompañan por las mañanas al jefe del servicio en la visita y redactan historias. Entre ellos, desde el segundo año, se celebran concursos para pasar a la categoría de "externos", que tienen ya más atribuciones. El número de estas plazas es de un 30 por 100 del total de los alumnos. Al cabo de un año los externos pueden concurrir a otro concurso para conseguir el cargo de "interno". Los internos tienen ya funciones de responsabilidad dentro de cada servicio clínico. De ellos saldrán los profesores de mañana, los médicos de hospitales y los especialistas más distinguidos. Las enseñanzas teóricas se dan por la tarde, así como las del período propedéutico. Inconvenientes principales: el poco interés de algunos médicos de hospital por sus "stagiaires", quienes deben recibir "lecciones de cosas" al comienzo y luego conferencias clínicas; pero en la realidad, a veces, éstas son nominales, y otras se dan con miras

a los médicos y especialistas que asisten al servicio y no con miras al estudiante.

Parece que muy pronto va a establecerse el curso práctico obligatorio en Francia.

El "año práctico" está establecido en Alemania, Suiza, Holanda, Países escandinavos, Estados Unidos e Inglaterra (no completo).

¿Cuál ha sido hasta ahora la enseñanza del período clínico en España? No nos entretendremos en ello, pues es de todos conocido. Los reglamentos indican dos obligaciones pedagógicas: Primera. Conferencias sistemáticas o magistrales de hora y media diaria o alterna (según la longitud de la materia). Aun cuando no es un precepto legal explícito, es tradicional admitir que el profesor está obligado a desarrollar en ellas el "programa de la asignatura". Tan arraigado está este criterio, que en muchos centros se considera que las cuestiones objeto de las pruebas no pueden ser más que aquellas explicadas teóricamente por el profesor. Segunda. La legislación prevé unos trabajos prácticos realizados en horas extraordinarias por grupos de alumnos. Por costumbre y por exigencias de tiempo, estas "prácticas" tienen todo lo más un mes de duración para cada alumno y por cada materia. El estudiante se ve obligado a asistir a tres o cuatro conferencias magistrales diarias y a algunos trabajos prácticos por las tardes. La realidad viene a modificar, sin embargo, lo legislado, a veces empeorándolo, y más frecuentemente, hay que reconocerlo, mejorándolo. El profesor con vocación pedagógica y con competencia científica hace tiempo ha procurado corregir este régimen tan deficiente mediante toda suerte de irregularidades legales. Así, la mayoría ha reducido el número de conferencias magistrales a dos o tres por semana y dedican el resto del tiempo a conferencias clíni-

cas, al consultorio, a la sala de operaciones y autopsias, y en algunas cátedras se llega ya a interesar personalmente al alumno en algún trabajo práctico. Pero no hay que olvidar que el profesor no cuenta más que con hora y media diaria de enseñanza (la costumbre ha reducido casi siempre este tiempo a una hora), y a base de esto es difícil organizar otra cosa que no sea la "conferencia clínica", pues la asistencia a las operaciones y a las autopsias prácticamente es muy incompleta, ya que es materialmente imposible condensar en la hora oficial de la clase estas demostraciones. Además se trata siempre de la actuación personal del profesor ante la masa total de los alumnos. El profesor auxiliar ha sido hasta hoy en España un sustituto del catedrático (ausencias o enfermedades), o todo lo más se encarga de las prácticas. En la realidad, los alumnos ven siempre las cosas en masa y desde lejos. Hay que reconocer que si los profesores se atuyeran estrictamente a lo reglamentario, es más, si no cometieran toda suerte de transgresiones legales, la enseñanza práctica sería en nuestras Facultades una absoluta ficción. Un profesor que explique todo el "programa de la asignatura" desde la tarima de su aula con un carácter puramente teórico, sin presentar un solo enfermo y delegando a un profesor auxiliar para que realice por las tardes, durante diez o doce días, unas demostraciones prácticas más o menos reales, no solamente no puede ser eliminado de la Universidad por inútil y dañino, sino que está, legalmente, en un terreno más firme que el buen profesor (hoy, por fortuna, en mayoría en las Facultades de Medicina) que para dar eficacia a la enseñanza necesita burlar continuamente la absurda reglamentación aún vigente.

(Continuará en el número próximo).

Productos Codorníu y Garriga, S. A.

Espadrados

Tejido graso al bálsamo del Perú

Tejido graso a la cloramina

Laboratorio AMORÓS

Fagocitogen
Bioscardiol
Afexileno

Angel Santacruz Broto

Representaciones farmacéuticas

Cortes de Aragón, núm. 39

Teléfono núm 11-62

ZARAGOZA

Laboratorio LEFA

Sanocolina

Sanocolina cálcica

Neocalcio

Bodegas de Burbano

ZÚMBZ (zumo de uvas
sin fermentar,
concentrado)

LIBROS RECIBIDOS

MANUAL DE BACTERIOLOGÍA PARA ESTUDIANTES Y MÉDICOS, por JOSÉ W. BIGGER, D. M., Ss. D., profesor de Bacteriología de Dublín. Traducido directamente del inglés por el Dr. D. EMILIO ZAPATERO BALLESTEROS. Primera edición. Manuel Marín, editor. Barcelona.

Nos hallamos ante un magnífico tratado de Bacteriología, editado en 4.^o, en rústica, con 84 grabados y cinco láminas en color, en que en XLVI capítulos se exponen todas las cuestiones de la moderna ciencia bacteriológica.

En los XI primeros se detallan todas las minu-

ciosidades técnicas tan necesarias en la práctica y algún tanto no atendidas en otros tratados.

En los capítulos XII al XIX, para nosotros los más importantes de la obra y los más cuidadosamente estudiados, se exponen concisa y claramente todos los factores y particularidades concernientes a la inmunidad y a la anafilaxia e hipersensibilidad.

Y por último, el resto de la obra se refiere a la biología de las bacterias patógenas.

Se trata, pues, de una obra muy cuidada, de gran valor científico y práctico, y cuyo costo, de 20 pesetas, la hace fácilmente asequible a nuestros lectores.

GARCIA BERSABÉ.



Obra nueva de la Editorial M. Marín - Barcelona

Manual de Bacteriología para estudiantes y médicos

Por

JOSÉ W. BIGGER, D. M., Sc. D.

Profesor de Bacteriología de Dublín.

Traducido directamente del inglés por el Doctor

D. EMILIO ZAPATERO BALLESTEROS

Plátano Cereosa

Indiscutible alimento vegetal para niños y adultos.

In-Ovo

Ampollas reconstituyentes de Lecitina e Insulina.

Yodocalcinol Soto

Depurativo. Recalcificador.

Tonikolina Soto

Gran tónico nervioso y debilidad de la cabeza.

Evaline Soto

Medicación antiséptica, desodorizante y astringente. Higiene íntima de la mujer.

Lactoseptol

Fermentos lácticos búlgaros, de excelentes resultados. No se pasan de fecha.

Biorrheno Soto

Elíxir y granular y ampollas de 1 y 2 c. c. simples y con hierro. Reconstituyente general.

Polisalicilatos Piña

Poderoso antirreumático.

Fórmula: Solución al 6,75 por 100 de salicilatos asociados de sodio, potasio y calcio.

Se prepara en elíxir e inyectables.

Para muestras y literatura, dirigirse a D. Francisco Roncalés - Paz, 6, entr.º dcha. - Zaragoza

Fijación de la Cal por la Paratiroides

Parati-Cal

El **Parati-Cal** es la fórmula ideal para el tratamiento de los procesos patológicos dependientes de la falta de cal en el organismo.

El **Parati-Cal** está indicadísimo para desarrollar sus dos efectos: recalcificante y hemostático.

Como **Recalcificante**: en el raquitismo, decalcificaciones del embarazo, osteomalacia, tetania, pretuberculosis y tuberculosis, acondroplasia, osteitis fibrosa..

Como **Hemostático**: hemoptisis, hematemesis, epis-taxis, menorragias y metrorragias.

DOSIS: Como **reconstituyente** y en los adultos, 3 cucharadas diarias; niños, 3 cucharaditas. Como **hemostático**: 6 cucharadas en los adultos y 6 cucharaditas en los niños.

FÓRMULA:

Gluconato de cal	2 grs.
Cloruro de cal	1'50 "
Lactato de cal	1'50 "
Extr. glicérico glándula paratiroides	XVI gotas.
Vehículo, c. s. para.....	100 grs.

Preparado en los Laboratorios

PREM, S. A.

Representante en Zaragoza:

FRANCISCO BERNAD SANCHO - C. del Pilar, 6 y 8, 2º



BOROLUMYL

FORMULA: TARTRATO BÓRICO POTÁSICO, FENIL-ETIL-NA-LONIUREA, CAFEINA, BELLADONA ETC.

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA
HISTERISMO Y OTRAS AFECCIO-NES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE YODUROS BERN-K.Y.NA. Y SIN YODISMO CAFEINADO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento
Científico y Radical de los
VARICES, FLEBITIS
Hemorroides y Atonias
de los vasos por los
GRAJEAS DE

Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENETYC

MADRID

VARI-FLEBOL

FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CI-
TRATO SÓDICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.

INSTITUTO MAGNUS

DIRECTOR: EXCMO. SR. D. JERÓNIMO DURÁN DE COTTES

MADRID:

Calle de Alcalá, n.º 192
Teléfono 57082

LABORATORIOS

BADAJOZ:

Bravo Murillo, n.º 13
Teléfono 403

Tratamiento por vía digestiva de los procesos infectivos y de fermentación intestinal

Enterotifoserum

Suero antiproteásico y antibacilar de los gérmenes patógenos de la flora intestinal (Eberth, Paratifus Coli, Proteus, Enterococo).

Cajas con 5 ampollas de 5 c. c.

INDICACIONES: Córrea infantil, enteritis agudas y sub-agudas, infecciones tíficas y paratíficas.

Polifermentina

Fermentos lácticos en forma líquida y envase original (Kefir, Yougourt, Bacilo láctico, etc.).

INDICACIONES: Enteritis de la infancia y adultos, fermentación intestinal, infecciones intestinales, tíficas y paratíficas, etcétera.

Lactiproteoserum

Asociación de sueros antiproteásicos y antibacilares de los gérmenes patógenos de la flora intestinal, Eberth, Paratifus Coli, con los fermentos lácticos Kefir, Yougourt, Bacilo láctico, etcétera.

Forma en polvo.

INDICACIONES: Córrea infantil, diarrea verde, enteritis, fiebres tifoideas paratifoideas y colibacilares.

Bronconeumo Cottes

Suero pneumo-diftérico, optoquinado, concentrado

Sueros
Vacunas
Opoterápicos

MUESTRAS Y LITERATURA:

EDUARDO CASTILLO

Plaza Salamero, 3 y 4, pral.
ZARAGOZA

LABORATORIO BIOQUÍMICO VITORIA

Aurasa Vitoria

Forma: Elixir.

Solución en simbiosis de las levaduras de vino y cerveza.

Contra las afecciones estafilocócicas.

Aurasa estanoidal

Forma: Comprimidos.

Levadura de cerveza y vino asociadas al estano químico y óxido estannoso.

Contra las afecciones agudas debidas al estafilococo.

Fosfo-hemoglobina Vitoria

Formas: Jarabe e Inyectables de 1 y 2 c. c.

Hierro coloidal, fósforo y arsénico orgánicos. - Medicación dinamo-hematogena. Anti-anémico.

Babermill Liebmalt

BABEURRE EN POLVO

Leche Milfo transformada en leche
ácida con 5 gramos por
1.000 de acidez.



SOPA DE LIEBIG

malteada con leche Milfo y dese-
cada en tres formas:

- LIEBMALT** normal.
- laxante.
- astringente.

Útil en los procesos gastro-intes-
tinales.

Juan Serrallach

Vía Layetana, 15

BARCELONA

NOGUESINA

IRRIGACIONES VAGINALES

FÓRMULA: Biborato de sosa, Sal de Vichy, Clorato de sosa, Benzoato de sosa, Sulfato alumínico potásico: esencia. Una cucharada grande, no con colmo, disuelta en un litro de agua hervida, para una irrigación, pudiendo practicarse dos diarias y a cualquier hora. — De venta en Farmacias y LABORATORIO LOSCOS NOGUES.

SOLICÍTENSE
MUESTRAS A

Laboratorio Loscos Nogués

MORA LA NUEVA
(TARRAGONA)