

# EDUCACION MEDICA

## Lo social y lo integral en la asistencia médica y en la enseñanza de la medicina

Dres. H. SAN MARTIN, y  
JORGE PEÑA D. (\*)  
y Dr. F. BIEL (\*\*)

1.—*El concepto social y el de integración en medicina.*— Las funciones de la medicina y del médico, así como las de los integrantes del equipo de salud, han sido determinadas históricamente por las condiciones del desarrollo económico-social. Cuando se ha producido el ajuste necesario, en base a las posibilidades que permite esta premisa, la medicina ha podido rendir lo que es dable esperar de ella para el momento histórico. Esto implica que el médico debe comprender que el ejercicio de su profesión, en cualquiera de las actividades de la medicina, se realiza hoy no aisladamente sino dentro de un marco social en el que los factores determinantes son la estructura económica de la sociedad, el nivel de vida de la población y la presión de la colectividad exigiendo servicios.

La aplicación de estas ideas a la enseñanza médica coloca a las Escuelas de Medicina frente a serios problemas. Los ya recargados programas docentes se ven ahora apretujados con una masa de conocimiento social que no encuentra todavía acomodo en el currículum y que para muchos es materia exótica en la formación del médico. Este fenómeno está sucediendo en todas las escuelas médicas del mundo y es lógico que así ocurra porque estamos asistiendo y siendo actores en un período de grandes cambios promovidos por dos ideas centrales: la incorporación de las ciencias sociales al programa de enseñanza médica y el esfuerzo por producir la unidad de la asistencia médica y la integración de la enseñanza.

Sobre la base de que la medicina de hoy no es una disciplina que se realiza aisladamente, sino dentro de un complejo marco social, los autores destacan la influencia histórica del desarrollo económico-social sobre las funciones médicas y asistenciales, y la necesidad en este ejercicio de la concreta aplicación de los conceptos ecológicos, epidemiológicos y clínicos simultáneamente al estudio del caso y su grupo.

Se describe un interesante experimento puesto en marcha en la Universidad de Concepción en coordinación con el SNS y la Municipalidad local en un plan asistencial y docente que enfrenta al alumno con la realidad social del grupo.

La serie de cambios que ello implica hace que el proceso se encuentre todavía en un período de ajustes y búsqueda de los métodos adecuados de integración. Se nos promete una nueva información, en su oportunidad, sobre aspectos todavía no bien esclarecidos del plan.

Vemos una clara interdependencia entre el advenimiento de las ciencias sociales a la medicina y el proceso de integración de los programas de salud particularmente en el caso de la asistencia médica total y los programas de enseñanza médica.

¿Por qué sostenemos ésto?

Hay algunos hechos que caracterizan lo que entendemos por medicina integral y que están ligados a las ideas iniciales de este relato:

- a) el predominio creciente de la ecología y de la epidemiología en la interpretación de los fenómenos de salud y enfermedad.
- b) el uso cada vez mayor de las ciencias y técnicas sociales en la investigación médica y en la enseñanza de la medicina.
- c) la exigencia también creciente de la existencia de un equipo de salud multidisciplinario en el que ya no sólo se integran los médicos y profesiones de colaboración médica sino también los sociólogos, antropólogos, psicólogos, economistas, educadores y otros científicos sociales.
- d) la necesidad real de dar unidad a la medicina para entregarla racionalmente, a través de programas de salud científicamente planificados, a una población en

(\*) Profesores del Departamento de Medicina Preventiva y Social.

(\*\*) Profesor de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. CHILE. 1966.

crecimiento rápido que la exige como un derecho adquirido e ineludible.

- e) la conveniencia en considerar a la salud como un estado alcanzable por medios positivos, lo cual significa no centrar la lucha solamente contra la enfermedad. Esto obliga a la medicina estudiar con amplitud no sólo los factores de enfermedad sino también los que promueven salud.

La idea de usar las ciencias sociales en medicina no es nueva. Se mantiene viva desde la mitad del siglo pasado en Europa. Fue un estudiante de medicina, Alfredo Grotjahu, quien primero planeó investigar problemas médicos usando técnicas sociales. En 1900, Gustavo Mayer establecía que "la medicina ha adquirido un carácter social... y las responsabilidades del médico son de carácter social".

Lo mismo ha sucedido con la idea de integración, que se viene debatiendo desde hace medio siglo, pero su desarrollo activo se ha producido a partir de la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, todavía no hay acuerdo sobre sus traducciones prácticas. Para algunos significa abolir barreras entre las diferentes actividades del programa de salud o entre las cátedras y departamentos en la Escuela de Medicina; para otros, puede ser la incorporación al currículum de disciplinas nuevas, especialmente ciencias sociales; hay quienes la interpretan como el enfrentamiento del alumno con los problemas ambientales y sociales del caso clínico; para muchos significa relacionar o coordinar una diversidad de materias en una unidad de estudio; hay quienes la conciben como un cambio en los métodos docentes que conduzca a una cabal maduración psicológica del estudiante en el sentido de integración de la personalidad; otros definen la medicina integral, basados en el concepto de salud que da la O.M.S., "como aquella medicina que se dirige a lograr un completo bienestar físico, psíquico y social aplicando prácticas de recuperación o rehabilitación, fomento y prevención".

Parecería que cada cual tiene una parte de la verdad. El problema es complejo y varía según el punto de vista que se tenga. Al final todas las interpretaciones son útiles y más aún las experiencias. Lo único cierto para todos es que la integración, ya sea en la práctica médica y sanitaria o en la enseñanza, es más fácil explicarla o contarla que realizarla.

Ha sucedido así porque la idea de integración ha sido el resultado del impacto producido por las transformaciones de las condiciones sociales y los consiguientes cambios en los valores sociales sobre el ejercicio médico. La aplicación de esta idea ha sido promovida particularmente por los avances en medicina preventiva, epidemiología, salud pública y psiquiatría. La epi-

demiología ha alcanzado actualmente dimensiones sociales y la prevención se ha transformado más en un factor de influencia en los modos de vida que en algo específico contra determinada enfermedad. En psiquiatría también se han producido cambios notables con el ambiente socio-cultural; en el área de las relaciones interpersonales y familiares; en el proceso de la socialización del individuo; en la interpretación de la enfermedad mental como un proceso ecológico.

Por otro lado, la medicina integral apareció o reapareció en un momento cumbre de las posibilidades de la administración en salud, tal vez como una reacción exaltada ante la posibilidad de dar realmente salud a la población y ante las exigencias de ésta. Pasado ese momento de vehemencia por la técnica, ahora estamos sedimentando lo útil de esa idea frente a condiciones sociales muy desfavorables para la salud.

Parece oportuno recordar, en este momento, que toda reforma en el currículum de enseñanza médica tendiente a darle una mayor integridad debe contemplar y promover modificaciones similares en la enseñanza impartida en las escuelas de colaboración médica para contribuir coordinadamente a la preparación del futuro equipo de salud. Los Servicios de Salud, no sólo las escuelas de medicina, tienen responsabilidades concretas en este proceso tanto en lo que se refiere a cantidad como al tipo y calidad de los profesionales del equipo de salud.

La integración debe continuar después de recibido el médico. El nuevo profesional debe encontrar una estructura médica en la que pueda ejercer la medicina que se le enseñó y que necesita el país, es decir, debe encontrar programas de salud integrados y adecuados a la realidad nacional. Por ejemplo, es tiempo ya que determinemos el porcentaje de médicos generales y el de especialistas que se necesita ir formando en Chile y que se adopte un sistema para que la diversificación del médico se realice en forma sistemática. Se obtendría el doble propósito de mejorar la formación del médico y disponer de un mayor número de médicos generales que son los que el país más necesita.

2.—*Aplicación de estos conceptos en la enseñanza médica en la Universidad de Concepción.* Si se acepta la definición de salud propuesta por la O.M.S. la medicina debe ser considerada como herramienta social útil para prevenir y curar enfermedades tanto como un instrumento positivo para facilitar las condiciones de adaptación del individuo y del grupo al ambiente total en que vive. Este concepto no es fácil traducirlo en realizaciones porque implica ampliar enormemente el campo de acción de la medicina. La situación es más difícil en los países subdesarrollados donde los altos índices de morbili-

dad exigen del médico y de los Servicios de Salud invertir la mayor parte del tiempo y de los esfuerzos en la lucha inmediata contra la enfermedad.

Sin embargo, estas circunstancias no deberían ser impedimento para que las escuelas de medicina asuman las responsabilidades derivadas de las necesidades médico-sociales actuales de la población. Para todos los países en desarrollo, el médico debe tener una buena preparación técnica pero también una clara visión de las implicancias socio-económicas del problema médico que enfrenta. De aquí que el tipo de médico que necesitamos en estos países es un profesional capaz de ejercer una medicina integral, con claro sentido social, lo cual significa concretamente aplicar los conceptos ecológicos, epidemiológicos y clínicos simultáneamente al estudio del caso y de su grupo.

Necesita el alumno de la epidemiología como métodos de análisis y la incorporación a su bagaje de conocimientos de materias básicas de trabajo social con grupos y comunidades. El médico y el equipo de salud son ahora también promotores importantes en el desarrollo de la comunidad. Esto obliga a la Escuela a vincular mucho más al estudiante con la experiencia médico-social de la población. Lo cual no implica, como algunos profesores piensan, desviar los objetivos de la enseñanza médica hacia los campos no médicos. Es solamente complementarla para ponerla a tono con el concepto biológico-social de la medicina actual.

La comunidad provee naturalmente el laboratorio de estudio que permite al estudiante comprender la naturaleza de los problemas médico-sociales y el origen de los recursos disponibles para solucionarlos.

Pensamos que las escuelas médicas deben usar plenamente los Servicios de Salud establecidos para ofrecer campo de entrenamiento real a los alumnos ya que estos Servicios, buenos o malos, son parte de la vida cotidiana de la comunidad. Es más, las Escuelas de Medicina debieran tomar cierta responsabilidad administrativa o técnica en los programas locales de salud para así dar oportunidad a los docentes de participar activamente en planes comunales como integrantes del equipo de salud y a los estudiantes para entrenarse en este tipo de trabajo.

En Concepción hemos evitado zonas experimentales organizadas con recursos extraordinarios al margen de los programas del Servicio Nacional de Salud. Al contrario, estamos trabajando con responsabilidades administrativas y técnicas en programas de salud locales que representan un promedio de lo que el S.N.S. puede realizar en Chile de acuerdo con nuestros niveles de vida. Para concretar estas ideas la Facultad de Medicina de Concepción suscribió, hace dos años, dos convenios formales con

el S.N.S. y con la Municipalidad de Concepción a través de los cuales administramos un programa de salud en un distrito urbano de la ciudad de Concepción (Sector Tucapel, 30.000 habitantes) y otro en zona rural (Sector Arauco, 20.000 habitantes) en la Comuna de Arauco. El Jefe del programa de salud del Sector Tucapel es uno de los profesores de Medicina de nuestra Facultad; el Jefe del Sector Arauco es funcionario del S.N.S., ex alumno nuestro.

Cada uno de estos dos sectores de trabajo tiene su propio programa de salud, confeccionado de acuerdo con las normas actuales de planificación e incrementando con algunas actividades suplementarias incorporadas con fines docentes o bien solicitadas por la comunidad organizada. Estos programas incluyen actualmente las siguientes actividades: saneamiento básico, control de alimentos, epidemiología, control de enfermedades transmisibles, control materno-infantil, atención médica de adultos en las cinco clínicas básicas, laboratorio clínico, programa de educación alimentaria, educación para la salud. Estamos iniciando algunos programas especiales en los que trabajan alumnos de los últimos cursos e internos dirigidos por médicos clínicos: planificación familiar, control de tuberculosis, salud escolar, control de manipuladores de alimentos.

Para realizar este trabajo de salud la Facultad, el S.N.S. y la Municipalidad de Concepción aunaron esfuerzos y se levantó un consultorio externo en el Sector Tucapel, consultorio que actualmente está ampliando sus instalaciones para triplicar su actividad. En esta unión de recursos la Municipalidad pone los edificios, el S.N.S. el personal auxiliar y técnico no médico y los elementos de trabajo, y la Facultad de Medicina coloca las horas médicas necesarias para la atención del programa.

En el Sector Arauco funciona en base a un hospital rural con 40 camas, y varias postas rurales. La Facultad aporta en este plan internos en forma permanente, asesoría técnica, administrativa y clínica, y algunos elementos de trabajo necesarios para mejorar la calidad de la atención. Para entender lo que en la práctica significa este tipo de combinación mencionaremos solamente el hecho que donde antes había un médico entusiasta pero solo, hoy día se realizan reuniones clínicas mensuales e intercambio de visitas con el personal médico docente de Concepción, enfermeras, laboratoristas, etc.

Creemos necesario insistir que estos programas tienen una doble intención: asistencial y docente. Pero que esto es un hecho indisoluble, integrado en tal forma que los alumnos no van a observar demostraciones al margen de programas reales en ejecución. Los alumnos y los internos participan activamente en los programa-

mas, en diferentes niveles de acuerdo con su preparación. Por ejemplo, en el programa llamado de Medicina Familiar, el estudiante de clínicas (V y VI año) se hace cargo del control de una familia, o más si es necesario, por dos años, en calidad de orientador y consejero en materia de salud; además realiza trabajo social con grupos de familias y pequeños planes de organización de la comunidad. Toma estas responsabilidades en equipo con las alumnas de IV año de enfermería y de servicio social. La familia es el primer eslabón de la cadena paciente-equipo de salud-comunidad. A través de la ficha familiar emerge un cierto esquema de acción a través del cual los estudiantes entran en relación directa con el grupo familiar asumiendo ciertas responsabilidades precisas y asesorados de cerca por los docentes de medicina, enfermería y servicio social.

Este tipo de experiencia docente difiere mucho de la del hospital y del solo consultorio externo no solamente en el tipo de problemas médicos sino también en los objetivos que se propone: enfoque integral de dichos objetivos, enfrentar al alumno con la realidad social del grupo, enseñar al estudiante a tomar decisiones en consideración a diferentes puntos de vista técnicos.

Este ha sido un cambio muy grande en nuestra docencia que está produciendo muchos otros, tanto en las pre-clínicas como en las clínicas. Es posible que desde 1958, cuando se cree el Departamento de Medicina Preventiva y Social en nuestra Facultad, no se haya producido un acontecimiento tan trascendente en la Escuela de Medicina de Concepción, como lo ha sido la firma de estos convenios con el S.N.S. a través de los cuales nos ligamos orgánicamente con los programas del Servicio.

El funcionamiento del Departamento de Medicina Preventiva y Social había introducido ya en Concepción los aspectos epidemiológicos, preventivos y sociales de la medicina haciendo variar los moldes clásicos de la enseñanza y también la práctica del internado a través del curso integrado de Medicina Preventiva y Social que se realiza desde el I al VII año en forma coordinada o integrada, según el caso, con la participación de las clínicas básicas. El Departamento de Medicina Preventiva y Social constituyó la primera etapa en la transformación del curriculum y en la reorientación de la enseñanza médica en nuestra Universidad.

El paso siguiente, iniciado en Marzo de 1964, constituyó la puesta en marcha de los convenios firmados con el S.N.S. y que deben conducir a la integración del programa docente en relación con los programas reales del S.N.S. en aquellos aspectos en que ambos están relacionados. Estamos tratando de que teoría y

práctica tengan secuencia y que los distintos aspectos de la medicina se enseñen y se ejerzan como unidad y se entreguen al individuo y al grupo familiar considerados también como otra unidad. Esto significa para la Escuela la integración de las cátedras aisladas en unidades departamentales de trabajo. Este asunto es tema actual de preocupación en nuestra Facultad. Recientemente ha sido aprobada la reestructuración de la Facultad de Medicina en tal forma que el plan docente se realice a través de tres Institutos, autónomos administrativamente, pero dependientes de la Facultad en lo docente. Estos Institutos son los de Ciencias Pre-Clínicas, Ciencias Clínicas, Ciencias Médico-sociales. Es una forma de producir una mayor integración a nivel de los equipos docentes y de investigación que puede facilitar el progreso hacia nuestros objetivos.

Esta adecuación de las estructuras no es asunto sencillo de efectuar porque supone un cambio de actitud y mentalidad de los propios docentes ya que el proceso involucra a todos los componentes de la Facultad.

Nosotros usamos los años pre-clínicos para entregar a los alumnos, técnicas de trabajo y conceptos básicos: Ecología, Antropología, Bioestadística, Demografía y Estadísticas Vitales, Higiene Ambiental, Epidemiología. Pero se los enfrenta muy precozmente con la realidad social para que entiendan al hombre en su medio de desarrollo.

En el campo de las clínicas básicas y sus relaciones con lo preventivo y social también se están haciendo progresos importantes hacia el logro de la integración de la enseñanza médica y de la práctica de la medicina. Los profesores de clínica han comprendido que la enseñanza limitada a las salas de hospitales ha dejado de ser una preparación suficiente. El hospital está relativamente aislado de la comunidad, de los modos de vida de la comunidad y es excluyente de la morbilidad más común de la población al seleccionar a los pacientes. Los Servicios que de él se puede exigir son más limitados que los que hoy necesitamos para esta nueva medicina.

El estudiante de medicina observa hoy la enfermedad como un episodio de hospital y no como un problema familiar y comunal. Se acostumbra a considerar la asistencia hospitalaria como el aporte más importante a la solución del problema de la enfermedad y no ve sino muy lejanamente los componentes sociales del caso clínico. Se le hace difícil aceptar que la contribución del hospital a la salud de la colectividad pueda ser realmente pequeña o por lo menos mucho más pequeña de lo que él piensa. Desde la sala o desde el consultorio externo no vislumbra que la enfermedad, además de un problema clínico es un problema epidemiológico y un problema social.

Para suplir estas limitaciones no basta la enseñanza agregada en consultorios externos. Ella es muy útil porque muestra al alumno los casos corrientes que forman el grueso de la morbilidad prevalente y que no ingresan a la sala de hospital.

Lo útil es disponer de un programa de salud comunal en el cual se tenga posibilidades de trabajo docente en la sala de hospital, en el consultorio externo y en la comunidad. La participación de los profesores y docentes y de los estudiantes de clínicas en programas de salud es el paso más concreto y formidable en lo que estamos llamando medicina integral, y ayuda al profesor de clínica a comprender los aspectos epidemiológicos, preventivos y sociales de la medicina transformándose en su más adecuado propulsor. Otro efecto importante es que el estudiante se familiariza con los programas de salud y con los aspectos administrativos que ellos envuelven y que hoy día competen a todos los médicos.

Lo dicho no significa cambiar la docencia clínica en las salas por otro tipo absolutamente distinto. Se trata sólo de complementarla con aspectos que ella no puede proporcionar. A la inversa, estamos introduciendo cambios en la concepción de lo que significa la medicina preventiva. Si la entendemos como los conocimientos y técnicas médicas para prevenir enfermedades y sus consecuencias (prevención primaria, secundaria y terciaria), resulta lógico que ella no es una especialidad de la medicina sino un aspecto que está presente en todas y en cada una de las ramas de la medicina, indisolublemente ligado al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del caso clínico.

Por lo tanto, es obvio que no se puede enseñar medicina preventiva aisladamente y que esa docencia debe hacerse a través de las clínicas conjuntamente con todos los demás aspectos del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del caso. Al producirse esta integración, la enseñanza de los aspectos preventivos de la medicina adquiere vida y atractivo para los alumnos y vitaliza la enseñanza de la clínica tradicional. El resultado es que el alumno entiende la responsabilidad clínica total que asume el médico tanto frente al caso aislado como frente al grupo familiar.

La reacción de los alumnos frente a un plan global de esta naturaleza es muy interesante. La experiencia en Concepción nos ha mostrado que al principio toman una actitud de aceptación pasiva; en una segunda fase hay sentimientos en contra determinados por frustraciones, fracasos y escapes a la realidad que se les ofrece; posteriormente los estudiantes se interesan en la diversidad de problemas que ofrecen los casos y las familias, integran mental-

mente los diferentes aspectos de la situación y empiezan a ver al individuo como esa entidad que deseamos mostrarles. En esta tercera fase se transforman en defensores del método, aportando muchas ideas útiles para el desarrollo de los programas y siendo portavoces al mismo tiempo de las aspiraciones de la comunidad.

Otro cambio importante que estamos introduciendo paulatinamente en la enseñanza médica se refiere al internado que se efectúa en el VII año. La idea es transformar el tradicional internado rotativo a través de las clínicas básicas en un internado en medicina integral, de duración de un año, con trabajo a tiempo completo e integrado. Una primera etapa, que estamos experimentando desde comienzos de 1965, es la de requerir a todos los internos dos meses de medicina integral en el sector urbano de Tucapel y en el sector rural de Arauco. El interno se incorpora al equipo de salud local y asume responsabilidades múltiples y simultáneas: clínicas, epidemiológicas, educación para la salud, organización de grupos y desarrollo de la comunidad.

Este tipo de experiencias sugiere la idea de establecer convenios más amplios entre el S.N.S. y las Escuelas de Medicina. Actualmente se está estudiando un convenio entre la Universidad de Concepción y la IX Zona de Salud para establecer un plan coordinado de trabajo de salud y docencia realizado especialmente en base a los 50 internos de medicina, alumnas de enfermería y de servicio social que salen de nuestras escuelas todos los años y que actualmente deben dispersarse para realizar su práctica porque no tienen cabida en el Hospital Regional de Concepción. Esta idea es similar a la que orienta el programa llamado Regionalización de Hospitales por el cual tenemos una relación permanente con el de Chillán. Pero nuestra idea va más allá de la sola asistencia clínica.

En resumen, creemos que ha llegado el momento de no sólo enseñar medicina preventiva y social y de integrar la enseñanza médica sino también el de practicar esta medicina integrada en Chile. Las Escuelas de Medicina chilenas y la de Salubridad, así como el Servicio Nacional de Salud están en condiciones de realizar esta idea en la práctica. Para esto hace falta no sólo el acercamiento entre las escuelas médicas y el S.N.S., sino la traducción de este acercamiento en planes concretos.

3.—*Tentativa de las experiencias en desarrollo.* ¿Son realmente útiles estos cambios en los programas de enseñanza médica?

No podemos contestar esta pregunta. Estamos todavía en un período de ajustes y de búsqueda de los métodos adecuados de integración.

Indudablemente interesa mucho saber si nuestros programas y los métodos docentes sus-

citan realmente en el alumno cambios en su actitud fundamental o mejoran su habilidad técnica acercándolo más al tipo de médico que consideramos necesario formar. De un hecho estamos conscientes: aunque nuestros programas docentes se cumplan metódicamente, esto no es suficiente para pensar que lo estamos logrando todo.

Hemos estado usando algunos sistemas de evaluación de cursos basados hasta ahora, en seis procedimientos:

- a) Test inicial y final de conocimientos en cada curso, para comparar los cambios producidos en el alumno.
- b) Test rápidos, sin aviso previo, sobre materias ya trabajadas.
- c) Supervisión directa, personal, en terreno, del trabajo realizado por los alumnos.
- d) Reuniones de grupos (no más de 10 alumnos) con presentación y discusión de casos y familias y los problemas derivados.
- e) Desarrollo de ejercicios tomados de la realidad.
- f) Al final del curso, en VI año, después del examen final, encuesta directa y anónima para obtener opiniones del alumno sobre los cursos, las prácticas, los métodos docentes, los profesores, lo que falta y lo que está de más en los programas, etc.

A medida que prosigue esta experiencia resulta más claro que es poco probable el poder evaluar un plan docente en términos absolutos

y a través sólo del rendimiento de los cursos. Nos parece que el asunto tiene que hacer también con la opinión de nuestros ex alumnos ya en ejercicio de la medicina. Es posible que los sociólogos nos ayuden mucho en la solución de este asunto. Desde el punto de vista del estudiante la respuesta a nuestra pregunta inicial se obtendrá cuando haya transcurrido tiempo y se hayan acumulado pruebas suficientes de su efecto en la transición de estudiante a médico. Un estudio de esta naturaleza, realizado por Adela Berdichewsky, reveló opiniones de los alumnos que aparentemente resultan favorables a los nuevos programas docentes en lo que se refiere a los aspectos sociales. La opinión de los alumnos de las tres escuelas de medicina referente a la formación social del estudiante fue la siguiente:

Universidad de Concepción: 63% de los alumnos la encontraron favorable.

Universidad de Chile: 34% de los alumnos la encontraron favorable.

Universidad Católica: 27% de los alumnos la encontraron favorable.

No es posible decir si estas diferencias revelan variaciones en los planes de estudio o reflejan diferencias del ambiente social e ideológico en los ámbitos de las tres escuelas. En todo caso es interesante la comprobación de esas diferencias que parecen bastante notables. Pretendemos estudiarlas y presentarlas en el futuro.