

CAPITULO 1

LA UNIVERSIDAD DE NEWCASTLE,
NUEVA GALES DEL SUR, AUSTRALIA:

ESTABLECIMIENTO DE UNA NUEVA
ESCUELA DE MEDICINA *

DAVID MADDISON

*Decano de la Facultad de Medicina,
Universidad de Newcastle, N. S. W.,
Australia*

* Aunque algunas partes de este capítulo han sido adaptadas de trabajos preparados por mis colegas, los Profesores R. M. Clarke y T. Vinson, cuya colaboración agradezco profundamente, asumo la plena responsabilidad del contenido del presente artículo.

NOTA PRELIMINAR

En la fundación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Newcastle no se hizo primordialmente hincapié en la necesidad de preparar a un mayor número de médicos, puesto que, a juicio de muchos, los había ya en cantidad suficiente en Australia. Su creación expresa más bien voluntad de conseguir que la medicina se amolde mejor a las necesidades de la comunidad y de utilizar métodos educativos eficaces y eficientes.

En la primera parte del artículo se describen los principios generales y los objetivos de los programas de enseñanza, fruto de un cuidadoso análisis del sistema de salud australiano y de los problemas planteados actualmente en la asistencia médica.

Los nuevos principios y objetivos acarrearán varias consecuencias, en primer lugar en cuanto a la selección de los alumnos. Se consideró que el rendimiento académico por sí solo no constituía un criterio suficiente. En consecuencia, se pidió a varios representantes de la comunidad que establecieran un conjunto de criterios de selección. Actualmente, un 50 % de los alumnos se seleccionan atendiendo a esos criterios, y el 50 % restante aplicando exclusivamente el criterio del rendimiento académico. Más adelante se procederá a una evaluación de los dos conjuntos de criterios.

Dado que el buen funcionamiento del plan de estudios debía depender en gran parte del personal seleccionado y del orden en que ese personal participara en su ejecución, se optó deliberadamente por incluir en el primer grupo de nombramientos el de un profesor asociado de enseñanza de la medicina, un profesor de ciencias del comportamiento y un profesor de medicina de la comunidad.

La estrategia docente, tal como se refleja en el plan de estudios, y el procedimiento aplicado se centran en la gestión y solución de problemas clínicos, verbigracia: dolores del tórax. Los alumnos aprenden trabajando en esos problemas, bien sea individualmente, bien en pequeños grupos. Gran parte de las actividades se despliegan en la comunidad, y se estimula a los alumnos a que aprendan a distinguir entre las diferentes clases de competencia que necesitan un médico generalista y un especialista frente a diferentes afecciones.

En la estructura administrativa se ha tratado de evitar la tradicional división en departamentos con sus peligros harto conocidos.

Por el gran número de innovaciones que entraña, el programa puede revestir particular interés para el lector.

Para un decano y sus colegas profesores constituye (o debería constituir) una prueba difícil y estimulante el establecimiento de una nueva escuela de medicina, que ofrece la oportunidad de influir en grado poco usual en la estructuración de la enseñanza de la medicina con miras a preparar personal bien capacitado para desempeñar con eficacia las funciones que han de incumbir al médico del futuro. Los profesores que participaron en la fundación de Newcastle estaban persuadidos de que la falta de unos principios básicos coherentes conduciría probablemente a un desorden costoso y a terminar, casi inevitablemente, por recaer en los métodos tradicionales. Desde los primeros

momentos de existencia de la Facultad, en consecuencia, el grupo inicial de personal docente asumió la responsabilidad de abordar los siguientes problemas, identificados como de importancia vital.

En primer lugar, sin perjuicio de la necesidad de prestar asistencia de calidad a las personas, la Escuela debería hacer mucho más hincapié en la atención al conjunto de la población, es decir, a los que acuden en demanda de asistencia y a los que no la piden, a los que se presentan a sí mismos como enfermos y a los que se niegan a aceptar que lo están, a los hipocondríacos no menos que a los que viven en la mayor indiferencia en lo que atañe a su salud, a los acomodados y a los desvalidos, a los indígenas y a los inmigrantes.

En segundo lugar, era necesario responder de manera positiva, informada y, sin embargo, fundamentalmente científica, a la demanda creciente de una mayor manifestación de humanidad y atención, y de una comunicación más eficaz entre enfermo y médico en nuestra era de alta tecnología. La experiencia anterior de los nuevos miembros del personal docente les había demostrado que aun algunos profesores de medicina ya de cierta edad y de espíritu tradicional se lamentaban de que los estudiantes de medicina y los jóvenes licenciados parecían incapaces de establecer una comunicación eficaz con sus pacientes.

En tercer lugar, se convino en que el método científico, con toda la objetividad que entraña, debía, sin embargo, seguir constituyendo el centro de la práctica de la medicina y, por ende, de su enseñanza. El desarrollo de las investigaciones ocuparía también un lugar fundamental, pero habría que desplegar esfuerzos positivos para colmar el abismo cada vez mayor que separa, por una parte, algunos de los grandes logros de la medicina académica y de la investigación médica y, por otra, los problemas del enfermo en la comunidad, en cuya vida influyen esos logros mucho menos de lo que éste tendría derecho a esperar. También habría que velar porque en la enseñanza de la medicina el concepto de «ciencia» abarcara una esfera más amplia que la tradicional de las ciencias biológicas y de laboratorio.

En cuarto lugar, se consideró que el programa de estudios debería ser consecuente con la aseveración tantas veces repetida de que la distribución de las enfermedades está en constante evolución, cosa particularmente evidente en el mundo desarrollado. Síguese de ello, como corolario, que los médicos deberían favorecer las actitudes preventivas y que debería darse mayor importancia a la educación sanitaria, porque cada día resulta más improbable que en el futuro se pueda luchar contra las enfermedades interviniendo en el medio ambiente, y es cada vez más evidente que el elemento esencial habrá de ser la modificación del comportamiento humano. El médico debería, pues,

considerarse a sí mismo como un educador, y habría que prepararle adecuadamente para esa función, puesto que los futuros pacientes, mejor informados y menos sumisos, exigirán explicaciones más pormenorizadas y un grado mucho mayor de intervención en el conjunto de las medidas adecuadas para tratar su enfermedad.

En quinto lugar, una nueva escuela de medicina debe dirigir su atención —en sus programas de enseñanza, de investigaciones y de servicios— a ciertos aspectos del estado morbosos del hombre, que se ha tendido a relegar al olvido por considerarlos desagradables, demasiado vagos o poco remuneradores; son ejemplos obvios de esos aspectos los problemas de la farmacodependencia y de la geriatría.

Finalmente, los médicos del futuro deberán tener una idea mucho más clara de lo que es realmente un problema de salud y lo que no lo es, y llegar a una apreciación mucho más elaborada del lugar que ha de ocupar el médico en la sociedad moderna. Se estimó que tanto los estudiantes como los graduados deberían interesarse por ese inmenso territorio en que se superponen más o menos parcialmente los problemas de salud y los de índole social. Deberán comprender (y los hechos así lo muestran claramente en la historia de la salud pública) que el mejoramiento de ciertos problemas del medio ambiente de gran importancia, aun sin la intervención de un solo médico, puede hacer más por modificar la distribución de la morbilidad urbana que los esfuerzos de un centenar de licenciados en medicina. Deberán comprender que, si un equipo de jóvenes psicólogos consiguiera establecer un programa de educación antialcohólica realmente eficaz para una población de adolescentes y jóvenes adultos —habida cuenta de que el alcoholismo plantea un grave problema de salud pública en la sociedad australiana—, su acción influiría más en la modificación de la distribución de las enfermedades veinte años más tarde que la de 100 especialistas del hígado que consagrarán toda su existencia a aliviar las consecuencias terminales de los excesos alcohólicos.

AUSTRALIA Y SU SISTEMA DE SALUD

Para plasmar esas declaraciones de índole harto general en un programa de enseñanza viable, era necesario manifiestamente tomar conocimiento de las características del sistema de salud en el que estaban inmersas la enseñanza de la medicina y la asistencia médica. El sistema australiano está basado en gran parte en el seguro de enfermedad individual y familiar; voluntario en un principio y organizado por medio de un complejo sistema de fondos privados de salud, el seguro de

enfermedad pasó a ser obligatorio y a ser subvencionado en gran medida con cargo a los ingresos generales cuando se hizo evidente que, por regla general, los más necesitados de atención pertenecían a la minoría de la población que había optado, por las razones que fuere, por permanecer fuera del plan de seguro. Como en todos los demás países del mundo, el Gobierno ha descubierto en los últimos años que el seguro de enfermedad le obliga a dedicar una proporción cada vez mayor del producto nacional bruto a sufragar los gastos de asistencia médica, y su preocupación ante los costos en alza, juntamente con el interés que, por fin, suscita la evaluación, conducen actualmente a varias modificaciones del sistema básico. Bajo la influencia de un Gobierno conservador, esas modificaciones, como era de prever, tienden a conseguir del enfermo una mayor participación financiera en esos gastos. Todo ello tiene lugar en el contexto de un sistema que, a diferencia de su homólogo británico, funciona en gran parte sobre la base del pago de honorarios por servicios prestados; viene a ser, como dijo la revista *Lancet* tiempo atrás, un sistema de «medicina privada financiada por el Estado».

Un sistema de esa clase conviene sin duda a las necesidades de una clase media educada (que en general tiende a solicitar la asistencia profesional cuando la necesita), siempre que sus enfermedades sean de duración relativamente corta y no alcancen proporciones catastróficas. Dado que el tipo de sociedad australiana es fundamentalmente de clase media, el plan actual es bien aceptado en gran medida por la población. Hay, sin embargo, muchos problemas (además del de la escalada de costos, que parece imposible frenar) en los que centran actualmente su atención varios observadores:

a) Aunque en el lenguaje eufemístico de nuestros días se le menciona siempre como un servicio de salud, se trata, por supuesto, de un servicio de enfermedad en el que sólo una minúscula fracción del presupuesto nacional se dedica al establecimiento y la ejecución de programas preventivos.

b) Como otros muchos servicios de salud del mundo desarrollado, el sistema australiano de seguro de enfermedad se está convirtiendo en un servicio basado cada vez más, y según algunos excesivamente, en una tecnología de altísimo nivel; a la inversa, abundan las quejas sobre la índole impersonal de la asistencia médica y de la relativa incapacidad de los que ejercen la medicina para mostrar interés o competencia cuando deben abordar los complejos problemas psicosociales que con tanta frecuencia se hallan entremezclados con los achaques físicos.

c) Subsisten en la sociedad australiana considerables minorías

de la población a las que sigue prestándose atención insuficiente. El más notorio de esos grupos desatendidos es el de la población indígena aborigen, pero hay además otros muchos factores que restan calidad a la asistencia que se presta a los migrantes, en particular los recién llegados, y son también muchas las insuficiencias que se observan en la prestación de asistencia a las personas de edad avanzada (insuficiencias que, por supuesto, acaso reflejen tanto la estructura de la actual sociedad occidental como la del mismo sistema de atención de salud). En los últimos años se ha dedicado gran atención a algunos aspectos insatisfactorios de la atención de salud que se presta a las mujeres en una sociedad que siempre se ha enorgullecido de su supuesta imagen de ruda virilidad.

d) El servicio muestra una marcada tendencia a prestar asistencia curativa a cargo de profesionales de la medicina, y en muchos aspectos puede decirse en verdad que, con la excepción de la acción desplegada por un corto número de planificadores ansiosos de renovación, sólo se ha reconocido de manera simbólica que los problemas de salud del futuro requerirán cada vez más la organización de un equipo bien adiestrado. Sólo gradualmente se empieza a aceptar la idea de reexaminar con espíritu crítico la función del médico en la prestación de atención de salud y a considerar la necesidad de que participen en ella otros agentes de la comunidad, a saber: educadores y planificadores sanitarios, asistentes sociales, consejeros matrimoniales, farmacéuticos, especialistas en logopedia y ergoterapeutas, fisioterapeutas, especialistas en dietética, educadores especiales, etc. Hasta fecha muy reciente no empezó a ser objeto de estudio y preocupación la formación y utilización de personal médico auxiliar. Jamás se ha intentado en Australia establecer una escuela para la enseñanza de los profesionales de la salud que comprenda a todos los estudiantes de las ciencias médicas; con pocas excepciones, de dudosa importancia, el médico australiano medio obtendrá su título después de haber tenido tan sólo un contacto mínimo con los estudiantes y con los profesionales de gran número de otras disciplinas que tratan del mantenimiento de la salud y del tratamiento de la enfermedad.

Finalmente, debe señalarse que Australia, como muchos otros países, tiene muy poco de que enorgullecerse en el sector de la planificación de los recursos de personal de salud; los pocos estudios que se han realizado han sido sobre prevalencia puntual, útiles en su momento, pero difíciles de relacionar con las tendencias actuales dentro del país y del conjunto del Sudeste asiático. En la próxima sección se advertirán más claramente los problemas con que tropezó en este aspecto la Facultad de Medicina de la Universidad de Newcastle. Pero

la ausencia de un programa coherente en materia de recursos de personal de salud no es más que una de las facetas de un problema mucho más vasto y aún más importante, a saber, la comunicación sumamente insatisfactoria que existe entre los sectores oficiales de educación y los de salud, tanto en el plano nacional como en el de los estados; muchas de las dificultades con que tropiezan en Australia las escuelas de medicina renovadoras se derivan de esa grave inconexión que existe en el proceso nacional de planificación. El país carece de una autoridad única que tenga a su cargo el conjunto de las enseñanzas de los profesionales de la salud o la enseñanza de la medicina en particular; difícilmente cabría imaginar otro factor que por sí sólo fuese igualmente capaz de conducir al desarrollo racional y equilibrado de unos programas de enseñanza de los profesionales de salud debidamente orientados a atender las necesidades de toda la población.

LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE NEWCASTLE

La Universidad de Newcastle adquirió la condición de institución autónoma en 1965, después de un periodo de trece años, durante el cual fue un Colegio de la Universidad de Nueva Gales del Sur. Es una institución terciaria, pequeña en relación con las demás de Australia, con una matrícula total de unos 4 500 estudiantes, y con sólo otras siete facultades además de la de Medicina, a saber: Arquitectura, Artes, Economía y Comercio, Educación, Matemáticas, Ingeniería y Ciencias. Está lejos de ser una universidad tradicional, pero la forma en que está organizada y los hábitos académicos que ya se han establecido en las otras facultades crean muchas de las dificultades de relación con que se tropieza en todo el mundo cuando una universidad emprende la enseñanza de la medicina. Pese a que varios miembros del personal académico habían apoyado repetidamente la idea de que la próxima escuela de medicina de Australia debía establecerse en Newcastle, algunas de esas mismas personas se muestran ahora sumamente inquietas ante la posibilidad de que las futuras exigencias financieras que inevitablemente genera la enseñanza de la medicina constituyan una sangría para el presupuesto de la Universidad y agraven los problemas financieros de los demás departamentos y facultades.

Vino a agravar ese problema el cambio extraordinariamente rápido que se registró en la situación de la economía australiana (de hecho, en la situación de la economía mundial en muchos aspectos) entre 1973, cuando el Gobierno australiano hizo pública su decisión de esta-

blecer una nueva escuela de medicina en Newcastle, y 1978, cuando ingresó en la nueva escuela la primera hornada de estudiantes. Además, en ese breve lapso de cinco años, otros dos hechos condujeron a que se centrara un foco potente y crítico en la escuela de medicina, aún en formación y harto frágil todavía: en primer lugar, la comprobación de que, por una serie de razones diversas, es probable que Australia tenga una proporción médico/enfermos superior a la prevista anteriormente, y, en segundo lugar, la convicción cada día más firme de que los médicos son los principales causantes de los costos de la atención de salud, con el consiguiente corolario de que todo exceso de médicos en el interior del sistema entrañará una carga innecesaria en el presupuesto de salud. En acusado contraste con el clima de opinión que existía hace tan sólo cinco años, hay actualmente personas (algunas de ellas situadas en las altas esferas) que dudan seriamente del acierto de la decisión de establecer la escuela.

Sin embargo, hoy la escuela de medicina es ya una realidad; el primero de sus grandes edificios, destinado a alojar las Ciencias Médicas, está ya terminado en el recinto universitario, y la construcción del edificio destinado a las Ciencias Clínicas, en un solar contiguo al Hospital Real de Newcastle (a unos 12 kilómetros del recinto universitario), estará terminada a fines de 1980. A estas alturas, la primera clase de alumnos está ya profundamente inmersa en sus estudios, y la escuela de medicina ha sido claramente aceptada como algo que «funciona». Como se verá de forma evidente en la descripción que sigue, la escuela ha aceptado el estimulante compromiso, implícito en la decisión inicial del Gobierno, de ser una escuela innovadora en el plano de la enseñanza y de vincularse con su comunidad más estrechamente de lo que es común en Australia. Los presupuestos son muy limitados, sin embargo, y sería estúpido negar que el precio de la innovación es considerable, sobre todo en una época en que resulta particularmente difícil encontrar fondos complementarios (es decir, no gubernamentales).¹

ESTABLECIMIENTO DE LOS OBJETIVOS

Sin duda, la más importante de las tareas emprendidas por los profesores fundacionales fue la formulación, con un grado razonable de detalle, de los objetivos hacia los cuales debía dirigirse el programa de enseñanza de la medicina. La casi totalidad de las grandes deci-

¹ En ese aspecto, la Facultad de Medicina ha recibido poderosa ayuda en forma de una generosa subvención de la Fundación W. K. Kellogg, Battle Creek, Michigan (Estados Unidos de América), que ha prestado considerable apoyo para el desarrollo de la enseñanza durante los cinco primeros años de crecimiento.

siones que los profesores fundacionales adoptaron en materia de enseñanza se derivan de la consideración de esos objetivos. Se estimó que, sin esos cimientos, la Facultad corría un gran riesgo de emprender modificaciones gratuitas por el simple prurito de «cambiar las cosas»; por otra parte, sin unos objetivos bien definidos, cabía la posibilidad de que persistieran algunos elementos de la enseñanza tradicional de la medicina que se opusieran directamente a la finalidad general que se perseguía.

En el documento resultante, titulado «Objetivos del programa de enseñanzas de grado», figura una serie de 45 objetivos del programa agrupados en seis epígrafes:

Objetivos relacionados con el aprendizaje del estudiante;

Objetivos relacionados con el método y el procedimiento científico;

Objetivos relacionados con el diagnóstico clínico, la investigación y la gestión;

Objetivos relacionados con las actitudes y las características personales;

Objetivos relacionados con la medicina de la comunidad;

Objetivos referentes a la relación entre el médico y el enfermo.

Una muestra de esos objetivos quizá sea suficiente para dar idea del cariz de los mismos; por ejemplo:

- el estudiante (en el momento de su graduación) ha demostrado que es capaz de asumir y mantener la responsabilidad de su propio aprendizaje y que está dispuesto a asumirla y mantenerla, así como la responsabilidad de la evaluación permanente de su propia actuación como médico;
- el graduado ha demostrado su capacidad para vigilar, mediante las consultas apropiadas, sus progresos en la adquisición de información y conocimientos prácticos;
- el graduado ha dado pruebas de que reconoce que el aprendizaje de la medicina, en su sentido pleno, dura toda la vida, y de que está dispuesto a dedicar el tiempo necesario al mantenimiento y el perfeccionamiento de sus conocimientos teóricos y prácticos, independientemente de sus aspiraciones a unas calificaciones profesionales superiores, y con preferencia a esas aspiraciones;
- el graduado ha demostrado que es capaz de efectuar observaciones fidedignas de los fenómenos celulares, fisiológicos y de comportamiento, y que sabe extraer de esas observaciones los datos pertinentes e integrar, cuando sea oportuno, la información obtenida desde esas tres perspectivas de la biología humana;
- el graduado ha demostrado su capacidad para evaluar el grado de fiabilidad de las conclusiones basadas en datos notificados y para

- comprender las formas habituales de tratamiento estadístico empleadas en el análisis de esa clase de datos;
- el graduado ha demostrado su capacidad para aplicar el criterio de la «solución de problemas» a las situaciones clínicas;
 - el graduado ha demostrado que es capaz de elaborar y mantener un programa apropiado de cuidados para los pacientes que sufren enfermedades crónicas y reacias a todo tratamiento, inclusive en la enfermedad terminal, y que está dispuesto a hacerlo;
 - el graduado ha demostrado que es capaz de planear e interpretar un programa de investigaciones apropiado al problema clínico que presenta el enfermo, con los debidos miramientos por el bienestar y la seguridad del paciente, y teniendo en cuenta los factores económicos;
 - el graduado ha demostrado que su manera de abordar a sus pacientes refleja la convicción de que la persona que está enferma es más importante que la enfermedad que padece;
 - el graduado ha demostrado que comprende la importancia de los factores ambientales en la etiología y la persistencia de la enfermedad y en el grado en que ésta responde al tratamiento;
 - el graduado ha demostrado una actitud positiva, coherente e informada hacia la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la salud, tanto en el plano individual como en el de la población;
 - el graduado ha demostrado que posee los conocimientos necesarios para aportar una contribución eficaz a la identificación y la solución de los problemas de salud de la comunidad y para evaluar los resultados de su intervención;
 - el graduado ha demostrado que sabe cuál es la función del médico en los equipos de profesionales de salud y asistencia social, y que está dispuesto a trabajar en cooperación con esos grupos;
 - el graduado manifiesta una actitud positiva hacia la concepción del médico como educador, por ejemplo, respecto de sus pacientes en lo que atañe a su enfermedad, respecto del público en materia de salud y respecto de sus colegas en los asuntos y las relaciones profesionales, y muestra un grado apropiado de capacidad y de confianza en el ejercicio de esa función;
 - el graduado se muestra capaz de interpretar y someter a examen crítico los datos procedentes de los estudios de evaluación de los servicios médicos facilitados a las comunidades o poblaciones;
 - el graduado ha demostrado que es capaz de establecer una comunicación eficaz con toda clase de enfermos, miembros sanos de la comunidad y demás profesionales, y que está dispuesto a establecer esa comunicación.

De la formulación de esos objetivos surgieron todos los principales componentes del programa, la estructura específica de la experiencia docente, las características de los procedimientos de evaluación aplicados para medir los progresos de los alumnos, la política de la escuela en materia de selección de los estudiantes y, extremo de suma importancia, los puestos académicos identificados como indispensables para alcanzar esos objetivos y el tipo de personas elegidas para ocuparlos. Esos temas se examinan a continuación.

LA SELECCION DE LOS ESTUDIANTES

En las escuelas de medicina de Australia, la admisión de aspirantes se basa tradicionalmente en el rendimiento académico, que por lo general se demuestra mediante un examen especial al término de la enseñanza secundaria. Esta manera de proceder facilita una base aparentemente objetiva y pertinente, administrativamente sencilla y, por ende, relativamente poco costosa para asignar las plazas en la escuela. Sin embargo, la Facultad de Medicina de la Universidad de Newcastle, teniendo en cuenta sus objetivos, se sintió obligada a adoptar un criterio más amplio, en el que se tuvieran en cuenta ciertas características personales e intelectuales que se consideraban adecuadas para la práctica eficaz de la medicina tal como la concebía el claustro fundacional. Además, la objetividad que se quiere presentar como virtud primordial de un criterio basado exclusivamente en el rendimiento académico anterior es probablemente más aparente que real, dado el margen inevitable de error que entraña toda evaluación basada en un solo ejercicio académico.

De conformidad con los objetivos del programa que tratan de relacionar la escuela con su comunidad local, la Facultad decidió, pues, invitar a un grupo de representantes de la comunidad para que la ayudara a formular su política sobre la selección de estudiantes. Los seis representantes ajenos a la Facultad fueron el alcalde de la ciudad, un alto dirigente sindical, un hombre de negocios, una asistente social y dos médicos en ejercicio; tres de esas seis personas eran mujeres. Estas personas, junto con los profesores del claustro, emprendieron la tarea de establecer una política apropiada guiándose por dos objetivos principales: formar médicos eficaces y fomentar el proceso educativo reduciendo al mínimo el número de alumnos fracasados. También se tuvo en cuenta que en toda política razonable han de tenerse presentes las necesidades de los ciudadanos locales, puesto que una campaña popular desarrollada a lo largo de muchos años había influido en gran medida en la decisión de establecer la Facultad de Medicina.

Se decidió que presentaría considerables ventajas de índole general un procedimiento consistente en asignar la mitad de las plazas disponibles en función, exclusivamente, del rendimiento académico, y la otra mitad sobre la base de varias características personales e intelectuales, una de las cuales, por supuesto, debería ser forzosamente (aunque no en primer lugar) un nivel razonable de éxito en el historial académico anterior. Desde el primer momento, la Facultad consideró que sería indispensable someter esa política renovadora a una evaluación lo más estricta posible, y con este fin se han adoptado muchas precauciones; en un futuro no demasiado remoto (aunque los resultados serán más fidedignos, por supuesto, después de la graduación) se podrá preparar un informe sobre la presencia o la ausencia de diferencias en el rendimiento de cada uno de los dos grandes grupos de estudiantes.

En relación con los estudiantes seleccionados sobre la base de múltiples criterios se tomaron en cuenta los siguientes factores:

a) El rendimiento académico: todo estudiante debe poder ser juzgado capaz de resolver las dificultades intelectuales inherentes a la enseñanza de la medicina. La Facultad resolvió considerar para su admisión a todos los estudiantes que hubiesen conseguido calificaciones dentro del 10 % más elevado de los que terminaban los estudios secundarios o, como equivalente aproximado, a los que en los estudios terciarios hubiesen alcanzado o superado el nivel de crédito o certificado.

b) Cualidades mentales superiores: el Comité de Admisión estimó que podía identificar ciertas características intelectuales, no siempre relacionadas estrechamente con los resultados obtenidos en pasados exámenes, ligadas específicamente a la práctica eficaz de la medicina, a la luz de los objetivos del programa. Esas características particulares eran la facultad creadora, la curiosidad intelectual, la autorresponsabilidad en materia de enseñanza, una mentalidad flexible y cierta habilidad verbal, tanto escrita como oral.

c) Características de la personalidad: el Comité de Admisión eliminó de su lista de criterios de selección muchas de las características de la personalidad propugnadas en la bibliografía, y muchas otras que, por más dignas de encomio que pudieran parecer en el plano de la filosofía moral, parecían guardar poca o ninguna relación con este programa concreto o con la subsiguiente práctica de la medicina. La lista final comprendía: capacidad de comprensión, aptitud para abordar los problemas de ética de manera informada, reflexiva y razonablemente coherente, tolerancia de la ambigüedad (necesidad de conciliar la curiosidad intelectual con las exigencias de la acción prác-

tica) y confianza en sí mismo en las relaciones interpersonales (aptitud para establecer relaciones profesionales útiles sin el impedimento de una timidez o una desconfianza excesivas).

El espacio no permite pormenorizar aquí los procedimientos que se aplicaron para evaluar esas características y cualidades. En primer lugar, del total de 2 250 aspirantes se identificaron los que satisfacían el criterio (relativamente amplio) en relación con el rendimiento académico. En segundo lugar, se invitó a cada uno de los solicitantes admisibles desde el punto de vista académico a que pasaran todo un día en el recinto universitario; y se dedicó la mitad de la jornada a familiarizarles con las principales características del programa, poco usual, y la otra mitad a una compleja serie de pruebas encaminadas a identificar algunas de las características personales mencionadas. En tercer lugar, se invitó a los mejor calificados en ese programa de pruebas a acudir a una entrevista personal de cuarenta y cinco minutos de duración, totalmente estructurada y evaluada en esencia mediante criterios objetivos, en la que recibían al aspirante dos personas a la vez, un miembro del claustro en plena dedicación y un representante de la comunidad. Más adelante se perfeccionó el sistema disponiendo que, cuando se tratara de una aspirante, al menos una de las dos personas que la recibían fuese una mujer.

Como se comprende, fue una labor ardua que llevó mucho tiempo, pero que, en fin de cuentas, se cree que resultó muy fructífera. La primera clase de estudiantes muestra, además del alto nivel de aptitud que cabía esperar, un grado notable y muy interesante de heterogeneidad. Por el momento, aún resulta difícil observar diferencias en el rendimiento académico entre los alumnos admitidos según el criterio tradicional y los que fueron seleccionados mediante la aplicación de múltiples criterios. De hecho, los miembros del claustro se sienten lo bastante satisfechos de los resultados y siguen aplicando los mismos procedimientos de selección. Hasta la fecha no se han exigido unos requisitos previos específicos de tipo académico, apartándose así radicalmente de la preocupación casi universal en la selección de estudiantes por las calificaciones altas en ciencias y matemáticas. La Facultad posee datos que indican que esa clase de calificaciones tienen mucha menos importancia de lo que suele creerse. El sistema, sin embargo, está todavía en sus comienzos y habrá que evaluar aún muchos aspectos de su funcionamiento; en todo caso, se esperan con gran interés los resultados ulteriores.

LA SELECCION DE LOS MIEMBROS DEL PERSONAL

Un atento examen de las finalidades y los objetivos adoptados por la escuela de medicina condujo a una serie de decisiones acerca de los tipos de puestos académicos que deberían crearse y del orden aproximado en que debería procederse a la tarea de contratar a los profesores fundacionales. Este solo hecho permite quizá, más claramente que ningún otro, advertir el carácter innovador de la escuela en cuanto a su manera de enfocar la enseñanza.

En el primer grupo de nombramientos se quiso incluir a un profesor asociado de enseñanza de la medicina. Se estimó que no había la más mínima posibilidad de elaborar un programa de enseñanza apropiado sin contar con una firme dirección a cargo de un destacado especialista en la enseñanza, que no sólo diera orientaciones y estímulos en materia de pedagogía, sino que asumiera además la responsabilidad de la preparación del enorme volumen de tecnología educacional y de la considerable cantidad de material didáctico que se necesitarían, evidentemente, para un programa del tipo deseado. Para situarle apropiadamente dentro del marco de la Facultad, se le asignó el puesto, en la estructura orgánica provisional, de director de la División de Enseñanza de la Medicina y Evaluación del Programa.

También se juzgó necesario desde el principio contar con un profesor de ciencias del comportamiento, cuyos conocimientos teóricos y prácticos y cuya influencia serían manifiestamente indispensables para dar sentido práctico al propósito de formar un tipo de graduado con un conocimiento elaborado del proceso social y comunitario, que poseyera además una gran sensibilidad y aptitud en todo lo que se refería a las relaciones entre el médico y el enfermo. Para el caso, se contrataron los servicios de un distinguido especialista en sociología médica (y es digno de señalarse que fue bajo su dirección, como presidente del Comité de Admisión, que se elaboró y aplicó la original política de admisión, con un valor que, a juicio de algunos, difícilmente habría podido mostrar un graduado en medicina).

También se designó entre los componentes del primer grupo de profesores a un profesor de medicina de la comunidad, aún antes —vale la pena subrayarlo— de que se nombrara al primer profesor de medicina. En un documento de trabajo se expusieron pormenorizadamente las razones en que se fundaba la decisión de asignar ese puesto a un epidemiólogo clínico con preferencia a un médico generalista, aunque la responsabilidad del profesor incluye —sin estar limitada a esa función— la elaboración de programas de enseñanza sobre la práctica general y dentro del marco de la comunidad.

La contratación de personal docente para las restantes cátedras se ajustó un poco más a la tradición, aunque en el orden de los nombramientos, un tanto insólito, se siguió de cerca el orden de prioridad de la enseñanza; por ejemplo, en una fase relativamente temprana se contrató a un profesor de farmacología y a un profesor de psiquiatría (ambos con vivo interés por la comunidad), antes de que se contratara a los profesores de pediatría (especialidad para la cual se estaba buscando profesor en la fecha en que se redactó el presente documento) y medicina de la reproducción, y antes también, cosa aún más sorprendente, de buscar un candidato para la enseñanza de la ciencia quirúrgica. Las limitaciones de espacio no permiten exponer los argumentos que justifican cada uno de esos nombramientos ni el orden en que se efectuaron; baste decir que los principales factores determinantes fueron los mismos objetivos y el programa de enseñanza que de ellos se deriva.

Será oportuno comentar, sin embargo, algunos de los nombramientos insólitos que se efectuaron dentro de la División de Enseñanza de la Medicina y Evaluación del Programa: además de los nombramientos relacionados con la tecnología de la enseñanza, la fotografía médica y la ilustración médica, se estimó indispensable incorporar a la División a un oficial de información, un diseñador especialista en didáctica (es decir, en la preparación de material de aprendizaje para uso de los estudiantes) y un profesor de apreciación y evaluación,² de conformidad con la convicción de que la forma de evaluación y la aptitud y el profesionalismo con que ésta se organice y administre habrán de ser determinantes esenciales para la forma en que el alumno aborde su aprendizaje. Para que nadie piense que la Escuela de Medicina debe de estar dotada de espléndidos fondos para poder permitirse esos lujos, como se les considera con frecuencia, debe dejarse bien sentado que la escuela funciona casi exclusivamente mediante el tipo de financiación corriente de las escuelas de medicina australianas, y que para poder dedicar fondos a esos nombramientos específicamente «pedagógicos» ha tenido que aceptar un nivel de dotación casi peligrosamente bajo para las disciplinas más tradicionales de las escuelas de medicina. Esta fue una decisión que la Facultad tomó a conciencia, y hasta la fecha no ha habido razones para lamentarla o para desear que se hubiese procedido de otro modo.

La Facultad adoptó, pues, un criterio de contratación deliberado y específico, encaminado a atraer a unos profesores que, por lo menos, simpatizaran en principio con los objetivos generales de la escuela.

² Por el momento, este puesto es financiado por la Fundación W. K. Kellogg.

la, más que a seleccionar a una serie de personas, por brillantes que fuesen, que no compartieran la orientación general establecida, que se opusieran activamente a esa orientación o —cosa peor aún— a las que fuese indiferente todo lo que no se refiriera a la promoción de su particular disciplina. Los profesores fundacionales buscaron, en particular, personas que aceptaran sin reservas importantes la noción de que la escuela de medicina debe permanecer estrechamente vinculada a su comunidad, tanto en el establecimiento de su programa de enseñanza y en la selección de los proyectos de investigación como en su participación directa en los servicios clínicos. Las personas designadas para los más altos cargos han demostrado claramente, tanto por su actuación anterior como en el curso de las prolongadas conversaciones con ellas sostenidas antes de su nombramiento, que aceptan la necesidad de que la escuela adopte unas estrategias de enseñanza y de evaluación de signo progresivo. Debe subrayarse, sin embargo, que nada de lo dicho significa en absoluto que no se haya aplicado un criterio sumamente crítico en cuanto al nivel de erudición e investigación de los candidatos; baste decir que en ningún caso se ha designado a una persona que, según ese criterio, habría sido rechazada por una escuela de medicina más tradicional.

También es digno de nota el número de candidatos de valor que, totalmente decepcionados por la organización tradicional de las escuelas de medicina, están dispuestos a adherirse, no sin espíritu crítico, a la idea de que es preciso establecer una estructura administrativa más flexible y adecuada. En la última sección del presente capítulo insistiremos en ese aspecto de la cuestión.

LAS ESTRATEGIAS DE LA ENSEÑANZA

Aprendizaje por medio del estudio y de la solución de problemas clínicos

Todo el plan de cinco años está basado en el aprendizaje por medio del estudio y de la solución de problemas clínicos. Sobre la base de datos epidemiológicos y mediante el consenso de pareceres de prácticos experimentados se ha preparado una lista de problemas clínicos que son graves (es decir, que constituyen una amenaza para la vida o que pueden desembocar en la invalidez en su sentido más amplio, es decir, física, mental, económica o social), comunes o que pueden prevenirse. La selección de esos problemas para su estudio garantiza que lo que el estudiante aprenderá guarde relación con la práctica contemporánea de la medicina.

Uno de esos problemas, por ejemplo, es el dolor torácico. En el plan de estudios se dedica atención a las afecciones que son causa de dolores en el pecho, cuya presencia un nuevo graduado debe ser capaz de sospechar, confirmar o tratar, bajo supervisión o mediante el envío del enfermo a otro médico o profesional de la salud.

El infarto del miocardio es un ejemplo de esa clase de afecciones. El estudiante utiliza el problema clínico de un paciente con dolor en el pecho causado por un infarto del miocardio para identificar y adquirir los conocimientos teóricos, la comprensión, las técnicas y las actitudes que son necesarios para atender a un enfermo que sufre esa afección. El aprendizaje incluirá la bioquímica del músculo cardíaco, la fisiología del dolor, la anatomía de la sangre y del sistema nervioso del corazón, la patología del infarto, los factores de riesgo asociados al infarto del miocardio, la epidemiología y la prevención, el reconocimiento físico, las investigaciones apropiadas, el régimen general a que debe someterse al paciente, el trato con los familiares, los efectos que la enfermedad produce en la familia, la atención en el seno de la comunidad y la rehabilitación. El estudiante integra todas esas disciplinas en el contexto del problema clínico específico, y su aprendizaje se beneficia de la motivación que resulta del hecho de poder comprobar palpablemente la utilidad de los esfuerzos desplegados. Así pues, las ciencias básicas no se estudiarán en ninguna etapa como disciplinas separadas, sino siempre en su aplicación en un contexto clínico desde el primer día del curso hasta el último.

El plan de estudios de cinco años

El plan de estudios integrado en cinco años está dividido en cuatro fases. La Fase I dura diez semanas y es una introducción al plan y a la resolución de problemas. La Fase II ocupará el resto de los tres primeros años. Se consagrará a los problemas del adulto, al principio sistema por sistema (v.g., problemas respiratorios), para terminar con el estudio de los problemas que afectan a varios sistemas a la vez (v.g., diabetes mellitus). La Fase III durará un año y se dedicará al estudio de los problemas de los recién nacidos, los niños, los adolescentes y las personas de edad avanzada, sobre la base de los conocimientos y las técnicas adquiridos en el estudio de los problemas del adulto. La Fase IV corresponde al último año y consistirá en una forma de internado, en el curso del cual los estudiantes asumirán progresivamente la responsabilidad del cuidado de enfermos de todas las edades en el hospital y en la comunidad. En la última parte del curso habrá dos periodos optativos, durante los cuales los estudiantes po-

drán estudiar con mayor profundidad un tema que les interese particularmente. Se les ofrecerá además la oportunidad de emprender un año de actividades orientadas a la investigación, que habrá de permitirles obtener el título de Bachiller en Ciencias Médicas.

Diferentes grados de competencia en relación con las diferentes afecciones

Se entiende que el nuevo graduado deberá demostrar diferentes grados de competencia en relación con las diferentes afecciones. Para algunas afecciones se esperará de él que sospeche la presencia de la afección, la confirme y someta a tratamiento al enfermo bajo supervisión; para otras, se esperará de él que sospeche y confirme la afección, pero que confíe el tratamiento a un médico o especialista experimentado, al menos en algunos aspectos; para otras afecciones, sólo se esperará de él que sospeche la presencia de la infección, y que confíe a otros su confirmación y su tratamiento. Finalmente, hay un gran número de afecciones tan raras o especializadas que no caben en ninguna de las categorías mencionadas. En tales casos, se esperará del estudiante que aplique sus técnicas de resolución de problemas para averiguar cuál es el sistema afectado (v.g., cardiovascular), para que pueda enviar al enfermo a la instancia apropiada. No se espera de él que conozca los detalles de la afección, cuyo estudio se reserva para los cursos de perfeccionamiento en la especialidad apropiada. Las decisiones acerca del grado de competencia requerida están basadas en el común acuerdo de médicos experimentados en ejercicio.

La especificación del grado de competencia exigido al estudiante indicará a éste los límites de sus conocimientos y subrayará la necesidad de los estudios de perfeccionamiento y de la educación continua.

Se espera de los estudiantes que, a lo largo de toda la carrera, vigilen y evalúen sus propios conocimientos. De esta manera se les conducirá gradualmente hacia una independencia cada vez mayor en su aprendizaje, de modo que, llegado el momento de la graduación, el nuevo graduado esté capacitado para identificar y satisfacer sus propias necesidades en materia de aprendizaje durante toda una vida de estudio permanente.

Aprendizaje individual o en pequeños grupos

Los estudiantes aprenderán individualmente o en pequeños grupos con el fin de que adquieran independencia y autorresponsabilidad y aprendan a evaluar eficazmente su propio rendimiento y el de sus

colegas. Se han organizado pequeños grupos de ocho estudiantes, no sólo para el aprendizaje por medio de la resolución de problemas clínicos, sino también para otras formas de enseñanza en materia de técnicas clínicas y de atención general (por ejemplo, entrevistas, asesoramiento y educación sanitaria), o de técnicas de reconocimiento y tratamiento. Esas técnicas clínicas se adquirirán progresivamente a lo largo de la carrera y se procurará que estén lo más relacionadas posible con los problemas clínicos que los alumnos estén estudiando. Inicialmente se hace hincapié en la experiencia práctica y el análisis de la conducta humana en el grupo de estudiantes antes de pasar a la interacción con terceros y, finalmente, con los enfermos. Las técnicas específicas de la práctica clínica, por ejemplo, las de reconocimiento médico y de tratamiento, deben aprenderse y evaluarse siempre en una situación clínica.

Ejercerán las funciones de tutor de esas actividades de grupo médicos locales y otros profesionales de la salud, a los que se habrá instruido y adiestrado previamente con el mayor cuidado. La participación de médicos que ejerzan su profesión en la localidad en las actividades del plan de estudios no sólo es una necesidad impuesta por la limitación de los recursos financieros, sino uno de los puentes que se tienden deliberadamente entre la Facultad y la comunidad.

Práctica de la medicina en la comunidad

Ya se ha subrayado que entre los objetivos del programa de la Escuela se hace particular hincapié en la práctica de la medicina en la comunidad. Los estudiantes recibirán una parte considerable de su enseñanza en la comunidad local: en los consultorios de médicos generalistas, en los centros de salud de la comunidad y en otros organismos de salud o de asistencia social. También se reconoce que hay un aspecto importante y desatendido de la práctica médica que no se refiere a los pacientes individuales, a saber, la medicina de grupo. Entran en esa especialidad el acopio de datos epidemiológicos, la identificación de necesidades en materia de atención de salud y de recursos, la atención de las necesidades de asistencia sanitaria en ciertos grupos, la reducción de esas necesidades de asistencia y la evaluación de las intervenciones de los profesionales de la salud y de sus resultados. Se esperará de los graduados que sean capaces de fomentar la modificación del comportamiento de la comunidad en la esfera de la salud y la del sistema de prestación de atención de salud en la comunidad.

Evaluación de los estudiantes

La evaluación de los estudiantes será de dos tipos: primero, una evaluación oficiosa (formativa) que tendrá lugar durante el aprendizaje, para que los estudiantes puedan vigilar sus propios progresos. En segundo lugar, una evaluación encaminada a comprobar si el estudiante está preparado para poder pasar a la fase siguiente (evaluación acumulativa), que tendrá lugar hacia el final de cada periodo de diez semanas. Los estudiantes que no hayan obtenido resultados satisfactorios serán informados pormenorizadamente de cuáles son sus deficiencias, de modo que puedan dedicarse a remediarlas antes de presentarse a la nueva evaluación. Esta estrategia permite ajustarse a dos niveles de aprendizaje diferentes y animará a los estudiantes a asumir la responsabilidad de su propia enseñanza. La certificación final de la aptitud del estudiante para ejercer, que entraña el otorgamiento del título de Licenciado en Medicina, dependerá de su rendimiento durante la Fase IV, el último año de carrera.

La evaluación se centrará primordialmente en la capacidad para abordar los problemas clínicos de un nivel cada vez más complejo. Al mismo tiempo, se esperará de los alumnos que demuestren que sus decisiones y acciones están basadas en una comprensión y un conocimiento sólidos de las ciencias médicas.

REPERCUSIONES EN CUANTO A LA GESTION

Desde la fundación de la escuela médica se reconoció unánimemente que el tipo de programa previsto resultaría sumamente difícil, si no imposible, de aplicar, si la Facultad se organizaba, según la división tradicional, en departamentos. Ciertamente, la experiencia adquirida ha persuadido al autor de que la clásica división de las facultades de medicina en departamentos rígidos e inflexibles es probablemente el mayor obstáculo que se opone a la reforma de la enseñanza de la medicina. En la estructura típica es evidente que los jefes de departamento ejercen un gran poder (aunque lo hagan con gran benevolencia) sobre «su» personal, y controlan muchos aspectos de la participación de sus elementos más jóvenes en el proceso educativo. Dentro de ese tipo de organización, los jefes de departamento tienen derecho a exigir una asignación específica de horas del plan de estudios, así como una asignación precisa de espacio físico o locales. Siempre dentro de ese modelo, los jefes de departamento mantienen un derecho sin restricciones al acceso a la administración universitaria, de modo que, en

el peor caso, ciertos asuntos vitales, como los niveles de dotación de los departamentos, la provisión de equipo importante y la utilización de los locales son otros tantos asuntos que escapan por completo al control del conjunto del claustro. El resultado de este sistema, inevitablemente, es una serie de actividades departamentales de enseñanza e investigación, cada una de las cuales puede ofrecer rasgos muy atractivos por sí mismas, pero que no están coordinadas entre sí para formar un programa general coherente dentro de la Facultad.

En la Universidad de Newcastle, el problema ha consistido en que, si bien por una parte había el deseo general de evitar esa estructura tradicional en departamentos, no hubo manera de llegar a un completo acuerdo acerca de la forma de organización que debía sustituir a aquella estructura. Sin embargo, se han tomado decisiones de vasto alcance: así, por ejemplo, se ha convenido en que la Facultad «posee» el plan de estudios, y, con un corto número de excepciones, «posee» igualmente los locales de los diversos edificios, lo que permite agrupar a los individuos de manera innovadora, rechazando categóricamente la práctica habitual de reunir, por ejemplo, a todos los fisiólogos en un mismo sector. También se ha convenido en que la Facultad ejercerá la vigilancia del presupuesto por mediación de sus comités y por mediación de los profesores en virtud de su categoría docente. Los recursos financieros se desembolsan, pues, primordialmente, por conducto del Comité de Enseñanza, el Comité de Investigaciones, el Comité de Equipo, el Comité de la Biblioteca y el Comité de Admisiones, que son responsables, a través de sus presidentes, ante el Consejo de la Facultad. Rasgo importante de esa estrategia, la composición de esos comités se modificará poco a poco e incluirá en todo momento personal docente de diversos niveles de antigüedad (incluido personal a tiempo parcial), juntamente con una pequeña representación de los estudiantes.

Hay otros dos problemas de organización de gran importancia. En primer lugar, al constituir la Junta de la Facultad se ha velado porque ese órgano rector pueda recibir información útil no sólo del personal docente, sino también de los miembros de la comunidad más amplia, en gran parte profesionales de la salud, es cierto, pero seleccionados de modo que no se excluya a los que pueden adoptar una actitud crítica frente a los programas ni a los que no estén dispuestos a admitir que los académicos siempre tienen razón. En segundo lugar, se ha dedicado mucho tiempo desde el comienzo a tender sólidos puentes de comunicación entre la Universidad y los servicios de salud locales; en los casos en que se estima oportuno, los profesores asumen la responsabilidad adicional de ejercer las funciones de asesores prin-

cipales del Director Regional de los servicios locales de salud. Aunque no se pretende sobrecargar a un miembro de la Facultad, que ya está bastante ocupado, con una parte importante de responsabilidad personal en la prestación de atención de salud, se considera de importancia fundamental velar porque la acción en materia de enseñanza e investigaciones, por una parte, y la que atañe a la prestación de servicios de salud para la comunidad, por otra, se desplieguen en coordinación mutua, y evitar que el Decano de la Facultad o el Director Regional emprendan la preparación de nuevos programas sin un debate previo, franco y a fondo, de lo que uno u otro se proponen y esperan conseguir.

CONCLUSION

Al planificar un programa innovador de enseñanza de la medicina, no debe olvidarse que existen importantes limitaciones de hecho que ya operan en el interior del sistema. Entre las más considerables cabe citar las siguientes:

a) Las características, actitudes y expectativas de la universidad madre; en el mejor caso, las actitudes serán ambivalentes; y en cuanto a las características, pueden incluir un incremento de ciertas prácticas académicas tradicionales susceptibles de oponer obstáculos al desarrollo de programas innovadores.

b) Las actitudes y expectativas de la profesión médica local; también en este caso la ambivalencia es la norma, y sólo cabe esperar que predominen claramente los sentimientos positivos y de apoyo.

c) Las características, las cualidades y las actitudes de los servicios locales de salud; la escuela de medicina conseguirá mucho más si puede obtener la colaboración de las autoridades de salud en ciertos asuntos como la provisión apropiada de nombramientos de personal destinado al mismo tiempo a la Facultad y a los servicios de salud, sin lo cual los programas de la Facultad se verían gravemente obstaculizados y aun, en el peor caso, perderían casi toda su eficacia.

Además, los graduados, por más diferentes que puedan ser, deben ser aceptables en todo el mundo médico. Conviene poner mucho cuidado en no cruzar la finísima línea divisoria que separa la innovación de la excentricidad. Un innovador no puede perder completamente de vista el hecho de que una escuela de medicina, para bien o para mal, debe conservar su «respetabilidad» si no quiere perder su credibilidad en la comunidad y si aspira a conservar el apoyo benévolo de las autoridades responsables de la financiación oficial, sin el cual estaría condenada al fracaso. La Escuela de Medicina de la Universidad de

Newcastle forma parte de la red internacional de escuelas de medicina. Sería imposible, y hasta inmoral, contratar los servicios de un joven profesor lleno de promesas sin que éste pueda tener la seguridad de que, cuando desee más tarde escalar nuevas cimas en su profesión, su experiencia en Newcastle habrá añadido lustre a su reputación y habrá significado para él un progreso en su *curriculum vitae*.

La flexibilidad debe ser la consigna, puesto que en estos tiempos, ciertamente extraordinarios, puede decirse en verdad que el cambio es la única constante. La innovación no es viable sin una base segura de apoyo, porque son muchas y muy variadas las fuerzas que se ejercen para imponer lo que se ha dado en llamar una «regresión a la mediana»; el mantenimiento de unas diferencias defendibles y el rechazo de la conformidad embrutecedora son tareas que un pequeño grupo de abnegados profesores de medicina no puede acometer con sus solas fuerzas.
