

Artículo especial

La enseñanza de la pediatría en la licenciatura de Medicina

J. ARDURA FERNÁNDEZ, J.C. SILVA RICO, M.P. ARAGÓN GARCÍA

Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Valladolid

Los Rectores de las Universidades, los Decanos de las Facultades de Medicina y hasta la prensa diaria se esta haciendo eco de la problemática de la enseñanza universitaria, en el contexto del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Algunos informes sitúan a España en el puesto 40 entre 47 países, en lo que respecta a las tareas y planificación para alcanzar la Convergencia Europea en el marco del denominado *Espíritu de Bolonia*.

Las sociedades científicas, en nuestro ámbito, la Asociación Española de Pediatría (AEP), lleva años mostrando su preocupación por la falta o inadecuada distribución de profesionales de la pediatría, lo que da lugar a situaciones de déficit efectivo que ponen en riesgo la calidad de la atención al niño en España. El ejemplo más reciente, ha sido la llamada de atención de la Pediatría de Atención Primaria de la Comunidad de Cataluña.

Tenemos delante de nosotros dos problemas de gran calado: 1) formación universitaria de médicos y 2) formación y necesidades de especialistas en pediatría. Ante esta situación, se pueden plantear algunos interrogantes: ¿cómo es posible que se haya llegado a esta situación?, ¿se han tomado previsiones al respecto?, ¿quiénes son los responsables?

Nos consta que los implicados directamente en ambos problemas, docentes de los centros universitarios y res-

ponsables de sociedades profesionales (AEP), han sido sensibles a la situación y han hecho llegar a responsables de diversos ámbitos de la administración la preocupación sobre lo que podría llegar a ocurrir.

En el año 1992, a propósito de la Feria Internacional, se celebró conjuntamente en Sevilla el XXVIII Congreso Nacional de la AEP y el I Congreso Extraordinario de la Asociación Latino-Americana de Pediatría (ALAPE). Una de las actividades del Programa Científico fue la Mesa Redonda sobre Futuro de la Enseñanza de la Pediatría, muestra del interés por los aspectos previamente comentados. Nuestro grupo participó como panelista con el tema: "Futuro de la Enseñanza de la Pediatría en el Pregrado". El trabajo fue publicado en el Boletín de Pediatría de nuestra Sociedad: *Bol Pediatr* 1992; 33: 193-203.

A la vista del discurrir de los acontecimientos, hemos releído nuestra aportación; y a la vista de su contenido, hemos remitido separatas a la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla-León, al Decano de la Facultad de Medicina, al Presidente de la AEP y al Presidente de la Comisión Nacional de Pediatría. Alguna de estas instancias, ni siquiera nos comunicó acuse de recibo, pero desde otras, han mostrado su sorpresa por la actualidad y vigencia de lo escrito en el año 1992 y nos han propuesto que activemos su difusión a través de una nueva publicación. En esta línea, hemos

Correspondencia: J. Ardura Fernández. Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. C/Ramón y Cajal, 7. Valladolid 47005
Correo electrónico: ardura@ono.com

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

solicitado del Director del Boletín de Pediatría la posibilidad de llevar a cabo esa propuesta, lo que fue aceptado, con la conveniencia de emitir una nota previa en el sentido de las líneas que preceden.

Aquí podríamos glosar la importancia y el valor de las ideas; así como la cuestión del *timing* y la oportunidad de su presentación para su aprovechamiento; o el papel de la prospección y del pensamiento y la planificación hacia futuro por parte de los responsables de las diversas políticas, pero preferimos dejar las interpretaciones al criterio de los lectores.

Para concluir, hacemos alusión al I Congreso Nacional de Estudiantes de Pediatría, Santander, 8-10, Marzo, 2007, en el que aportamos la ponencia "Implicación de los alumnos en su formación", en la línea de nuestro trabajo de 1992. Al hilo de esta problemática, entresacamos algunas ideas de interés:

"... En los últimos 38 años (1969-2007), se han producido pocos cambios en la docencia de los estudios de medicina; a pesar de los planes de estudios habidos. Abocados a la Convergencia Europea, se plantea la necesidad de llevar a cabo adaptaciones en los estudios de Medicina. Dadas las diferencias que se pueden establecer entre las diversas Facultades, de no seguir tales recomendaciones, es muy posible que se pierda una oportunidad de oro y que todos estos problemas persistan en el futuro. Estamos convencidos de que si no se establece un programa oficial que obligue al cumplimiento de un sistema más implicador de la práctica clínica; y que sea el Estado quien asuma la responsabilidad de que los programas sean uniformes en toda España, habremos perdido otra oportunidad más".

Futuro de la enseñanza de la Pediatría en el pregrado

Artículo publicado en Bol Pediatr 1992; 33: 193-203

RESUMEN

Los autores comentan la cronología y aspectos generales sobre la reforma de las enseñanzas para la obtención del título de Licenciado en Medicina. Analizan los factores que pueden determinar cambios de calidad, glosando lo concerniente a la espiral educativa; los apoyos de las nuevas tecnologías con base en la informática; la estrategia de solución de problemas; y el equipamiento bioético. Finalmente, valoran una planificación comparada con países de diferentes entornos socioeconómicos; y comentan la necesidad de planificar las necesidades de profesionales, para evitar las desviaciones pasadas y las que se preven para el futuro.

Palabras clave: Educación; Enseñanza; Pediatría; Pregrado; Profesionales; informática.

factors, as educative spiral; informatic new technologies; problems solving training and bioethics knowledge. Finally, they analyze different plannings and future professional needs.

Key words: Teaching; Education; Health; Pediatrics; Informatics.

INTRODUCCIÓN

En el año 1988, la Secretaría General del Consejo de Universidades, hace públicas las observaciones, sugerencias y propuestas alternativas al Informe Técnico elaborado por la comisión del Grupo de Trabajo número 9, sobre el Título de Licenciado en Medicina y Cirugía ⁽¹⁾.

El marco de referencia es la Reforma de las Enseñanzas Universitarias. Hablar de futuro de la educación pediátrica, obliga a la adopción del mismo marco, pero no de forma exclusiva. Ya que las opiniones que aquí se vierten no tienen condicionantes apriorísticos de ningún tipo.

Quienes tengan interés por documentarse detalladamente, tienen como referencia al propio documento, así como

ABSTRACT

The Authors comment legal changes of spanish undergraduate health education project. They analyze cualitative

las sugerencias aportadas, entre las cuales se encuentra el Informe de la Sección de Educación Pediátrica de la AEP, elaborado bajo la dirección de J. Brines⁽²⁾. Con posterioridad, se llevó a cabo el trabajo de la Ponencia de Reforma de las Enseñanzas Universitarias. Y se hizo público un conjunto normativo, con asignaciones de créditos y plazos para la configuración de los planes de estudio por parte de las Universidades. De forma que tales planes pudieran entrar en vigor a partir del curso 1992-93.

En esta fase del proyecto, coincide la elaboración de esta ponencia a la Mesa Redonda sobre el Futuro de la Educación Pediátrica, con la matización de Enseñanza de Pregrado. No es nuestra intención glosar las posibilidades que permite la normativa legal, pero no podemos, ni debemos eludir sus límites y condicionantes.

Lo que vaya a resultar al final de los trabajos de cada Universidad no puede ser muy diferente (créditos, horarios, porcentajes, materias optativas y obligatorias, etc.), aunque nosotros no podemos preverlo. Tampoco nos parece muy importante porque sustancialmente no va a diferir demasiado de lo que se ha venido haciendo en los últimos años. Entre otras cosas, porque los ejecutores serán los mismos. Y en materia de pedagogía, ya señalaba Guilbert, el maestro de todos los que han querido entenderle y seguirle, que nada hay tan resistente al cambio y la innovación, como esos ejecutores; es decir, todos nosotros.

Por el contrario, sí que nos parece importante una vertiente de menor empaque e importancia legal y administrativa pero de gran trascendencia práctica y real. Nos referimos a la forma de ejecutar los programas, de hacer educación pediátrica, de crear enseñanza con respecto al futuro.

FACTORES PONDERABLES EN EL FUTURO

Bajo este epígrafe resumimos lo que entendemos como apoyos fundamentales para el desarrollo de la educación pediátrica de pregrado en los próximos años.

Método de la espiral educativa

La sistematización del trabajo, la aplicación del método a la labor docente, que ha tenido mayor acogida en el último decenio, ha sido la espiral educativa (objetivos, programa, evaluación, objetivos), reflejada en la Guía Peda-

gógica para el Personal de Salud⁽³⁾. La estructura que en ella se afirma, ha trascendido y adquirido patente social en los últimos años. Asociaciones, empresas, sindicatos, grupos políticos, explican su forma de hacer definiendo objetivos, programas, balances y evaluaciones. Nosotros creemos en la validez de este método como extensión al futuro.

A quien conozca y aplique el método, le parecerá elemental su consideración. Otros, por razones peculiares, muestran interés en restarle crédito. Pero la cuestión estriba en preguntar ahora: ¿cuántos grupos siguen en situación empírica? ¿cuántos grupos usan el método? Entre quienes le conocen: ¿cuántos le ponen en práctica?, ¿es un sistema aceptable y rentable para el estudiante?

Hace ocho años, con ocasión de un diseño piloto, llevamos a cabo la siguiente experiencia. Previo sorteo entre tres grupos del curso, en uno de ellos se desarrolló la enseñanza de un capítulo del programa de forma dirigida.

Previamente se hizo una evaluación formativa de conocimientos con clave anónima de exclusivo conocimiento de cada alumno, que se repitió al concluir la experiencia. Su objeto fue verificar, tanto por el profesor como por los alumnos, la cuantía de los cambios producidos en los conocimientos, hábitos y rutinas de los alumnos. Otro de los grupos sorteados, recibió la enseñanza de forma tradicional, como control de la experiencia.

Partiendo de una relación de objetivos a conseguir por el alumno, se llevó a cabo un programa basado en el trabajo personal previo a la clase sobre bibliografía seleccionada; debatiendo las dudas y dificultades surgidas, en el tiempo previsto para la clásica exposición magistral. Los alumnos planteaban los problemas, aportaban sus propuestas y contrastaban sus conocimientos. El profesor actuaba *in extremis*, bien como moderador, bien aportando o sugiriendo las claves del problema fundamental, si este no afloraba espontáneamente.

Una vez impartido el programa, se repitió la evaluación previa en el grupo experimental, y se recogió en ambos grupos una encuesta anónima sin clave de identificación, cuyos datos se reflejan en la tabla I. Los resultados son claramente favorables en el grupo que constituye la población de estudio frente a la población control.

Desde entonces, y cada año, hemos repetido la experiencia en los tres grupos, para aquella materia con la que

TABLA I. RESULTADOS DE LA ENCUESTA ANÓNIMA ENTRE DOS SISTEMAS DE METODOLOGÍA DOCENTE

Parámetro	Tradicional	Dirigida
Conocimiento de los problemas	45%	76%
Domina el tema al concluir clase	21%	62%
Afrontaría una consulta real	51%	81%
Afrontaría un examen con seguridad	66%	95%
Percibe cambio en conocimientos	66%	52%
Percibe cambio en su actitud	70%	81%
Se encuentra motivado	68%	95%
Le satisface el sistema	66%	95%
La experiencia es positiva	61%	100%
Los objetivos son ajustados	66%	71%
El programa es ajustado	61%	85%
El profesor es claro	53%	76%
El profesor estimula a razonar	61%	95%
El profesor enseña método	53%	62%
El alumno participa activamente	6%	52%
Desea seguir con el sistema	57%	76%
Horas dedicadas fuera del aula	1,6 ± 1,4	1,6 ± 0,7
Sedimento de conocimientos (0-10)	3,8 ± 1,9	6,8 ± 1,5

Fuente: Modelo de recolección del dato primario.

tenemos plena responsabilidad docente. La actitud de los alumnos, la adquisición de método, el uso de estructuras de aproximación al diagnóstico, la retención de conocimientos y los resultados de las evaluaciones, confirman la validez del sistema. Por tanto, podemos establecer, que constituye un factor de peso para el futuro de la educación pediátrica, como alternativa a la tradicional lección magistral.

En apoyo de esta tesis, aportamos toda la doctrina contenida, tanto en el Perfil de las Enseñanzas del Informe Técnico del Grupo de Trabajo número 9, como en el capítulo de Justificación y Aclaraciones del mismo. Un glosario de los términos allí detallados es clarificador por si mismo: predominio de nociones conceptuales sobre acumulación de datos, estimulación del autoaprendizaje, adquisición de hábitos de estudio, trabajo personal, discriminación entre lo normal y lo patológico, análisis de síntomas y signos, conocimiento de los mecanismos generales de la enfermedad, orientación de procesos diagnósticos y sindrómicos, discriminar terapéuticas urgentes y crónicas, valoración de traslados de pacientes, desarrollar capacidad de colaboración en equipos asistenciales.

En consecuencia, el aludido marco de normativas a ser implantadas, apoya el criterio de establecer sistemas docen-

tes para el futuro, resultantes del contraste entre experiencias tradicionales y nuevas.

Nuevas tecnologías

No podemos seguir hablando de futuro, sino de presente. Tenemos tecnologías en la documentación, análisis diagnóstico y terapéutica, que constituyen una herramienta de gran potencialidad. Deben bajar del nivel de postgrado e incorporarse a la educación en pregrado sin más demora. No hay que esperar a que el hecho ocurra, tenemos la obligación de impulsarlo.

La documentación

La proliferación de publicaciones con nueva información, permite su uso y aplicación con carácter inmediato. Los trabajos básicos deben ser complementados por las nuevas técnicas en alguna forma. La revisión y actualización de los programas, se hacen permanentemente gracias a los perfiles de búsqueda bibliográfica sobre temas específicos y concretos, al alcance de la gran mayoría de las bibliotecas de hospitales y centros docentes. Si el futuro médico va a usar estos sistemas, no existe razón para que no adquiera el entrenamiento y aprendizaje en la etapa de pregrado,

como vía para el incremento de la autoinformación y autoformación.

Si estimular el autoaprendizaje, el trabajo personal formativo y la adquisición de hábitos de estudio, son objetivos para el alumno de pregrado; el entrenamiento en el uso de las nuevas tecnologías de la documentación, es un corolario tan claro que no requiere una sola letra más para su justificación.

Tecnologías diagnóstico-terapéuticas

La disponibilidad de bases de datos para indagar el diagnóstico de entidades sindrómicas y clínicas es una realidad. Ahorran tiempo, son eficaces y previenen errores. No consideramos necesario repetir los argumentos del párrafo precedente, deben seguir el mismo proceso de aplicación.

En terapéutica existen equivalentes. Como ejemplo, aportamos las ventajas de las bases de datos sobre farmacovigilancia, para información sobre reacciones adversas de los fármacos. Los equipos instrumentales de diagnóstico por la imagen, bioquímica, registros poligráficos, etc, están dirigidos por procesadores electrónicos. El manejo de la historia clínica y el análisis de sus datos, es factible mediante ordenadores^(4,5). Las aplicaciones de paquetes estadísticos para el análisis de datos de investigación están a la orden del día. El desarrollo de sistemas expertos como ayuda al diagnóstico y tratamiento, se anuncia como fundamental, e imprescindible para el manejo cotidiano del médico en los próximos años.

El futuro inmediato trae consigo la formación del alumno en el conocimiento y uso de esta tecnología; que debe ser capaz de aplicar como exigencia para su titulación. El problema limitante podría derivar, de la experiencia y entrenamiento de los docentes sobre las mismas tecnologías. La reflexión es necesaria para que se produzcan las convenientes actualizaciones en todos los niveles.

Como corolario, debe contemplarse la formación del estudiante en el uso de programas de "utilidades" informáticas. Y diríamos, en su capacitación para manejar con soltura un teclado; así como el conocimiento del idioma inglés, al menos en un nivel de comprensión y lectura.

La nueva organización de los planes de estudio, con la disponibilidad para establecer créditos obligatorios y optativos, ha de ser capaz de ordenar con sentido estas prioridades.

Experiencia clínica. Solución de problemas.

Toma de decisiones

La reforma de las enseñanzas en medicina es sensible a la realidad; y expresamente pone énfasis en la necesidad de adquirir una formación clínica con base en la vivencia práctica de la realidad asistencial en hospitales y centros de Atención Primaria. Hasta el punto de regular las proporciones teórico-prácticas, con el fin de modificar la realidad actual, de libre disposición de los grupos docentes y excesivamente teorizante⁽⁶⁻¹⁰⁾.

Ya es hora, de que los responsables de los Departamentos Ministeriales de la Salud y la Educación, establezcan la coordinación que venimos propugnando desde hace años en todos los foros de la educación médica.

Los centros docentes deben conocer detalladamente el programa sanitario, la planificación de los sistemas de atención para la salud y la enfermedad. Entonces, los centros docentes, habrán de elaborar programas de formación y planes de estudio, que permitan alcanzar los objetivos de capacitación de profesionales. Profesionales que serán los encargados de llevar a cabo su labor preventiva, asistencial y de investigación ajustados a la planificación sanitaria. Y serán entonces capaces de dar soluciones óptimas al programa que la sanidad nacional haya previsto y diseñado para los ciudadanos.

El futuro tiene en esta problemática un nudo que consideramos gordiano, en función de lo vivido hasta el presente. Pero la cuestión se nos antoja tan elemental, que resulta difícil entender que aún no se haya afrontado. No puede ser cuestión de capacidades. Aunque no debemos olvidar, que si algo es realmente caro, eso son las ideas.

Formación moral, social y legal

Los cambios en las relaciones sociales, basados en principios de libertades y derechos individuales, conllevan la aparición de nuevos problemas y conflictos. La actividad médica no es ajena, más bien es un banco de pruebas frecuente y con crecimiento exponencial.

La salvaguarda de los derechos de los pacientes en la praxis y la investigación. Las relaciones entre profesionales e instituciones de base legal y económica. Y el propio carácter social de la actividad médica, en particular de la pediátrica, plantean la necesidad de estructurar de una forma seria, real y eficaz, la formación del alumno de pregrado, a fin de

que pueda desempeñar sus funciones con plena capacitación y en todos los terrenos.

Algunos programas de los nuevos planes de estudio, consideran obligatorios un número de créditos que oscila entre 20 y 70 para la formación bioética y legal.

Planificación comparada

Si consideramos el análisis del futuro de la educación pediátrica, no podemos omitir una planificación comparada con los programas de países asociados recíprocamente en proyectos de futuro. La revisión de diferentes sistemas educativos de una amplia muestra geográfica de países, con el fin de generar innovaciones y recomendar tendencias de futuro, fue motivo de una reunión de trabajo en 1988 bajo el epígrafe: Cambio de Necesidades en Educación Pediátrica. En ella se trataron problemas relacionados con médicos generales y especialistas, en países desarrollados, subdesarrollados e industrializados, las relaciones sociales y la cooperación internacional. Las aportaciones fueron publicadas por Raven Press en 1990⁽¹¹⁻¹⁷⁾.

En el mismo contexto debíamos tomar en consideración las directrices de la Asamblea Mundial de la Salud⁽¹⁸⁾, cuando refleja el principal objetivo de la OMS para todos en el año 2000. Si bien estos aspectos escapan a los puramente educativos ya que requieren la consideración de lo social, económico, la justicia y la paz.

Como síntesis, destaca la coincidencia en la necesidad de partir de la realidad sanitaria y de los proyectos de los servicios de salud, el conocimiento de las enfermedades prevalentes y de las necesidades de salud, como paso previo para el establecimiento de los programas de educación.

Se recomienda la renovación de los *curriculum*, a tenor con la evolución de la patología, modificada con el desarrollo y el tipo de vida; así como con el advenimiento de nuevas técnicas. Se pone énfasis en la urgencia de cambiar los sistemas de enseñanza tradicional; destacando el desarrollo de habilidades, de capacidad para afrontar soluciones de problemas y de establecer relación médico-social; y en definitiva la adquisición de destreza en una vía de aprender haciendo. Estas aportaciones, también apoyan las reflexiones previamente expuestas en esta comunicación.

No obstante, persiste la discusión sobre la idoneidad de formación en hospitales docentes o áreas comunitarias⁽⁷⁻⁹⁾.

Pero se comunican distribuciones de tiempos, programas y duración de los períodos de formación, sustancialmente equiparables a los programas españoles; con variaciones en la forma de estructuración y en los epígrafes de nominación que no tienen trascendencia.

Nuestra incorporación a la Comunidad Europea, conlleva la adopción de las normativas emanadas de obligado cumplimiento para los Estados Miembros. Entre otras recordemos ahora las Directivas Médicas 75/362,363 y 364, relativas a niveles mínimos de formación y equiparación, a fin de ajustar el reconocimiento de títulos, para la nueva situación iniciada el 1 de enero de este mismo año, con la libre circulación de profesionales. También la Directiva de 15/9/86 (Diario Oficial de las CC.EE, de 19/9/86, num. L267/26), condiciona la formación futura de médicos, estableciendo un período de dos años para la práctica y formación específica de médicos generales.

Planificación de necesidades de profesionales

Para concluir, queremos aprovechar esta oportunidad de planificación y futuro, para manifestar algunas preocupaciones. Nacen de la inquietud personal por la calidad (bien hacer y al primer intento), y de la experiencia vivida en las inevitables relaciones administrativas, en general poco estimulantes.

Pero la creatividad se espolea más con la frustración que con la bonanza. Y en este sentido, tanto la administración sanitaria como la educativa, nos proporcionan múltiples estímulos creativos. Planificar educación, no contraviene, sino que debe contemplar la previsión de número, de elementos activos, de profesionales. Para ello disponemos de datos oficiales publicados recientemente, aunque en parte corresponden a censos de 1987⁽¹⁹⁻²¹⁾.

En el año 1971, las Facultades de Medicina, a través de sus representantes, pusieron de manifiesto la necesidad de limitar el acceso de alumnos a los estudios de Medicina. La reacción de la Administración tardó siete años en producirse⁽²²⁾. Las consecuencias se concretan en el número de médicos que se encuentran en paro. Desconocemos una estimación exacta, pero se puede deducir con aproximación. Del número anual de aspirantes al programa MIR, se restan los que superan la prueba y se suman los que han elegido otro camino profesional como medio de vida, que no la medicina, y el número no será inferior a 30.000.

TABLA II. SÍNTESIS DE ALGUNOS INDICADORES, DATOS ESTADÍSTICOS Y ESTIMACIONES

Variable	Número	%	Jubilación 20 años	
			%	Estimación
Total de médicos	135.406			
Médicos en internados	50.189	37	90	45.170
Especialistas extrahospitalarios	67.000	50	25	16.750
Médicos asistencia 1 ^a	18.000	13	25	4.500
MIR en 10 años	19.739	(1.973/año)		
MIR en 20 años	39.460			
Médicos curso 1981-82	10.540			
Médicos curso 1991-92	4.600			

Fue una lamentable falta de previsión de necesidades de profesionales. Una falta de visión de futuro y una falta de confianza en el criterio de los profesionales de la medicina y sobre todo de la docencia médica, que merecía una exigencia de responsabilidades.

El Decreto de limitación de acceso a las Facultades de Medicina produjo sus efectos⁽²²⁾. A ellos se ha sumado la tendencia espontánea de la población estudiantil, con su desinterés por una profesión que exige cursar la más larga de las carreras universitarias. Con una prueba de selectividad a su comienzo y otra al final, si se elige una especialización, y que acumula un promedio de cuatro años más. Al final de los diez años, otra prueba para el acceso a un puesto de trabajo. Trabajo sometido a intensa presión política, exigencia social creciente y estresante y mal remunerada. Los efectos acumulados han sido demoledores, reducción del número de alumnos en las Facultades de Medicina de 10.540 a 4.600 en 10 años (43%).

Si ahora encaramos los problemas de previsión para el futuro, tenemos los siguientes elementos (Tabla II). La edad media de las plantillas de los 50.189 médicos hospitalarios se estima en torno a los 48 años. Jubilación en los próximos 20 años del 90% de esas plantillas (45.170). Considerando que los especialistas extrahospitalarios son más jóvenes, de forma similar a los médicos de Atención Primaria, se jubilaría en idéntico período al menos un 25% (16.750). Total de bajas de especialistas en 20 años 61.920.

Tiempo para producir un médico especialista 10 años. Considerando la media de MIR de los últimos 10 años en 1.973/año, el número de nuevos especialistas en 20 años sería de 39.460. Insuficientes para la necesaria renovación; con un déficit al cabo de ese período de 22.460 especialistas. Advertencia: es necesario efectuar un análisis riguroso de recursos humanos, considerar la curva actuarial de bajas por jubilación y mortalidad y planificar seriamente las necesidades. De otra forma, en el futuro se produciría la situación inversa de los años 70. ¿A quién corresponde la previsión de necesidades de profesionales?.

Hemos leído el artículo de McManus ¿cómo evolucionará la educación médica?⁽²³⁾ una vez concluida la estructuración de esta comunicación. Su agrio y escéptico comentario de la situación, es suscribible en gran medida. Con la reproducción de algunos de sus comentarios finales, concluimos también nosotros. "La educación médica vigente en 1991, difiere poco de la de 1961, 1931 y 1901. Por tanto, no cabe esperar cambios durante los próximos 30 años". Atribuyendo la tendencia al área conservadora de la educación médica. Al tiempo, pronostica, que o bien la Medicina se amolda desde dentro, o los cambios le vendrán impuestos desde fuera. Nuestra aportación apuesta por la primera de esas posibilidades, y todas las reflexiones enumeradas pretenden ser optimistas en la confianza de que colectivamente hagamos un esfuerzo.