



	Página
Editorial	
Crisis. Javier Puerto	2
Plataforma de debate	
• Crisis y salud desde una visión macroeconómica. Juan Velarde	3
• Influencia de la crisis en la gestión de los sistemas de salud. Juan Oliva y José Ramón Repullo	6
• La crisis explicada a mi residente. Francesc Borrell	11
Bioética	
Prestación sanitaria, incentivación, eficiencia y ética	14
Entrevista	
• Introducción	24
• Adela Cortina . Catedrática de Ética de la Universidad de Valencia	25
Investigación y ciencia	
Epigenética	28
Con mano ajena	
• El Plan Bolonia, la crisis económica y la Universidad española. Carmen Avendaño	32
• El sustituto. Almudena Solana	37
En tierra de nadie	
• La piel: ciencia y sensación. José Luis Jorcano y Felipe Benítez Reyes	41
• Ciencia versus narrativa. Josep Lluís Barona y Luis Mateo Díez	43
Desde la memoria	
Ciencia y medicina en tiempos de los virreinos	46
Crítica de libros	
• En el poder y en la enfermedad. José Luis Peset	52
• Vida secreta de nuestros médicos. Alfredo Baratas	55

Crisis

Javier Puerto

Conceptos como crisis y salud están estrechamente unidos, especialmente en un momento en el que los sistemas sanitarios son cada vez más dependientes de la realidad económica.

Crisis, dice la Real Academia Española, es cualquier cambio importante en un proceso físico, histórico o espiritual, aunque también la entiende como la situación de la evolución de una coyuntura determinada, cuando está en duda su continuación, su modificación o su cese.

Si nos refugiamos en la primera de las dos acepciones y entendemos el actual momento de la economía mundial como un momento de dificultad o cambio, podemos confiar en que la evolución del mismo sea positiva.

En cualquier caso, las convulsiones económicas en los sistemas de bienestar inciden siempre, tumultuosamente, en los servicios de salud, cada día más dependientes de la realidad financiera.

Las crisis físicas suelen tener un final ineludible, sólo modificable, en ocasiones, mediante intervenciones científicas. Las de otro tipo, en donde participan factores humanos, pueden ser reconducidas desde la realidad y el deseo; es decir con la asunción de las nuevas situaciones, su adaptación a las mismas y la elección de prioridades ajustadas a los intereses mayoritarios.

Para abordar una crisis y reconducirla con éxito hace falta, en primer lugar, su reconocimiento; en segundo, el estudio de las posibilidades de salida y, en tercero, la elección de las correctas vías para solventarla.

En la Fundación de Ciencias de la Salud, como en todas las instituciones responsables, estamos preocupados por la crisis, más en su vertiente sanitaria, por ser nuestro principal campo de actuación.

Como siempre hemos tratado de hacer, queremos contribuir a la tormenta de ideas necesaria para entenderla, abordarla y superarla.

A ese interés responde el presente número de EIDON. Sin duda volveremos a ocuparnos del tema mientras perdure la situación actual, con el convencimiento de que el análisis prudente y objetivo de la realidad crítica puede ayudarnos a reconducirla en cauces distintos, pero satisfactorios para la mayoría.

Las convulsiones económicas en los sistemas de bienestar inciden siempre, tumultuosamente, en los servicios de salud.

Crisis y salud desde una visión macroeconómica

Juan Velarde

Académico de número de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas

En un momento de crisis es preciso pararse a valorar las necesidades y prioridades desde un punto de vista sociosanitario. Factores como el envejecimiento de la población o el aumento demográfico deben ser analizados cuando se habla de la sostenibilidad del sistema sanitario, pero también otros como el papel de la industria farmacéutica o el “turismo médico”.

Voy a exponer muy sintéticamente aspectos económicos y financieros presentes en estos momentos en España, y que al vincularse con una coyuntura especialmente delicada, en relación con el sector público, exigen especial atención. Naturalmente en lo que expongo existe una continua transcripción de párrafos de diversos documentos y autoridades, aparte de los originalmente míos. Cito, así, previamente a los profesores y expertos Leopoldo Gonzalo, Raga, Puyol, Lobo, Martínez Vigil, Pedro Sabando, Rubia, García Barreno, Segovia, Baca, Caínzos, Florez, Martín Mayorga o Gabriel González Navarro. Se trata, pues, de una especie de síntesis de algo en lo que muchos expertos están de acuerdo.



En primer lugar, por la carestía de la asistencia sanitaria a una población anciana, es preciso tener muy en cuenta este fenómeno de la vejez. Concretamente, conviene señalar **que el envejecimiento demográfico de nuestro país es un fenómeno progresivo e irreversible**. Progresivo, pues puede decirse que habrá “cada vez más viejos cada vez más viejos” o, expresado de otra forma, que está operándose “un envejecimiento de la propia vejez” (aumenta progresivamente el número y proporción de septuagenarios, octogenarios, etc., elevándose aceleradamente, por tanto, la edad media del conjunto de la población).

El envejecimiento demográfico de nuestro país es un fenómeno progresivo e irreversible.

Pero es que se trata también de un **proceso con imposible retorno**. Para corregirlo sería necesario que el índice de fecundidad se elevase desde su nivel actual (1,3 hijos por mujer en edad fecunda) al valor de 6 o más. Lo cual resulta materialmente imposible. Teóricamente, otra vía para el rejuvenecimiento demográfico sería dar acogida a una fuerte inmigración que alimentase los efectivos

de población ya adulta pero joven, de modo que la propia fecundidad de ésta engrosase suficientemente el número de jóvenes. Ello exigiría, sin embargo, un volumen tal de inmigración que resulta prácticamente impensable.

Conviene anotar también que la distribución geográfica del envejecimiento poblacional es muy irregular. En la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, por ejemplo, la población mayor de 65 años representa el 22,5% del total, mientras que en las de Ceuta y Melilla o Canarias, sólo supone el 5,9% y 12,4%, respectivamente.

Gasto sanitario

A esta causa, que es prioritaria, cabe añadir, para entender el fuerte impulso que posee el gasto sanitario, las siguien-

tes:

1ª) el importante incremento demográfico debido a la inmigración (4,48 millones de residentes más durante la última década, según el censo de 2006, y posteriormente las cifras han aumentado).

2ª) la universalización de la cobertura asistencial sanitaria, a cuyos efectos sobre el gasto habría que agregar los del reconocimiento del derecho a la reagrupación familiar de los inmigrantes;

3ª) la implantación generalizada de nuevas tecnologías sanitarias caracterizadas por un alto coste de inversión y unos gastos de aplicación y mantenimiento igualmente elevados, al precisar de un personal facultativo cada vez más cualificado;

4ª) la tendencia a la informatización de la gestión hospitalaria en sus distintas fases y documentos;

5ª) la concienciación social acerca de las ventajas de la medicina preventiva y la positiva estimación de la opinión pública acerca de la eficacia de la asistencia sanitaria española;

6ª) los efectos que sobre el gasto se derivan de la llamada medicina defensiva (consecuencia de la necesidad de dar respuesta a la actitud cada vez más reivindicativa y contenciosa de los demandantes de los servicios sanitarios, al objeto de evitar posibles supuestos de responsabilidad civil);

7ª) ha de señalarse, finalmente, el efecto paralelo que sobre los costes fijos del SNS, sobre todo, ha supuesto el proceso de fragmentación del mismo consiguiente a la cesión de competencias en materia de sanidad a las 17 Comunidades Autónomas, desaprovechando las economías de escala propias de la gestión centralizada del sistema.

Según la clasificación funcional del gasto, la partida más importante estaba representada por los servicios hospitalarios y especializados, con un 53,7% del total, seguidos por los gastos farmacéuticos, con un 23,3%, y de los servicios primarios de salud, con un 14,2%; el resto, 9,8%, correspondía a gastos de capital (3,7%), servicios colectivos de salud (2%), y otros gastos (4,1%). Quiere ello decir que cualquier política que pretenda instrumentarse para la contención del gasto sanitario deberá centrarse preferentemente en la racionalización y mejora de los gastos consuntivos, que representan alrededor del 70% del total, así como del gasto farmacéutico, respecto de cuya importancia España se encuentra en uno de los primeros puestos de la clasificación elaborada por la OCDE.

Industria farmacéutica

Conviene decir algo también sobre el caso especial del gasto en prestaciones farmacéuticas. Como queda dicho, este componente del gasto sanitario reviste particular importancia, no sólo por su peso relativo en el conjunto del gasto (cerca de la cuarta parte del mismo), sino por su interferencia en el funcionamiento normal de todo un sector de la economía: el de la industria farmacéutica.

Hasta 1967, el modelo español consistió en la total cobertura pública de las prestaciones farmacéuticas (ausencia de copago) acompañada de una política de precios administrados. Los Pactos de la Moncloa de 1977 incrementaron significativamente el copago previamente establecido (exceptuando del mismo a los pensionistas y a los enfermos crónicos y de larga duración) y reformaron el control de los precios de los fármacos, aprovechando la situación de práctico monopolio público del sector. A partir de 1993, manteniéndose básicamente este modelo, se procuró, no obstante, introducir elementos de mercado en los criterios de regulación, así como incentivos en el lado de la demanda.

El Ministerio de Sanidad fija como precio de compra de cada producto el más bajo de la Unión Europea

En la actualidad, el sistema de regulación del gasto en medicamentos consiste en limitar la financiación pública a sólo una lista de productos autorizados por la Administración sanitaria, lista que ha ido ampliándose progresivamente. La determinación de los precios de adquisición de esos productos se realiza por el método de adición, sumando a los costes de las distintas fases de producción y comercialización un margen de beneficio fijado administrativamente. Huelga decir que este método goza de escasa aceptación no sólo por su ignorancia de los aspectos relativos a la eficiencia que proporciona la libre fijación de los precios, sino también por las dificultades que entraña su aplicación. De ahí que en la práctica la regulación de precios se verifique mediante el método de “competencia por comparación”. El Ministerio de Sanidad fija como precio de compra de cada producto el más bajo de la Unión Europea. Recientemente se han comenzado a poner en acción la venta de los denominados productos genéricos. Es pronto para conocer su impacto. Han aparecido ya reacciones críticas desde Farmaindustria.

El carácter de la sanidad como bien de mérito, que genera beneficios individuales pero también sociales, y la propia complejidad de los objetivos del SNS (garantizar la universalidad, la igualdad y el equilibrio interterritorial de los servicios correspondientes) dificultan la cuantificación de los beneficios sociales que genera, imposibilitando la aplicación del análisis coste-beneficio como guía para su correcta programación económica. Pero si existen dificultades para medir la eficacia –no digamos la eficiencia- del SNS, sí se poseen, en cambio, datos acerca de la valoración que el mismo merece a la población por él protegida.

Turismo médico

Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), la valoración social de los centros de salud era notablemente positiva. Esa positiva valoración social acerca de la eficacia de los instrumentos fundamentales del SNS contribuye a explicar la significativa demanda que de sus servicios ejercen las personas residentes en otros países de la Unión Europea, en el marco de lo que ya se conoce como “turismo médico”, pendiente de regulación por las instancias comunitarias al objeto de arbitrar mecanismos de compensación entre los países miembros para el resarcimiento de los gastos incurridos por prestaciones a los residentes comunitarios no nacionales.

Hasta el momento presente, la atención sanitaria pública ha demostrado, en comparación con los sistemas sanitarios de los países desarrollados, su alta calidad, eficacia y equidad

comunitarias al objeto de arbitrar mecanismos de compensación entre los países miembros para el resarcimiento de los gastos incurridos por prestaciones a los residentes comunitarios no nacionales.

Pasemos a los aspectos financieros El método de financiación de la sanidad española ha evolucionado desde el originario sistema de cotizaciones a cargo de los beneficiarios, a un modelo de financiación pública basado en recursos obtenidos por vía impositiva, en consonancia con la universalización de las prestaciones del SNS.

No es este el momento para analizar en pormenor la compleja problemática que plantea el actual sistema español de financiación sanitaria derivado del Estado de las Autonomías, aunque sí lo es para señalar las disfunciones que el mismo ocasiona en orden a garantizar un SNS que proporcione un nivel homogéneo de protección sanitaria en el plano territorial. En este sentido, conviene recordar el pronunciamiento de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) en el sentido de la conveniencia de “recentralizar” el SNS a ejemplo de lo que viene ocurriendo en el resto de Europa. La convivencia de regímenes tributarios especiales (País Vasco, Navarra, Canarias, Ceuta y Melilla) y de territorios de régimen fiscal común, a los que se ha reconocido capacidad normativa propia en materia incluso de impuestos estatales transferidos o participados, aboca necesariamente a capacidades de financiación diversas por parte de las Comunidades Autónomas y, por tanto, a niveles de atención sanitaria también diferentes.

Debe insistirse en que la naturaleza de la sanidad como bien de mérito, lo mismo que explica la coexistencia de los sectores sanitarios privado y público, justifica también la aplicación de fórmulas adecuadas de financiación compartida (personal y colectiva) para este último.

De todo ello se derivan una serie de recomendaciones que, a mi juicio, si se atendiesen, podrían conseguir que el Sistema Nacional de Salud, en adelante, incluso incrementase, sin daño para la economía, algo que nos tiene que enorgullecer a los españoles: el que, como se dice, con justicia, en un documento reciente “hasta el momento presente, **la atención sanitaria pública ha demostrado, en comparación con los sistemas sanitarios de los países desarrollados, su alta calidad, eficacia y equidad**”.

Influencia de la crisis en la gestión de los sistemas de salud

Propuesta para una actuación pública sensata y responsable

Juan Oliva

Universidad de Castilla La Mancha

José Ramón Repullo

Escuela Nacional de Sanidad

La crisis económica actual acabará afectando, de una manera u otra, al Sistema Nacional de Salud debido una situación de ingresos públicos menguados y a la imposibilidad de seguir incrementando su deuda para financiar las cuentas públicas. Todos los actores deberán tener la inteligencia suficiente para hacer frente al problema.

Recibir el encargo de escribir sobre el efecto que tendrá la crisis en la gestión de los sistemas de salud es sin duda un reto por múltiples motivos. En primer lugar, porque mientras escribimos estas líneas -a mediados del mes de octubre- somos conscientes de que las mismas pueden quedar obsoletas en el plazo de una, dos, tres semanas ante el anuncio de impago de deuda de Grecia o ante un empeoramiento de la situación en Portugal, o ante un contagio generalizado de falta de confianza de los mercados hacia la zona Euro. Tal es el grado de incertidumbre. Y eso, sin duda, es uno de los efectos más nefastos de la crisis.

En segundo lugar, porque gran parte a la respuesta de cómo está influyendo e influirá la crisis en la gestión y acaso en la estructura de nuestro sistema de salud depende de decisiones de orden político. Y, desafortunadamente, parece que los gobiernos regionales y los partidos nacionales que optan a gobernar a partir de las próximas elecciones generales no están demasiado entusiasmados por mostrar sus cartas con claridad. Lo cual, ya es un claro síntoma de que no existen soluciones mágicas.

En todo caso, la situación de crisis, generalizada a nivel internacional, con particularidades en el caso europeo, y especialmente delicada en el español, parece lejos de estar resuelta. Es bueno ser consciente de ello para no hacernos demasiadas ilusiones sobre la evolución a medio plazo de nuestra economía y para relativizar medidas no conocidas hasta el momento en nuestro país como la reducción salarial de los empleados públicos, el cambio en el sistema de pensiones, o los anuncios de reducción del gasto público realizados ya por parte de los gobiernos regionales. Ante la persistencia del temor de que la recuperación económica tarde en hacerse visible, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se verá afectado por una situación de ingresos públicos menguados e imposibilidad de seguir incrementando su deuda para financiar las cuentas públicas. **La cuestión es si los políticos y los actores más implicados en el SNS tendrán**



José Ramón Repullo



Juan Oliva

la inteligencia suficiente como para ajustar los recursos destinados a la promoción y cuidado de la salud sin que ello suponga una pérdida en la calidad asistencial que reciben los ciudadanos o si, por el contrario, es inevitable tal deterioro.

Un SNS socialmente valioso que merece ser apoyado, pero también modulado

La situación de crisis, generalizada a nivel internacional, con particularidades en el caso europeo, y especialmente delicada en el español, parece lejos de estar resuelta

Es un tópico referir que nuestro SNS es uno de los sistemas sanitarios de mayor calidad y éxito en el mundo. Es posible. Nadie negará la calidad de sus profesionales, principal activo del sistema, ni muchas de las virtudes que lo acompañan, incluyendo la asistencia universal a un coste más que razonable. Sin embargo, ya desde hace años se venían apuntando señales de rigideces en el mismo que, en caso de no corregirse, comprometerían seriamente su solvencia (véase el documento de la Asociación de Economía de la Salud [Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad](#)).

Paradójicamente, hasta el momento, la crisis apenas ha desnudado tales rigideces, principalmente porque el riesgo se ha trasladado a los suministradores, incrementándose sin cesar las facturas pendientes de cobro. No obstante, parece que la magnitud de las partidas y los retrasos acumulados han llegado al punto límite y no será posible seguir recurriendo a esta práctica. Esa bola de nieve tiene la perversión de la urgencia en su resolución. Y decimos perversión porque lo urgente suele tapar lo importante. Sin embargo, sin resolver el problema de la deuda con los suministradores, las medidas de largo alcance probablemente se verán sepultadas por la asfixia financiera del corto plazo. Así, el primer paso, que corresponde más al nivel macro, pero que debe ser soportado por la aportación de información, adecuada gestión de riesgos y apoyo en el proceso de negociación desde el nivel meso, sería acordar un plan de financiación plurianual que permita la reestructuración de la deuda acumulada en un plazo medio, que podría orientarse en torno a los 5 años.

La medida que debería acompañar a ésta, pero que corresponde al nivel macro, sería la revisión del modelo de financiación para el gasto sanitario y la construcción de restricciones y penalizaciones que impidan que sean rentables las conductas de gestión temeraria, que siempre fiaban y acertaban del consabido rescate financiero, puesto que hasta el momento así venía sucediendo.

Es un tópico referir que nuestro SNS es uno de los sistemas sanitarios de mayor calidad y éxito del mundo

El SNS precisa de cambios estructurales

Lo anterior será condición necesaria, pero no suficiente para apuntalar un Sistema Nacional de Salud solvente, para que las severas restricciones presupuestarias que nos acompañarán los próximos años no se traduzcan en deterioros de la calidad asistencial y para avanzar en la evolución de un SNS dirigido a metas de eficiencia y equidad. Hay otras medidas importantes, que apuntan a **cambios estructurales**, y que aun no siendo tan urgentes como la anterior no deben demorarse más puesto que debieron ponerse en práctica hace tiempo. Por tanto, no deben ser interpretadas como medidas a implementar en el largo plazo sino en el corto, con objeto de obtener resultados visibles inmediatos y en el medio plazo.

En primer lugar, como norma general, se debería **comenzar a financiar y a utilizar lo eficiente, no sólo efectivo**. Desde el punto de vista social, no individual, la norma a considerar es la eficiencia, no la efectividad. Una prestación o un servicio para ser eficiente debe ser efectivo y seguro, pero

Desde el punto de vista social, no individual, la norma a considerar es la eficiencia, no la efectividad

además debe haber demostrado que vale (desde un punto de vista social), lo que cuesta (porque el presupuesto dedicado a esa prestación impedirá dedicar los recursos a otras alternativas). La norma general a introducir en la financiación (macro) y en la adquisición y utilización de un servicio sanitario (meso y micro) es apoyarse en criterios transparentes guiados por el concepto de la eficiencia (balance coste efectividad). No debe ser, obviamente, el único criterio, pero sí debe contemplarse como un criterio relevante.

Y ello no sólo por ser una norma racional, y más en un momento de presupuestos menguantes, sino por añadir transparencia al proceso y ayudar a la generación de una cultura evaluativa dentro del mismo, que puede y debe transmitirse a lo largo de los niveles clínicos y de gestión del sistema.

Esta norma general no es únicamente susceptible de ser aplicada a nuevas prestaciones, sino también a las ya existentes. Es decir, tendremos que ser capaces de utilizar la información ya disponible y si fuera necesario generar nueva para identificar aquellos servicios y situaciones donde desinversiones supongan ahorro de recursos sin merma de calidad asistencial, o incluso con ganancia de la misma. Para ello debemos aclarar que estamos refiriéndonos a **desinversiones de medicamentos, dispositivos, aparatos, procedimientos o servicios con escaso valor clínico**, bien porque son inefectivas, bien porque el balance beneficio-riesgo no compensa su utilización, bien porque son innecesarias o bien porque aun siendo efectivas, no son eficientes (existen alternativas con mejor balance entre valor y coste social). Si identificamos (algunas ya lo están claramente) aquellas situaciones donde es posible desinvertir bajo las premisas anteriormente expuestas, no sólo es posible ahorrar de manera inteligente, sino reducir la atención sanitaria de calidad dudosa o inapropiada.

Otro aspecto que deberá ser reforzado necesariamente es una **mayor coordinación asistencial** (atención primaria, especializada y salud pública) **e intersistemas** (sanitario y servicios sociales). Ello exigirá el rediseño del modelo asistencial para el gobierno clínico integrado de procesos, lo cual supone potenciar las estrategias de enlace entre primaria y especializada; en la Declaración de Sevilla, especialistas en medicina interna y en atención primaria buscaron una colaboración activa para los paciente crónicos, pluripatológicos y frágiles, que incorpore y generalice iniciativas de gestión de casos y de gestión de enfermedades; en esencia se trata de que la atención primaria actúe como directora de la orquesta asistencial en casos estabilizados, valorando la posibilidad de asumir con las autoridades sanitarias una función de copilotaje de los servicios sanitarios y sociales de una comunidad. Asimismo, una mayor coordinación entre los servicios sanitarios y los sociales permitirían una más adecuada estratificación del riesgo y un mejor apoyo a los casos más complejos y a los pacientes más frágiles, evitando actuaciones inapropiadas y mejorando la calidad de la atención conjunta ([SESPAS. Declaración de Toledo 2011](#))

Para ello, un tema esencial será eliminar los presupuestos estancos por nivel asistencial, que no fomentan sino la visión de "silo". **Los recursos deben seguir al paciente** y no al nivel asistencial. Se puede apostar por diversas fórmulas pero la financiación capitativa, ajustada por riesgo población, sería adecuada para visualizar el coste integral de la atención a un paciente.

Ello debe suponer además el ir arrinconando los presupuestos asignados a intervenciones o procesos (pagar por hacer) e ir trasladando el énfasis al pago por resultados en salud. El enorme desarrollo de los sistemas de información implantados en los servicios de salud regionales en la última década hace posible ahora iniciar medidas de pagos en el margen por resultados. No obstante, el desarrollo de bases de datos de indicadores de centros y servicios, centrado en indicadores poblacionales ajustados de utilización, y la formalización de indicadores clave del SNS, la homogeneización de los indicadores de calidad utilizados en los contratos de gestión de CCAA, el respaldo de los estudios de variabilidad de la práctica clínica basados en utilización poblacional y el benchmarking o análisis comparativos entre los resultados en salud de centros y áreas, descansa más en cuestiones políticas relacionadas con la transparencia y la calidad democrática de nuestras instituciones que en posibilidades técnicas, puesto que esta información no sólo es útil para la gestión sino también son elementos de rendición de cuentas ante la ciudadanía.

Los cambios necesitan liderazgo, instrumentos de gestión y de organización

Dos cuestiones cruciales son qué personas toman decisiones sobre estos procesos y cuál es su legitimación ante los actores del sistema

Dos cuestiones cruciales son qué personas toman decisiones sobre estos procesos y cuál es su legitimación ante los actores del sistema, especialmente ante los profesionales sanitarios. No será en absoluto posible encaminar procesos de transparencia, rendición de cuentas o avanzar hacia esquemas de incentivos y retribuciones basadas en resultados en salud si los directivos y gestores del sistema no son los primeros en atenerse a dichas reglas. Por ello, la profesionalización directiva a través de concursos por concurrencia competitiva abierta y evaluación periódica de desempeño y la huida de la tentación de acaparar estos puestos para satisfacer exigencias políticas partidistas, aleja-

das del interés público de la ciudadanía, incrementaría la autoridad y poder de los gestores para promover cambios, fomentar la productividad, y corregir problemas de desempeño ineficiente.

Esta apuesta en la profesionalización directiva, debería ir de la mano del desarrollo **de un cambio en los instrumentos de gestión** de la atención especializada convencional, de la atención primaria, y de los servicios públicos en general, en línea con mayor flexibilidad, autonomía, y control por desempeño y resultados. La organización de los servicios sanitarios públicos no es apropiada para la complejidad y naturaleza profesional del trabajo que éstos desarrollan. De hecho, el ensayo de modelos de gestión en centros hospitalarios de nueva creación o servicios específicos (Fundaciones, Consorcios, Empresas Públicas, Concesiones administrativas y Entidades de Base Asociativa), ha recibido mucha atención política en detrimento de la necesaria modificación del esquema administrativo dominante en el grueso de centros y servicios públicos. Además, estos modelos innovadores no han sido un estímulo eficaz, ya que no ha sido viable el tránsito entre modelos burocráticos y empresariales. En la nueva etapa se precisa llevar al límite la transformación de los centros convencionales, buscando cambios en la presupuestación, gestión de personal, gestión de compras de bienes y servicios y gestión de inversiones. La experiencia de Osakidetza, con la creación de un ente público con amplio nivel de descentralización del conjunto de la red, podría ser un ejemplo relevante para buscar alternativas.

Y junto con este cambio de la “meso-gestión”, se precisa **redefinir la organización profesional**. Para ello la actual estructura de servicios por especialidad debe permeabilizarse, facilitando la agregación de servicios próximos en grandes áreas de gestión clínica. Estas áreas, que se han generalizado en países europeos, han comenzado a desarrollarse en algunos hospitales españoles, y son un buen sustrato para que los contratos programa o contratos de gestión que ligan al financiador público con el proveedor público, puedan desagregarse en acuerdos de gestión clínica con esas áreas. De esta forma, las unidades que producen servicios quedan implicadas en compromisos anuales, que son evaluados de forma sistemática. La comparación de resultados entre unidades y hospitales, son las que permiten avanzar en la mejora del desempeño, vía competencia por comparación.

La actual estructura de servicios por especialidad debe permeabilizarse, facilitando la agregación de servicios próximos en grandes áreas de gestión clínica

Conclusiones

La intensidad y la duración de cada crisis concreta y los recursos disponibles (el nivel de renta), unidos a elementos institucionales de cada país en cuestión, son las claves para explicar o predecir si las repercusiones de las crisis sobre la calidad del sistema sanitario y sobre la salud de los ciudadanos serán mayores o queden mitigadas por factores correctores. El Sistema Nacional de Salud ha sido en nuestro país uno de los estabilizadores sociales clave para que la crisis económica no derivara en crisis social. El que los ciudadanos tengan acceso universal a la sanidad en nuestro

país es un logro del que disfrutamos en todo tiempo, pero es un elemento de cohesión social y de protección de la salud que muestra todo su valor en momentos de crisis económica.

La impasividad y los recortes indiscriminados conllevan una erosión de la calidad del sistema y arriesgan la desafección del ciudadano hacia el sistema sanitario y hacia la política. Hay otras alternativas que defender. Un mantra repetido hasta la saciedad en las últimas fechas es que hay que tomar decisiones valientes. Sin duda, pero sobre todo decisiones inteligentes y bien informadas. Ello convierte en inaplazable la tarea largamente retrasada de que la cultura de la evaluación, la transparencia y la rendición de cuentas impregnen nuestro sistema sanitario de una manera mucho más decidida que hasta el momento. Acaso, parafraseando a Lampedusa, todo deba cambiar, no para permanecer igual, sino en este caso para mejorar. Porque, no nos engañemos, un sistema que se cree inmune a la crítica y que no persigue la solvencia y la excelencia, sí, incluso en tiempos de crisis, es un sistema condenado a sufrir un deterioro en su calidad.

Bibliografía

REPULLO JR, FREIRE JM (eds). *Médicos en cinco Sistemas Sanitarios Integrados Europeos; relaciones contractuales de los profesionales médicos en los sistemas públicos de salud en países europeos seleccionados*. Toledo: Consejería de Salud y Bienestar Social – SESCOAM (edición electrónica), 2009.

Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/home/CTU_OPA_REPULLO_FREIRE.pdf

La crisis explicada a mi residente

Francesc Borell

Médico de Familia, EAP Gavarra, ICS, Cornellà de Llobregat. Profesor titular de Medicina de Familia, Facultad Medicina. Universidad de Barcelona.

A modo de carta, Francesc Borrell i Carrió, Médico de Familia, repasa el impacto de la actual crisis económica sobre el sistema sanitario español y advierte de los peligros que corremos si no se adoptan medidas "inteligentes".

Querido residente,

Están ocurriendo muchas cosas que no entiendes. Tampoco yo las acabo de entender. Faltaban médicos y en cuestión de meses sobran. Faltaban camas de hospital y ahora las cierran. Empezaste tu residencia con unas perspectivas inmejorables de trabajo y la acabarás como yo la mía a comienzos de los años 80: mileurismo e incluso paro. Nuestras vidas se entrecruzan: estábamos entonces en la famosa crisis energética, y ahora en la famosa burbuja inmobiliaria...

Pero no todo son **semejanzas**. Hace 30 años el país era mucho más pobre y la presión para conseguir cualquier tipo de ventaja de la Seguridad Social, (bajas laborales, vitaminas para complementar la dieta, jabones dermatológicos para uso doméstico...), distorsionaba la tarea clínica. Ahora, por supuesto, se repiten situaciones que teníamos olvidadas o creíamos que ya no podían suceder, como la siguiente, de hace pocos días: **El Sr. R.B. de 43 años aqueja una miopatía congénita y un síndrome de envejecimiento prematuro. Tiene esposa e hijo y lleva desempleado unos 4 años, ya no cobra ningún subsidio: "¿qué tengo que hacer, coger un pistola y que me manden a la cárcel?, al menos así tendría alguna posibilidad". "¿En qué puedo ayudarte?", le digo. "¿Tiene usted algún familiar que pueda yo cuidar, o un jardín para arreglar o cualquier cosa para darme trabajo?"**.

En estos 30 años hemos avanzado en muchas cosas, en calidad de infraestructuras, medios diagnósticos, preventivos, terapéuticos, y en calidad de formación, (el sistema MIR ha permitido un nivel que para sí quisieran otros países mas desarrollados)... Incluso parecía que la medicina social, de fuerte componente preventivo, quedaba superada por un enfoque más clientelar, tipo americano, donde la prioridad es la satisfacción del usuario. La crisis nos ha devuelto a la realidad: somos un país pobre de maravillosas playas e industria escasamente competitiva. No podemos repartir la riqueza que no producimos, y la mera indignación no eleva el PIB.

Somos un país pobre de maravillosas playas e industria escasamente competitiva

La Sanidad en general, y la Pública en particular, la constituyen empresas medianamente competitivas. El Sistema MIR ha proporcionado un nivel a la sanidad española que para sí quisieran países más avanzados. Nuestro dispositivo de Atención Primaria se cuenta entre los más apreciados, no sólo por su papel de "gate-keeper" y la consiguiente racionalización de costos, sino sobre todo porque ha sabido complementar el rigor técnico con una revitalización de los valores de integridad profesional. Otras especialidades también se han significado en esta recuperación de valores profesionales. La Bioética es una disciplina que en España está implantada y con voz propia. Los hospitales públicos se han ganado la reputación de confiables. Estamos entre los países del mundo con mayor tasa de trasplantes de órganos. Todo ello nos ha situado en unos niveles de confianza de la población inéditos: los médicos y la Sanidad Pública aparece en la última encuesta del CIS como instituciones que merecen la confianza de la ciudadanía. Ello ha sido posible porque centenares, miles de profesionales altamente cualificados han priorizado el bien común por encima de maximizar sus ganancias dinerarias. ¿Cómo afectan los recortes a esta población de profesionales "excelentes"?



Permíteme otra escena de estos días:

Hospital de Bellvitge, 28 de Junio 2011. Un gran cartel en la entrada anuncia (o denuncia): “Hospital de vacaciones, 300 camas cerradas, ¡no a los recortes!”. Otros pasquines de inferior tamaño advierte que “mañana día 29 de Junio los médicos de este hospital realizaremos una huelga en protesta por los despidos de 56 facultativos”. Tengo una reunión con dos médicos –y viejos amigos- que ostentan cargos relevantes y que secundan la huelga: “es una huelga testimonial, sabemos perfectamente que no servirá para nada, pero al menos estos compañeros se marcharán a casa con la sensación de que les hemos apoyado”. Este mismo día hablo con otro compañero de Can Ruti: “en nuestro servicio hemos decidido bajarnos el sueldo y que no echen a dos eventuales que tenemos. Sin embargo nos tememos que más adelante los acaben por echar y además, por supuesto, sin devolvernos la rebaja que nos hemos aplicado, (otro 5% de nuestro sueldo además del 5% del recorte general)”.

Estos médicos con los que hablo son ese 25% de médicos que sostienen el sistema público desde hace décadas. Otro 60% siguen el liderazgo de este sector, y otro 15%... La gran pregunta es cómo afectarán los recortes a este 25% de médicos excelentes. Me cabe pocas dudas en cuanto a mi generación: los recortes no nos desviarán un ápice del empeño que ha dado sentido a nuestras biografías profesionales. ¿Y las generaciones de MIR que no van a encontrar acomodo en la Sanidad? Puedo comprender su frustración, y que busquen salidas fuera de España o en el sector privado... ¿En cuánto se va a descapitalizar al sector público, pionero en tantas técnicas novedosas? ¿Y los gestores, buenos gestores, que han sido cesados para adelgazar las estructuras directivas? Por no mencionar el desprestigio que para la juventud tiene la acción gerencial... ¿Qué consecuencias tendrá disponer de gerencias que apenas podrán dar respuesta a las incidencias diarias, sin capacidad para analizar de manera estratégica el desarrollo profesional o la gestión clínica de los servicios? ¿Y una juventud que da la espalda a la gestión y a la política?

¿En cuánto se va a descapitalizar al sector público, pionero en tantas técnicas novedosas?

Vuelvo ahora a tu realidad, la realidad de un residente que con entusiasmo se aplica para ser el mejor de los profesionales posibles, que desea progresar científica y humanamente. Y lo primero que hay que decir es que no te lamentes, en muchos sentidos tu generación ha sido privilegiada. Los licenciados en Medicina sois la “crème de la crème” de la juventud española, no en vano superasteis una nota de corte superior al 8 en la Selectividad. Sin embargo a la hora de escoger especialidad MIR os inclináis hacia las más competitivas en términos de retorno económico. Muchos os avergonzaríais de ser “solo” un médico de familia... La mayoría no habéis leído un solo libro en el último año. Hipercomunicados en las redes sociales la mayoría sois incapaces de escribir con soltura 3 folios seguidos, ¡menos mal del corrector ortográfico! Sin embargo observo en vosotros inteligencia, algo de solidaridad y bastante ambición, (¡necesaria para cualquier empresa importante, y vuestro proyecto profesional lo es!).

Varios peligros os acechan. El fundamental: conformaros, -o mejor, acomodaros-, a una práctica clínica poco rigurosa, muy centrada en la tecnología y poco en el paciente. Es el peligro de la mediocridad. El segundo peligro es la codicia. En los años 80 teníamos una lacra conocida vox populi como “tarugo”, (consistía en una minoría de médicos que acordaban recetar determinados productos a cambio de un pago dinerario). Ahora tenemos la lacra de otra minoría de médicos que exigen pagos extra a los usuarios de mutuas privadas, ¡en plena crisis!, sin emitir facturas y en opacidad hacia las propias mutuas que les contratan. No aceptan pagos con tarjeta ni emiten facturas... Merece la pena recordar que antes de los valores profesionales vienen los valores cívicos, y de ellos uno relevante es pagar los impuestos. Como ciudadanos solidarios tenemos que querer pagar los impuestos que nos corresponden. No vale destinar 3 semanas de nuestras vacaciones a la ayuda internacional y cobrar en negro en nuestra consulta.

Finalmente, tercer peligro, acomodarnos a los recortes, aceptar una sanidad pública de bajo nivel, y destinada a los que no puedan pagarse una mutua. Ya sea en el sector público o privado debemos exigir los medios para ejercer la medicina del siglo XXI, una medicina basada en evidencias, de alta calidad técnica y humana, ajena a la charlatanería

y que en sí misma sea exponente para la sociedad española de lo mucho y bien que podemos trabajar sin despilfarros ni grandilocuencias. Tenemos que sentirnos muy orgullosos de participar en esta empresa que preserva la dignidad de las personas en momentos tan difíciles, y que pone al alcance de los más necesitados los beneficios de la Medicina del siglo XXI.

Prestación sanitaria, incentivación, eficiencia y ética

Eficiencia, incentivos, ética y prestación sanitaria son conceptos que en situaciones de crisis son difíciles de casar. Para hacerlo, hace falta un debate en profundidad de nuestro sistema sanitario actual.

Nos encontramos en un mundo en el que el proceso de cambio tecnológico en los sistemas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades es espléndido. “Pero eso nos lleva a decisiones muy difíciles y muy complicadas”. Así introdujo Ramón Gálvez, el Ciclo de Conferencias “Prestación sanitaria, incentivación, eficiencia y ética” organizadas por la [Fundación Ciencias de la Salud](#) y el [Servicio de Salud de Castilla-La Mancha \(SESCAM\)](#).

Gálvez, Director Gerente del SESCAM en la fecha en la que se llevó a cabo el debate, se refirió al informe sobre coste de la salud del año 2010 de la OCDE: “en las cuatro tendencias básicas que señala, la cuarta es la agudización de los dilemas éticos y económicos sobre la mejor utilización de las tecnologías y de los recursos sanitarios”. Evidentemente, reconoció que decidir qué es lo correcto a la hora de utilizar una determinada técnica genómica, qué es lo correcto desde el punto de vista ético y qué es lo correcto desde el punto de vista de eficiencia son elementos de una importancia cada vez mayor y de una dificultad que precisan “de un debate de una profundidad extraordinaria”.

El profesional sanitario necesita a su alrededor elementos de reflexión que provengan de otros campos: evaluación económica, de calidad, de resultados, incluso con aspectos jurídicos y legales muy importantes. Pero, como reconoció Gálvez, en “nuestro país no tenemos nada similar”, aunque hay algunos intentos en el País Vasco y otras CC.AA.

Para Gálvez resulta sencillo decir que es ético utilizar eficientemente los recursos, “el problema es cómo pasar de la afirmación a utilizar instrumentos y metodología que sean el soporte para que eso sea posible. Y este es el mayor reto que tenemos las organizaciones sanitarias. Un reto de una importancia clave... pero extraordinariamente complicado”.

Adela Cortina se ha referido a la neuroética, dijo Gálvez. ¿Y por qué se habla de neuroética en el momento actual?, se preguntó. “Porque cada vez que conocemos más la estructura del cerebro humano y sabemos más cómo se almacena la información, cómo se toman las decisiones, estamos en un contexto en el que nos resulta, como en el tema de la física cuántica, que es fácil de definir y difícil de comprender”.

Necesitamos una información de carácter exhaustivo acerca de lo que hacemos, de los procedimientos diagnósticos, de los resultados ... y sin embargo tenemos un sistema que evalúa poco

Apliquemos esto al campo de la prestación sanitaria, afirmó. “Necesitamos una información de carácter exhaustivo acerca de lo que hacemos, de los procedimientos diagnósticos, de los resultados... y sin embargo tenemos un sistema que evalúa poco. Sabemos, y nuestros profesionales de primaria lo saben, que el 35% de los tratamientos antibióticos que se usan en atención primaria están equivocados; son incorrectos. Es una cifra insoportable desde el punto de vista de una organización, pero sin embargo como no existe un sistema habitual de evaluación de resultados, se camina con cierta naturalidad sobre la base de un precipicio”.

Los profesionales sanitarios cada vez estamos más obligados a hacer una reflexión continuada sobre métodos, herramientas e instrumentos para el análisis de las prestaciones sanitarias. Si no, afirmó, “no podremos avanzar. Haremos una declaración, ética y eficiencia, que es algo muy importante, pero no pasaremos de ahí. Por lo tanto, las organizaciones sanitarias, los servicios de salud, tenemos una obligación, que es orientar a nuestras organizaciones hacia la calidad, a la excelencia y a la evaluación de resultados. De lo contrario, la seguridad clínica de nuestros ciu-

dadanos está en grave riesgo”.

Compromiso con el estado del bienestar

Tenemos un compromiso: “orientar nuestras organizaciones hacia la evaluación, hacia la calidad y la excelencia”. Y tenemos además otro compromiso muy importante: la sostenibilidad. “Llevamos 30 años hablando de sostenibilidad, no es de ahora, no es un tema sobrevenido por la crisis financiera, es un tema que se plantea generalmente porque en el fondo se cuestiona algo que es clave, que es el estado de bienestar. El estado de bienestar es la base de la actuación de las comunidades autónomas”.

Por todo esto, señaló el director del SESCAM, debemos ser cuidadosos con las críticas que se hacen a este modelo. **“Hay que hacer un esfuerzo por seguir manteniendo las bases de este sistema sanitario, que es un sistema que garantiza la igualdad, que es público y que es universal, elementos que consideramos imprescindibles para los ciudadanos”.**

Hay que hacer un esfuerzo por seguir manteniendo las bases de este sistema sanitario, que es un sistema que garantiza la igualdad, que es público y que es universal

Ángel María Martín Fernández-Gallardo, Jefe de Área de Farmacia del SESCAM, introdujo la Mesa dedicada a la “Incentivación y Eficiencia” hablando de las líneas de mejora de Castilla-La Mancha dentro del plan para la mejora de la calidad y la eficiencia en la prestación farmacéutica. “Para la mejora de la calidad nos dotamos de un instrumento, que es la Guía Farmacoterapéutica del SESCAM, que desde el momento en el que se constituyó se convirtió en un referente ligado a la calidad. Al mismo tiempo, para la mejora de la eficiencia establecimos unas líneas relativas a la prescripción de los medicamentos más eficientes y por principio activo. Pero hicimos algo más, dimos un paso fundamental dentro de este plan que fue establecer objetivos relacionados con calidad y eficiencia e incentivación relacionada con el cumplimiento de estos objetivos”.

Por lo tanto, desde aquel momento, la política de esta organización relacionada con la prestación farmacéutica dio un salto cualitativo importante hacia un sistema de incentivación de la prescripción por estándares de calidad, por objetivos de calidad y por objetivos de eficiencia. “Ese sistema de incentivación desde entonces es casi una seña de identidad del propio servicio de salud”, afirmó.

Juan Carlos García Arés se encargó de ofrecer la visión del gestor en el ámbito de Atención Primaria del SESCAM. García Arés, Gerente de AP de Guadalajara, trató de demostrar que los incentivos son justos, éticos y necesarios. Presentó datos sobre el área de salud de Guadalajara, con 30 zonas básicas de salud, un número de tarjetas actual de 234.468 y 242 plazas de médicos. Una zona, dijo, muy dispar, que, como en el resto de áreas, también produce disparidad en el comportamiento de los profesionales.

García Arés reconoció que actualmente se tiene mucha información y se pueden tomar más decisiones “muchísimo mejor avaladas que antes”. Entre esas variables está, por ejemplo, la adhesión a la Guía Farmacoterapéutica del SESCAM o el listado de medicamentos más eficientes. Otro aspecto de comparación entre los médicos son las nóminas, explicó.

Presentó datos del gasto en el área de Guadalajara desde 1999 hasta la actualidad. “Ha ido creciendo progresivamente salvo en los últimos años”. Lo comparó con el crecimiento de la población. “Si comparamos el gasto de crecimiento en farmacia y el crecimiento de población sí hay alguna relación en los primeros momentos” aunque posteriormente no tanto.

Incentivos en Castilla-La Mancha

Se desarrolló una iniciativa con el fin de frenar el incremento de gasto farmacéutico con un incentivo de 125.000 pesetas al semestre

En cuanto a los incentivos, comentó que “la primera noticia de incentivos que nosotros tenemos en Guadalajara relacionado con la prescripción farmacéutica se produjo en 2000, cuando todavía dependíamos del Insalud y no se habían producido las transferencias”. Así, explica que se desarrolló una iniciativa con el fin de frenar el incremento de gasto farmacéutico con un incentivo de 125.000 pesetas al semestre relacionada con la consecución de tasas de prescripción de genéricos. “En aquel año en Guadalajara hubo 42 profesionales incentivados”.

Explicó García Arés que se establecieron una serie de medidas de contención del gasto farmacéutico basadas en el uso racional del medicamento. “Así, se proporcionó a cada profesional prescriptor una guía terapéutica de AP basada en la evidencia de la Semfyc; se controlaba a los desplazados; se actuaba sobre los médicos hiperprescriptores, y se proponía una incentivación económica desde el área de Guadalajara acorde con las necesidades. La única posibilidad que teníamos como área era incluir indicadores de calidad de la prescripción en los contratos de gestión individual de los profesionales pero que suponían una incentivación económica francamente baja”.

En el 2004, en el servicio de salud de Castilla-La Mancha se instaura un sistema de incentivación a la eficiencia en la prescripción farmacéutica basada en tres factores: Factor P, ligado al cumplimiento del índice por persona ajustada; factor A, ligado a la adherencia de la guía farmacoterapéutica del SESCOAM, y factor E ligado a la adherencia en el listado de medicamentos más eficientes. “Se ponía un tope de hasta 3.000 euros por profesional. Y, a lo largo de estos años se han ido incorporando bonificaciones que trataban de premiar, por una parte al profesional que llevaba una trayectoria adecuada, y también la prescripción de principio activo. En 2010 se incorporó un nuevo factor que condicionaba la percepción de incentivos a un límite de número de recetas por persona. Como veis en Guadalajara la adherencia a este sistema de incentivos ha sido plena”, afirmó.

Por último se refirió a su visión de los incentivos. “Estamos hablando de ética: la Real Academia de Lengua Española **define incentivo como un estímulo que se ofrece a una persona, grupo o sector de la economía con el fin de elevar la producción y mejorar los rendimientos**”. Nosotros, destacó, tenemos esta frase en el cabecero de nuestra cama: “**lo mejor al mejor precio**”. Una frase que plasma a la perfección nuestro objetivo en cada momento, en cada una de nuestras acciones que llevamos a cabo. “Debemos dar lo mejor por al ciudadano y que cueste lo menos posible”.

Un estímulo que se ofrece a una persona, grupo o sector de la economía con el fin de elevar la producción y mejorar los rendimientos

¿Como conseguimos esto? Evidentemente la evidencia científica nos marca qué es lo mejor, dijo. En 2004 se implantó un sistema de incentivación que hizo que el crecimiento bajara de un 15,55 % hasta un 5,45%, aunque hubo otras series de medidas. Pero sin olvidar la ética. “Teniendo en cuenta que trabajamos con dinero público y que nuestro objetivo es prescribir lo mejor para el paciente y para eso nos basamos en la medicina basada en la evidencia, lo ético es que se haga con el menor coste posible para los ciudadanos”.

Incentivos y eficiencia

Jesús Martino, Director Gerente del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, habló de prestación sanitaria, de incentivos y de eficiencia. “Hablar de un servicio de calidad y de un gasto y de una eficacia supone contar con nuestras instituciones, con la responsabilidad y el compromiso de los profesionales y con aquellos reconocimientos que estamos

dispuestos a ofertar desde el servicio público. Hablar de calidad es hablar de eficiencia, de satisfacción, adjetivos y sustantivos más que manidos”.

Recordó la definición del Profesor Croquin sobre servicios de calidad: “no se puede hablar de nada que sea bueno para un paciente, bueno para un usuario, que resuelva un problema de salud si no es efectivo. Tampoco podemos prodigarnos mucho en principios activos, en principios efectivos si no los podemos pagar. Si el servicio público no se los puede permitir. Y ahí entra el concepto de eficiencia. Y lógicamente nada que sea eficiente, si no es bueno como resultado evaluado, no es bueno como satisfacción propia del usuario, tampoco puede ser de calidad. Y por supuesto todo esto enmarcado en principios éticos en su aplicación”. Es, subrayó, la definición más amplia y la que prima dentro de “nuestro servicio de Castilla-La Mancha”.

Para ello, dijo, contamos con las instituciones y los profesionales, donde valoramos cómo se desarrollan sus actividades y a qué funciones, pero siempre con ese compromiso fundamental que es el “usuario, sus problemas de salud como principal foco de atención”.

Y también tenemos una serie de mecanismos de compensaciones, de reconocimiento, que están ligados a efectos teóricos y filosóficos. Una revisión rápida del sistema de compensaciones en el servicio de salud y en cualquiera de nuestras instituciones muestra que “cualquiera de nuestros profesionales tiene una serie de compensaciones fijas que son las que están vinculadas con las retribuciones salariales básicas y algunos complementos fijos. Y además existen toda una batería de retribuciones variables que están ligadas a otro tipo de actividades. Esta segunda parte ya empieza a establecer una diferencia en el campo de las retribuciones y viene a cubrir necesidades que son más o menos elementales o básicas en la parte en la que hablamos de las expectativas de nuestros profesionales en nuestro medio”.

Los incentivos deben responder y estimular aquellas motivaciones y expectativas de los profesionales que no han sido cubiertas ni por la retribución salarial, ni por la compensación de autoconcierto, ni por ninguna de las anteriores

Luego, dijo, hay una serie de compensaciones extraordinarias que no tienen nada que ver ni con la retribución salarial ni con esa parte complementaria o variable, que depende de un sobreesfuerzo o de una dedicación mayor de los profesionales. “Me refiero a los famosos planes de autoconcierto de las instituciones públicas, no del servicio nacional de salud”. Ahora bien, advirtió, “este tipo de compensaciones extraordinarias tienen el peligro de asumir ciertos deslizamientos perversos. Soy consciente que debe ser una actividad que tiene que estar muy bien gestionada, que responda a unos mínimos previos y, lógicamente, a la que tampoco tiene acceso todo el mundo. Hay gente que se excluye y hay gente a la que excluimos nosotros”.

Pero también, reconoció, hay que hablar de incentivos. “Los incentivos deben responder y estimular aquellas motivaciones y expectativas de los profesionales que no han sido cubiertas ni por la retribución salarial, ni por la compensación de autoconcierto, ni por ninguna de las anteriores”. Los incentivos, afirmó, también sirven para marcar diferencias entre los profesionales y deben ir ligados a una evaluación.

El incentivo puede ser económico, entre otras cosas, pero advirtió, “no debe en ningún momento sustituir ni encubrir deficiencias en retribuciones o en masas salariales”. El incentivo, subrayó, tiene que venir después de estar cubiertas las necesidades retributivas básicas de los profesionales.

“No siempre tiene que ser exclusivamente económico, pueden ser compensaciones horarias, ciertas oportunidades, etc.”. Y además, deben ser evaluados y revisados periódicamente. “Si no se evalúa, si no se cambia, si no se reprograma, pierde su sentido. Con el tiempo pierde su capacidad incentivadora y deja incluso de reconocer algún merito que

en principio pensábamos que estábamos transmitiendo”.

En cuanto al gasto sanitario, reconoció que nuestro sistema sanitario goza de prestigio a nivel mundial. “Seguro que podemos mejorar y progresar mucho más”, señaló, pero una cosa es no valorar este aspecto con ningún sentimiento de culpa y otra cosa es que precisamente ejerciendo un “principio de responsabilidad”.

Gasto sanitario

El incremento del gasto sanitario es un tema que nos preocupa a todos. “En muchos países se estima que el crecimiento de algunos tratamientos va a suponer que no los puedan pagar”. En EE.UU., por ejemplo, hay ciudadanos que no se van a poder pagar el tratamiento oncológico. **“El crecimiento del coste de un tratamiento oncológico de tres años a esta parte está como un 250% por encima de lo que nos costaba hace unos años. Hace cuatro años el coste aproximado era de 25.000 euros al año y en estos momentos está cercano a los 300.000 euros”.**

En nuestro país hay un sistema público, una financiación pública, un sistema universal “que esperemos que siga existiendo”, reconoció. Tendremos que empezar a “priorizar”, a preocuparnos “no por la sostenibilidad”, sino por “mantener un sistema que es el que necesitan nuestros ciudadanos”.

Perder el horizonte en ese sentido, dijo, sería “perder nuestro perfil de sociedad”.

Y para concluir aseguró que “a pesar de lo que está lloviendo y de lo que está cayendo, debemos confiar en nuestro propio esfuerzo. Seguro que somos capaces de ganar terreno a esta batalla por un crecimiento desmesurado y sobre todo en pos de la calidad que debemos prestar de atención a nuestros usuarios”.

Joan Pou, Director Asistencial del Servei de Salut Illes Balears trató de describir su modelo de incentivos. **“Deben ser objetivos claros, realistas y aplicables, consecuentes con las necesidades y las preferencias de los profesionales. Tienen que mover a los profesionales a actuar. Estar bien diseñados, estratégicos y adaptados a su finalidad. Contextualmente adecuados. Justos, equitativos y transparentes. Medibles y que incorporen elementos financieros y no financieros”**, aseguró.

Desde el punto de vista estratégico, el servicio de salud se divide en cuatro áreas: sostenibilidad y eficiencia, la dirigida a clientes, la de procesos internos y la de aprendizaje y conocimientos. “Los incentivos fundamentalmente inciden en la parte de sostenibilidad y eficiencia, en la parte de aprendizaje y conocimiento, por lo que supone de motivación y desarrollo profesional”, señaló.

Partiendo desde una concepción global del sistema de incentivos en el Ibsalud, explicó que los incentivos deben estar en consonancia con los equipos directivos y con los profesionales tanto en atención hospitalaria como en atención primaria. “Nuestros incentivos a los equipos directivos van determinados por el cumplimiento del contrato de gestión. Y tienen las áreas de sostenibilidad y eficiencia, la dirigida a clientes, la de procesos internos y la de aprendizaje y conocimientos”.

Se centró Pou en la atención primaria, “que es donde tenemos más por desarrollar el sistema de incentívación”. Es, explicó, un sistema homogéneo para toda la comunidad autónoma. “La unidad de asignación de incentivos es el equipo de Atención Primaria y los componentes de la asignación son la población asignada que tiene el equipo. Sin embargo, tenemos una característica algo peculiar, sobre todo en la ciudad de Palma, que es una elevada implantación de medicina privada y esto hace que en algunos centros la utilización de servicios respecto a otros cambie”.

Nuestro sistema de incentivos parte de que se establece un incentivo de partida y se modula con tres constantes: se-

guimiento presupuestario, calidad asistencial y calidad de prescripción. “Nosotros introducimos un incentivos global que marca elementos de la gestión de los equipos de atención primaria (la gestión de recursos, la calidad asistencial y la prescripción farmacéutica). Estas dos últimas se definen por una comisión de indicadores de calidad de atención primaria que está formada por directivos de responsables de sistemas de información, pero lo que hace es validar propuestas por las comisiones de indicadores de calidad no asistencial, que son elementos de orientación al usuario, la comisión de indicadores de calidad asistencial, formada por directivos profesionales fundamentalmente sanitarios y no sanitarios, y por la comisión de indicadores de calidad de prescripción, formada por directivos y profesionales sanitarios, que son los que elevan las propuestas de indicadores a utilizar en el sistema de evaluación y de incentivos de los centros a la comisión de indicadores que es quien la detecta y, en todo caso, determina el peso relativo que tiene”.

¿Cómo se distribuyen estos incentivos dentro del equipo? “En tres bolsas: una para los médicos, pediatras, enfermeras, matronas y administrativos y auxiliares de enfermería. La bolsa de médicos y pediatras se distribuye en un 50% ligado a objetivos de farmacia y el otro 50% ligado al caso individual, y los médicos que no llegan al 50% del resultado de su centro no tienen percepción de incentivos porque consideramos que no cumplen el mínimo de calidad. Con este sistema de incentivos hemos conseguido mejoras tanto en la calidad de prescripción desde el punto de vista de la eficiencia como de la calidad. Es difícil decir hasta qué punto las mejoras que establecemos se deben o en qué parte se deben a los incentivos, pero no situamos tanto en indicadores de calidad de prescripción como en eficiencia de prescripción en un rango del sistema nacional de salud algo por encima de la media. Y también en calidad asistencial se han producido en estos años mejoras paulatinas de los diferentes indicadores”.

Ética y economía

En la segunda mesa se habló de “Economía y Ética” y allí se señaló que la sostenibilidad del sistema sanitario en momentos como el actual debe, dijo Álvaro Hidalgo, Profesor Titular de Fundamentos del Análisis Económico de la Universidad de Castilla La Mancha, conjugar tres aspectos importantes con un cuarto que, “desde mi punto de vista es fundamental para la sostenibilidad de los sistemas nacionales de salud”.

Los tres aspectos a los que se refirió Hidalgo son: buscar la eficiencia dentro de los sistemas nacionales de salud. “En una situación en la que los presupuestos son limitados”, dijo, tenemos que ser capaces de priorizar la atención sanitaria que damos a nuestra población en función del uso de ciertas tecnologías, pero también de aspectos como la organización, la mezcla entre sanidad privada-sanidad pública o los incentivos.

Todos estos aspectos tienen que conjugarse en busca de la eficiencia porque es la única forma de que podamos llegar a un mayor número de pacientes, de hacer una mayor actividad sanitaria y, por lo tanto, “garantizar la sostenibilidad de los sistemas a medio y largo plazo”. Y todo sin olvidar algo fundamental, como es la equidad. “ante la misma necesidad es necesario que la respuesta sea idéntica en Toledo o en Barcelona, pero también igual en función de la renta, del nivel de estudios o del género del paciente.

Y, en una situación como ésta, resulta esencial el papel de la eficiencia de los incentivos. A su juicio, en España, aun existiendo bolsas de ineficiencia, “tenemos un sistema de salud, en términos relativos, eficiente porque tiene buenos resultados en salud empleando menos recursos que la media de la OCDE”.

En España, el 70% del gasto sanitario es público y el 30% privado. Sin embargo, explicó, somos el sexto país de la OCDE en gasto farmacéutico, lo que representa el 2% del PIB. Para Hidalgo, resulta lógico que las autoridades y los economistas se centren mucho en este tipo de gasto. “porque es un gasto importante tanto en valor absoluto, como en términos relativos. Esta atención está basada exclusivamente en aspectos que son importantes, como es el

Somos el sexto país de la OCDE en gasto farmacéutico, lo que representa el 2% del PIB

control del volumen o el control del precio y dejamos de lado otros aspectos que son concluyentes a la hora de tomar decisiones que es el retorno, es decir, los resultados en salud que nos dan las determinadas tecnologías y entre ellas los medicamentos”.

La idea fundamental que quiso subrayar es que con la eficiencia no se busca una reducción del gasto, “sino una correcta utilización de los recursos con el objetivo de maximizar el bienestar y la calidad de vida. Al final no solo vamos a tener en cuenta los aspectos de eficacia, seguridad y calidad, sino también un cuarto aspecto que es el de eficiencia o el de balance del resultado en salud”.

Por lo tanto, a las tres barreras típicas que tenía una tecnología para acceder al mercado se añade esta cuarta barrera e incluso una quinta, que es el análisis de impacto presupuestario; es decir, “no solamente tenemos que buscar tecnologías que tengan una buena relación coste efectividad, sino que además podemos mantenerlas y que sean sostenibles a lo largo del tiempo”.

¿Cuánto cuesta la tecnología?

¿La tecnología es cara o es barata? ¿Cuánto cuesta ganar un año de vida ajustado por la calidad? En principio, afirmó, esa no debería ser la pregunta. “Una tecnología que a lo mejor tiene un coste de 300 euros por paciente y año es absolutamente ineficiente y en cambio una tecnología muy cara, como puede ser el trasplante, es altamente eficiente. Por lo tanto el problema no viene dado por el coste, sino por la efectividad clínica, es decir, por el retorno de dicha inversión. **Muchas veces la eficiencia va determinada en su mayor medida por el lado de la efectividad y no por el lado del coste**”.

Cada país analiza el problema desde su perspectiva. “Hay muchas diferencias entre ellos; por ejemplo en algunos países solo se evalúan los principios activos, en otros los nuevos medicamentos sin alternativa terapéutica, en otros todos los nuevos medicamentos, etc. Normalmente en todos los países solamente se tienen en cuenta la perspectiva del financiador sanitario y, por lo tanto, los costes directos sanitarios. Mientras que, por ejemplo en Suecia, se añade una perspectiva social y se valoran tanto los costes directos como indirectos”.

Según el experto, en España no hay ninguna referencia ni explícita ni implícita. “Para acceder al mercado no es necesario un estudio de evaluación económica. Hay un incremento de los trabajos de evaluación económica. Si nos adentramos en la Constitución española ya tenemos aspectos donde se habla de la eficiencia y la economía. En la Ley General de Presupuestos igualmente se habla de aspectos para evaluar el impacto socioeconómico de aquellas tecnologías o de aquellos programas de gasto público. En el ámbito sanitario la [Ley del Medicamento](#) hablaba de financiación selectiva, la orden del 2007 ya centraba nivel de eficiencia. Pero todavía no existe una regulación ni un marco donde se exija los estudios de evaluación económica para la toma de decisiones en sanidad. En España hemos hecho muchas cosas de prescripción por principio activo y promoción de medicamentos genéricos. Hemos hecho un esfuerzo importante por la formación de los profesionales sanitarios. Hemos demostrado aspectos que tienen que ver con la incentívación de los profesionales. Y también aspectos que van con la política del uso racional del medicamento. Pero seguimos sin tener algo que ligue eficiencia con efectividad, con gasto”.

David Larios, Coordinador de los Servicios Jurídicos del SESCAM analizó los aspectos jurídicos. Recordó que en 2009-2010 se produjo una inflexión en la tendencia del incremento del gasto de la factura farmacéutica. “Y, que yo sepa, solo hemos vivido un descenso en el gasto farmacéutico en 1983, en el que el Insalud, mediante un ajuste de las cartillas y con un presupuesto fijo para los médicos en cuanto a los cupos de pensionistas y de activos, consiguió rebajar 25 millones de recetas y el gasto decreció en un 3%”.

El descenso actual tiene unas claras causas y se habla de un efecto combinado de varias medidas. Se cuestionó Larios

hasta qué punto ese derecho a la protección de la salud puede ser condicionado o no por medidas que los poderes públicos se ven obligados a adoptar.

“Precisamente por una limitación de recursos; se deben a medidas combinadas que han adoptado los poderes públicos que son las actuaciones puntuales aunque sin fecha de finalización de descuentos aplicadas por los reales decretos leyes 4 y 8 del 2010. Que afectaban a muchos ámbitos de la vida y en particular a la compra de fármacos por parte de SNS a su financiación. A eso se les añade las nuevas órdenes de referencia, los de junio y julio del año pasado y esta última que ha sido aprobada en marzo que todavía está por ver su efecto. Y también las medidas que están adoptando algunas comunidades autónomas en relación con la racionalización de la prescripción por utilizar la terminología de la ley del medicamento”.

Como reacción a estas medidas se han generado numerosas opiniones de todo tipo. Castilla-La Mancha fue la primera en introducir la medida que es la de retirar del sistema de prescripción electrónica determinados fármacos de marca que tienen equivalentes terapéuticos en formato genérico. “Esta medida ha sido seguida con alguna variación por otras comunidades autónomas, y otras han introducido medidas más drásticas. La más famosa sea quizás la aprobación en Galicia de un catálogo mediante ley que luego se ha desarrollado mediante un reglamento. Y que como todos sabemos ha sido recurrido por el propio Ministerio de Sanidad ante el Tribunal Constitucional y que actualmente se encuentra en suspenso”.

El derecho de obtener los medicamentos necesarios para el estado de salud pero también se añade esta misma coletilla, y al menor coste posible

Por un lado tenemos la responsabilidad de los poderes públicos, Estado, CC.AA., de garantizar la continuidad de la prestación sanitaria con los medios disponibles. Y por otro tenemos la industria farmacéutica, que defiende sus intereses legítimos y a los médicos, que también en algunas ocasiones se han pronunciado a favor o en contra de este tipo de medidas. Pero no hay que olvidar a los pacientes-usuarios. “Éstos son los actores implicados y vamos a ver cómo ponemos en equilibrio todos estos intereses que son legítimos desde la perspectiva de cada uno de estos grupos”.

Recordó Larios lo que se entiende por el uso racional del medicamento: “La OMS en el año 1985 definió que se trataba de **la prestación de una asistencia, en este caso farmacéutica, de acuerdo con las necesidades individuales durante el tiempo adecuado y al menor coste posible para los servicios de salud, para los pacientes y para la comunidad**. Esto ha sido recogido literalmente en la ley 16/2003 en el artículo 16, donde se habla de la prestación farmacéutica en el sistema nacional de salud. Dice exactamente que es el derecho de obtener los medicamentos necesarios para el estado de salud pero también se añade esta misma coletilla, y al menor coste posible”.

No existen recetas mágicas

Lydia Feito Grande, Profesora de Historia de la Medicina y Bioética de la [Universidad Complutense de Madrid](#), reconoció que en este tema “no existen las recetas”. Habrá que ir buscando soluciones específicas en función de los casos particulares.

De los incentivos señaló que tienen que definirse con una finalidad: “**sirven a un propósito y es precisamente la legitimidad de ese propósito lo que dota de legitimidad a esos incentivos**. Es en la finalidad, en la determinación, de cuáles son los fines que perseguimos donde nos jugamos la validez ética de los incentivos”. Evidentemente mucho de esos fines son conocidos, como una mayor producción, una mejora de la calidad, un mayor nivel de los compromisos con los objetivos de la organización. “Pero esto es lo que tenemos que analizar, si esos objetivos de la organización son válidos éticamente como para que podamos pretender promoverlos o si sirven a fines espurios”.

Desde el punto de vista ético conviene distinguir dos tipos de incentivos. “Por una parte, los incentivos que llamaríamos de beneficencia, en el sentido de que hacen referencia a regalos o a reconocimientos por la tarea que realiza el médico en favor de un valor que es evidente que es el valor esencial al que estamos haciendo referencia durante toda la mañana, que es la salud considerada cualitativamente superior a cualquier valor material. Esto recoge lo que ha sido tradicionalmente la relación entre médicos y pacientes, donde el paciente de algún modo es alguien que ha quedado en deuda respecto a ese servicio que había recibido de su médico, al que lo único que le podía deber era agradecimiento y por tanto le rendía honores. De ahí vienen los honorarios, que se consideraban el pago adecuado a los médicos y no el salario. De alguna manera está ahí la idea de un reconocimiento por una labor que no tiene precio. Este tipo de regalos o de reconocimientos no son obligaciones, son prestaciones voluntarias, no se exigen en justicia pero es verdad que pueden actuar como incentivos aunque este no sea su objetivo principal”.

Otro tipo de incentivos serían los de justicia. “En este caso estaríamos hablando de compensación por un buen ejercicio profesional. Es decir, se consideraría que es justo que haya una mayor retribución en función de una mayor eficiencia y eficacia en la actividad que realizan los profesionales. Sería un principio de justicia distributiva basada en la proporcionalidad: aquel que más trabaja, aquel que lo hace mejor, aquel que tiene más méritos merece mayores reconocimientos, mayores compensaciones. Por tanto sería aceptable y tendría sentido pensar que podría haber una retribución variable basada por ejemplo en objetivos o una participación en beneficios”.

Reconoció la experta que son dos espacios completamente diferentes, este es el espacio de la gratuidad del regalo y este es el espacio que en justicia es debido y por tanto es exigible. “Visto así, podríamos decir que los incentivos mejoran y promueven la calidad y por tanto que es algo que está premiando o está reconociendo a quien se compromete con ese ideal de la calidad. Por tanto, no solo sería estrictamente aceptable sino que podríamos dar un paso más, si son entendidos así los incentivos serían exigible éticamente. Sería algo que en justicia deberíamos ofrecer.

Sería una obligación moral de todos los gestores el promover la calidad y evitar la desmoralización y, efectivamente, cabe esa otra opción. Que si no se premia, si no se reconoce, si no se compensa de alguna forma por esa labor bien hecha haya una desmoralización, desgana, apatía o sencillamente un conformismo en la realización de las tareas.”

Con todo, estos incentivos generan problemas éticos. “Tienen que ver con el tipo de actividad que desarrolla el médico, que es una actividad bastante peculiar”. Por eso se elaboran sistemas regulativos internos como los códigos deontológicos, códigos de normas que en primera instancia lo que tratan es de regular el ejercicio de su profesión desde dentro. “Y últimamente se está planteando que los códigos deontológicos se han quedado muy cortos y que no consiguen promover la excelencia profesional que pretendemos, sino que garantizan el cumplimiento de los mínimos. Por ello se han ido promoviendo cada vez más códigos éticos en los que se intenta establecer no el establecimiento de unos mínimos de actividades sino atender a unos ciertos máximos”.

Buscar unos ideales de calidad para buscar no ser unos buenos profesionales sino los mejores profesionales. “Por tanto **a los profesionales se les exige ser responsables de sus actos y técnicas de su profesión. Y entre otras cosas, se espera de los profesionales que no ejerzan su actividad por afán de lucro.** Es un tipo de actividad muy peculiar cuyo fin primordial, por el que se define y por el que cobra legitimidad social, es que favorecen a la comunidad. Favorecen a la colectividad. Eso es lo que permite hablar de que una profesión tiene validez. Y este punto me parece que es esencial. El auténtico sentido de las profesiones es sentir como un deber moral el cumplimiento de esa tarea profesional. A ello se consagra como una tarea que tiene especial relevancia. Por eso es importante definir cuáles son los bienes internos de una profesión, es decir, aquello que las define, que de algún modo es el valor principal que va a defender esa profesión frente a otro tipo de actividades. Por lo tanto, es lo que dota de sentido y de finalidad”.

Pero la realización excelente exige un compromiso personal por parte de esos trabajadores. “Si los profesionales no

tienen ánimo de lucro, podríamos estar tentados de pensar que entonces no deberían ser pagados". Por supuesto que reciben una retribución por su trabajo. "Lo que sí se está diciendo es que el objetivo primordial no puede ser el dinero".

Piensen, dijo, que los profesionales tradicionalmente no solo es que tuvieran una responsabilidad moral, sino es que además tenían impunidad jurídica. "En el fondo lo que se estaba diciendo es que su responsabilidad moral era tan potente que ni era necesario establecer esa obligación moral. Evidentemente en la actualidad no es así. A los profesionales se les exige que cumplan ambos niveles de responsabilidad, tanto la jurídica como la moral. Es más allá de la exigencia que se le plantea a cualquier otro trabajador".

La salud lo más importante

La característica principal de los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario es que están moviéndose y están trabajando con un valor intrínseco, que es la salud. "Si se pierde, se pierde algo importante que no es intercambiable por otra cosa", dijo Lydia Feito Grande, Profesora de Historia de la Medicina y Bioética de la Universidad Complutense de Madrid. Un buen profesional será quien tiene una capacidad para gestionar adecuadamente los valores instrumentales de su trabajo con los que necesita desarrollar su tarea, pero para ponerlos al servicio de los valores intrínsecos.

Probablemente, reconoció, nunca lleguemos a una realización completa de los valores. "Nuestra obligación moral es intentar hacerlo. ¿Qué tendremos entonces que buscar, que promover? Pues gestionar esos valores del modo más prudente y más responsable. Fíjense que esta es la función de la ética, no otra. Es decir, establecer una serie de obligaciones que se derivan de la promoción de unos valores y hacerlo de la manera más adecuada al contexto en el que nos encontremos".

Para finalizar señaló que hay que intentar evitar los extremos: "por una parte el considerar que todo incentivo es perverso en sí mismo y por lo tanto no se debe admitir, una especie de demonización del incentivo. Y por otro lado pensar que los incentivos son todos divinos y maravillosos, siempre adecuados y además hay que promoverlos, con lo cual puede producir una cierta banalización del tema de los incentivos. Frente a ello, una gestión responsable de los incentivos, porque la función de la ética no es ni más ni menos que promover la responsabilidad y no olvidar que toda la gestión que nosotros hagamos de esa eficiencia es exigible, en justicia no puede evitar atender a los fines primordiales de la medicina que son esos valores intrínsecos entre los cuales el principal es la salud".

INTRODUCCIÓN

Una de las características de nuestra revista, desde su fundación, ha sido la entrevista efectuada a un personaje de excelencia del panorama científico o humanístico nacional

En contadas ocasiones, entrevistado y entrevistador fueron igual de destacados en sus respectivos campos. La mayoría de las veces preferimos confiar el trabajo a un miembro del equipo de redacción quien, desde su habilidad periodística, ponía en evidencia las cualidades de los entrevistados, aunque siempre con alguna intervención o sugerencia de los Patronos de la Fundación. Como resulta obvio, EIDON, ya es otra cosa. Sigue constituida en el medio de expresión de la Fundación de Ciencias de la Salud y continúa con su interés por divulgar la Ciencia y las Ciencias de la Salud, por contribuir a la Cultura científica y a las ciencias humanas de la modernidad, pero el sustrato es diferente.

Algunos de nuestros seguidores fieles echarán de menos el papel, el contacto gratificante con las páginas a cuya ausencia nos resistimos quienes tenemos una cierta edad. El trabajo cuidadoso de los maquetadores, la elegancia de los colores pálidos, tendentes al blanco y negro... Otros entenderán el deseo de colocarnos en el presente y mirar hacia el futuro que supone la innovación.

Ahora bien, si el medio es el mensaje, hemos de aprovechar todas las ventajas del mismo.

Publicar una conversación entre dos personajes de excelencia, resulta tarea ingente cuando se hace en papel. Si hubiéramos querido hacerlo con anterioridad, nos habríamos visto obligados a editar un librito junto a la revista. En este momento, sin embargo, resulta sencillo grabar una conversación entre dos personajes, hacer una reseña de la misma para que los lectores sepan su contenido, y efectuar un enganche electrónica mediante el cual se pueda ver, en su totalidad, la entrevista; apreciar sus matices, observar la manera de hablar, de explicarse... de los protagonistas.

Eso vamos a hacer, desde ahora, en nuestra revista y, con ello, ejemplarizamos nuestro deseo de conservar el espíritu pero modernizarlo y mejorarlo.

A partir de este número, la entrevista habitual pasa a convertirse en conversación entre dos personajes y, no sólo eso, pretendemos que el encuentro se realice en un lugar peculiar para el gran público, un sitio de no excesivamente fácil acceso, como puede ser una Real Academia, el laboratorio en donde trabaja el entrevistado, un museo... y así, de paso, damos a conocer lugares emblemáticos de nuestra Ciencia o Cultura no demasiado conocidos.

En esta primera ocasión hemos utilizado a nuestro Director, Diego Gracia, Catedrático de Historia de la Medicina, reconocidísimo experto en Bioética, Director de la Fundación Zubiri, miembro de número de las Reales Academias Nacional de Medicina y de Ciencias Morales y Políticas, para que iniciara la serie.

A su lado ha tenido la amabilidad de estar su compañera, en la última de las Reales Academias citadas, Adela Cortina, catedrática de Ética en la Universidad de Valencia. La entrevista nos da la oportunidad de entender, de primera mano, las inquietudes e intereses de dos expertos en Ética de primera magnitud, nacional e internacional y, de paso, conocer, aunque sea a vista de águila, la Real Academia en donde ambos ejercen parte de su maestría.

Confiamos en que este nuevo enfoque, además de ser de su agrado, les anime a volver al papel y no sólo escuchar sus palabras, sino leer sus artículos periodísticos y sus libros.

La entrevista nos da la oportunidad de entender, de primera mano, las inquietudes e intereses de dos expertos en Ética de primera magnitud, nacional e internacional

ADELA CORTINA

Catedrática de Ética de la Universidad de Valencia

El edificio de la Academia de Ciencias Morales y Políticas es el edificio civil más antiguo de Madrid, la Torre y Casa de los Lujanes. Allí tuvo lugar el encuentro entre dos académicos a los que les une su dedicación a la ética desde distintos ámbitos. Diego Gracia, presidente de la Fundación Ciencias de la Salud, desde la bioética, y Adela Cortina, desde la ética del discurso, una disciplina que se aplica al mundo empresarial, económico y político. En ese marco se pusieron sobre la mesa diversos temas de los que reseñamos algunos.

El espíritu de la Transición

Existen determinados principios de justicia básicos en los que debemos ponernos todos de acuerdo. Esos principios son la forma de actuar ante el paro, la sanidad, la educación o la ayuda al Tercer Mundo. Sea quien sea el partido que gobierne se deberían respetar unos principios universales. Me parece muy irresponsable que los partidos intenten crear crispación y que rompan ese espíritu de la Transición de responsabilidad y generosidad. Es el momento de recuperarlo.

Los maestros

Diego Gracia.

Nosotros fuimos discípulos de una generación anterior que este año está celebrando el centenario del nacimiento de casi todos ellos, Antonio Tovar, Pedro Laín Entralgo, Aranguren... Se denominó a este grupo la Generación del 36. Muchos de ellos permanecieron en España y fueron profesores de la Universidad e intentaron hacer una gran labor intelectual en tiempos de Franco. Los que nos hemos formado allí somos un poco "hechura" suya. Es una Generación muy interesante a la que llamaba Laín el medio siglo de oro que iba desde la Generación del 98 pasando por la del 14, con Ortega, del 27, y más tarde Zubiri. Esta edad de plata se corta con la Guerra Civil, pero muchos de los miembros han intentado no perder esa tradición ¿Cómo te ves tú respecto a esta situación?

Adela Cortina.

Durante aquellos años en la universidad no se hablaba para nada de España, ni de la tradición española ni de ninguno de esos autores. Yo aprendí de ellos después de vagar por Alemania. Mi visión se limitaba a tres totalitarismos absolutamente excluyentes y nuestros manuales que se habían hecho a partir de Trento: nadie podía poner en duda esos contenidos. En el lado contrario estaban los marxistas que opinaban lo mismo pero desde el otro lado.

El otro totalitarismo era el de los positivistas lógicos, que habían aprendido en el círculo de Viena y que entendían que lo que importaba en este mundo eran los hechos y la verificación de estos hechos. Pero nada de todo aquello era racional, era puro emotivismo. Como un cuarto elemento, aparecían los pobres existencialistas que defendían al individuo, la biografía, pero no les hacía caso nadie. A mi me eran los que me caían mejor... Con el paso de los años empecé a aprender de esos maestros a los que te refieres. De Zubiri y Laín la relación entre la ciencia y filosofía, que a mi me los habían planteado como saberes totalmente enfrentados; de Aranguren la importancia de Aristóteles para la ética. Y de Marías y Ortega, la ética de los valores.

La ética mínima

Alemania era la patria de la filosofía. Allí hicimos el descubrimiento de la ética del discurso que formularon Karl-Otto Apel y Jürgen Habermas. Nos interesaba una ética que pudiera tener fundamentos racionales adaptados al siglo XX. Allí encontramos aire fresco. Los autoritarismos se desvanecieron. Resulta que lo moral también era racional, se podía argumentar y discutir y llegar a conclusiones sobre lo justo desde el punto de vista racional. Nosotros pensamos que podía haber una ética cívica para los españoles. Una Ética mínima, pero esta obra se entendió muy mal y se rechazó quizá porque no se captó el verdadero sentido de la palabra consenso. En los dos consensos la clave es que son dos sujetos los que van a establecer un diálogo, lo que ocurre es que en el estratégico, los sujetos se contemplan como medios para sus propios fines. **Cada sujeto entiende que el otro es un medio para los fines que el persigue. Intenta anticiparse a su jugada para hacer otra que a él le beneficie como si se tratara de una jugada de ajedrez.** Esto ha prosperado mucho en la teoría de juegos, pero sigue siendo una forma de individualismo porque no reconoce al otro como un ser que tiene sus derechos y opiniones. Al final se llegaba a la negociación, pero ganaba quien tuviera más poder en este juego de egoísmos mutuos y de instrumentalizaciones. Los consensos políticos eran así.

La democracia moral

Yo creo que **debemos distinguir siempre entre el ámbito moral y el político.** En el político es muy importante la negociación y la estrategia; no se puede desatender las estrategias y ceñirnos solo a los principios universales. En el ámbito moral debe quedar ese trasfondo que siente que aún no hemos llegado porque queda gente fuera. Es cierto que no podemos tener a todos los afectados en condiciones de simetría, pero eso no es una excusa para no intentarlo.

La empresa

Si las empresa no son éticas a la humanidad le irá mal, y tampoco les irá bien a las empresas. Nosotros en los años 90 comenzamos un seminario con empresarios y académicos para reflexionar desde dentro sobre los valores de la empresa. La ética hay que incorporarla en el mundo empresarial por ética y por justicia. A la empresa le interesa captar más clientes por su claridad, no estar peleando siempre con los sindicatos, le interesa no tener que gastar mucho dinero en prudencia. Por coherencia debería asumir la prudencia de quien sabe que hay que generar amigos en vez de enemigos si uno quiere ganar clientes. Pero no solo es cuestión de prudencia, es una cuestión de justicia. Hay que tener en cuenta a los beneficiarios y los beneficiarios no son solo los accionistas sino también los empleados, los proveedores, los accionistas...

Creo que los economistas se han dado cuenta de que la economía no es una ciencia pura como decía Max Weber, sino que en ella están incrustados los valores se quiera o no. Se puede buscar solo la maximización del beneficio a cualquier precio o se puede buscar un máximo razonable en el que no se actúe de forma despiadada. **La gente, cuando toma decisiones, lo hace tomando en cuenta valores y emociones y los valores están insertos en la empresa.** Pueden ser los de la cooperación o los de la competencia pura, los del beneficio máximo o los del beneficio suficiente, los de la prudencia o los de la imprudencia, pero siempre están matizadas unas posiciones u otras. Es inteligente optar por los mejores valores y creo que cada vez se dan más cuenta los economistas de ello. Una empresa ética es un bien público.

¿Cómo es posible que una ciencia que nace para generar riqueza no haya podido conseguir que se evite el hambre?

Adela Cortina Orts es filósofa, ganadora Catedrática de Ética de la Universidad de Valencia y Directora de la Fundación ÉTNOR para la ética de los negocios y las organizaciones.

Tras cursar filosofía y letras en la Universidad de Valencia, ingresó en 1969 en el departamento de metafísica. Y en realizó su tesis doctoral sobre Dios en la filosofía trascendental kantiana. Después de enseñar un tiempo en institutos de enseñanza media, obtienen una beca de investigación que le permite estudiar en la Universidad de Munich, donde entra en contacto con el racionalismo crítico, el pragmatismo y la ética marxista y, más en concreto con la filosofía de Jürgen Habermas y Karl-Otto Apel.

En 1981 ingresa en el departamento de filosofía práctica de la Universidad de Valencia y en 1986 obtiene la Cátedra de Filosofía Moral. Con su obra Ética de la razón cordial, ha sido ganadora del Premio Internacional de Ensayo Jove-llanos 2007. Entre los reconocimientos más recientes a su labor se encuentran el nombramiento como Miembro de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas desde 2008. Es la primera y única mujer que accede a esta Academia.

Autora de numerosos libros, recientemente ha publicado Neuroética y neuropolítica, sugerencias para la educación moral, una obra que, a la luz de los nuevos conocimientos sobre el cerebro, se plantea las grandes preguntas de la filosofía y la ética (¿existen unos códigos morales inscritos en nuestro cerebro que nos permiten eliminar los códigos filosóficos y religiosos admitidos hasta ahora? ¿apoyan los resultados de las neurociencias la construcción de sociedades democráticas abiertas? y trata de responder a estas cuestiones de forma crítica.

Epigenética

El papel de los genes y de los cambios epigenéticos puede ser una herramienta muy útil para avanzar en el conocimiento y tratamiento de enfermedades.

La epigenética es una rama de la biología que pretende explicar por qué los organismos vivos expresan unos genes y silencian otros para conformar así sus características físicas particulares y la susceptibilidad de desarrollar determinadas enfermedades. En los últimos años se han desarrollado tecnologías que permiten prever el comportamiento de los genes, y la industria farmacéutica ha mostrado un enorme interés en el desarrollo de fármacos que controlen dichos cambios epigenéticos. Los ensayos clínicos en marcha se centran fundamentalmente en el cáncer, pues está comprobado que factores epigenéticos juegan un papel clave en el desarrollo de los tumores.

Con el objetivo de analizar el papel de la epigenética en el cáncer, el desarrollo de los seres vivos y el diseño de nuevos fármacos, la Fundación de Ciencias de la Salud y la [Real Academia de Ciencias](#), en colaboración con [GlaxoSmithKline \(GSK\)](#), celebró en Madrid una sesión científica denominada “Epigenética”. El acto puso sobre la mesa una muestra de la investigación epigenética más avanzada del mundo: la alteración de mecanismos epigenéticos en animales, el estudio de las causas por las que una célula modifica su genoma y el diseño de fármacos para intentar controlar estos mecanismos, explicó José María Mato, patrono de la Fundación de Ciencias de la Salud, director del [CICbioGUNE](#) y académico correspondiente nacional de la Real Academia de Ciencias.

Por su parte, Luis Franco, académico de número de la Real Academia de Ciencias, apuntó que “cada vez se describen más datos que apuntan hacia la influencia de las modificaciones epigenéticas en la expresión génica”. Tras haberse logrado ya la secuenciación del genoma humano, “ahora se está trabajando en la descripción del epigenoma, lo que podría ayudar a comprender la base del cáncer y de otras muchas enfermedades de origen epigenético”, como la obesidad o la diabetes. En un futuro no muy lejano, “esta disciplina podría empezar a desentrañar las numerosas influencias del medio ambiente sobre la salud humana, con el objetivo de corregir o racionalizar sus efectos más nocivos”.

Cambios heredables

Se entiende por epigenética al “estudio de cambios heredables en la función de los genes que ocurren sin un cambio en la secuencia del ADN”

Mario F. Fraga, del Centro Nacional de Biotecnología (CNB/CSIC) y del Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias (IUOPA), se centró en la “Epigenética, desarrollo y cáncer”. La primera persona que habló de epigenética, dijo, fue el embriólogo escocés Conrad Waddington. Waddington se planteó algo que hoy puede parecer bastante obvio a priori pero que no lo es: “¿Cómo es posible que mismas células del organismo con el mismo acervo genético sean capaces de originar formas completamente distintas, como una célula neural y sanguínea?” Propuso este investigador que había mecanismos moleculares por encima de los genéticos, y los llamó “epigenéticos”.

Sesenta años después, dijo, se entiende por epigenética al “**estudio de cambios heredables en la función de los genes que ocurren sin un cambio en la secuencia del ADN**”. Sin embargo, desde un punto de vista más intuitivo, para Fraga, la epigenética estudia los mecanismos moleculares que están implicados en la “transformación de la cromatina abierta o eucromatina en cromatina cerrada o heterocromatina, que son sobretodo, procesos moleculares implicados

En los últimos años se han desarrollado tecnologías que permiten prever el comportamiento de los genes, y la industria farmacéutica ha mostrado un enorme interés en el desarrollo de fármacos que controlen dichos cambios epigenéticos

en dicha transformación son metilación del ADN, modificaciones postrasnducionales de las histonas y, más recientes, del microARN, y todo ello dentro del contexto de la maquinaria de remodelación de la cromatina”.

En este punto es muy importante destacar que todos estos procesos moleculares sean los mecanismos más importantes encargados de activar y reprimir genes, y esto, afirmó, “nos da una idea de la relevancia que tienen estos procesos dentro de la célula, porque al final van a estar controlando absolutamente todos los mecanismos que tienen lugar dentro de una célula en particular y, por lo tanto, dentro del conjunto del organismo”.

Fraga se centró en la metilación del ADN, el mecanismo epigenético más estudiado. “La metilación del ADN consiste en la adición de un grupo de tilo en la posición 5 prima de la citosina”. La citosina, explicó, es una de las bases que forma la molécula de ADN.

Independientemente de las cuestiones químicas y estructurales, Fraga quiso subrayar algo que considera realmente importante para entender el significado biológico de la metilación del ADN; es decir, “es saber dónde ocurre la metilación del ADN dentro del genoma completo”. Para explicar esto se suele utilizar un esquema donde se diferencian distintas partes del genoma. Por un lado tenemos el ADN repetitivo, lo que muchos conocen como ADN basura pero que ya no es tan ADN basura, que son regiones que contienen una densidad muy alta de dinucleótidos CpG”.

En las zonas del ADN repetitivo, señaló Fraga, los mamíferos tenemos una densidad muy alta de dinucleótidos CpG altamente metilados.

Además, “tenemos las regiones intergénicas que tienen una densidad baja de dinucleótidosCG que también están altamente metilados”.

Por otro lado están los genes que, a su vez, se dividen en los cuerpos de los genes y las regiones promotoras. “En los cuerpos de los genes hay una densidad baja de CpG y están mayormente metiladas. Las regiones promotoras, que controlan la actividad de los genes, tenemos una densidad alta de dinucleótidos CpG demetilados”.

Un concepto muy importante el papel de la metilación del ADN es que depende de la región del genoma dónde se está produciendo dicha metilación. “La metilación del DNA es absolutamente necesaria para la vida –subrayó-. La mejor prueba de ello es que cuando eliminamos la enzimas que se encargan de originar dichas modificaciones epigenéticas en ratones no son viables en las primeras etapas del desarrollo embrionario”.

Metilación de ADN

El investigador señaló que en los últimos años se han descrito numerosos procesos biológicos en los cuales la metilación del ADN tiene un papel claro. “Entre ellos está la propia regulación de un gran número de genes durante el desarrollo embrionario”. La metilación del ADN es un proceso importante para el desarrollo de la vida sin el cual los organismos no son capaces de desarrollarse correctamente, afirmó.

La pregunta es que si, al igual que el código genético es estable, la información epigenética lo es también a lo largo del desarrollo endogenético de un individuo o va cambiando a lo largo de la vida. En este sentido, Fraga comentó que algunas teorías proponen que durante el desarrollo endogénico y el envejecimiento se van produciendo una serie de errores genéticos y de errores epigenéticos en las células madre adultas. “Esta acumulación de errores está relacionada con un decaimiento de las funciones de las células madre adultas y dicho decaimiento está directamente relacionado con dos cuestiones impor-

Hay diversos estudios, en humanos y en animales, que muestran que la epigenética va cambiando durante el desarrollo

tantes: la pérdida de estas células para mantener homeostasis tisular, que llevaría directamente al envejecimiento, y por la aparición de enfermedades durante el desarrollo oncogénico, que están directamente relacionadas con la edad”.

Hay diversos estudios, en humanos y en animales, que muestran que la epigenética va cambiando durante el desarrollo. El laboratorio de Fraga ha analizado cuál de estos factores estaba implicado en la variación epigenética. Utilizando dos gemelos monocigóticos -genéticamente iguales- podemos aislar la variación genética y las diferencias epigenéticas, en principio, han de deberse a factores medioambientales. “Los estudios nos sugieren que efectivamente apoyaba hay cambios epigenéticos durante el desarrollo del individuo y que dependen de factores medioambientales”, comentó Fraga.

Y, ¿estas alteraciones que vamos acumulando a lo largo de la vida tienen consecuencias funcionales? ¿Se traducen en enfermedades? El equipo de Fraga ha estudiado este proceso en diabetes tipo 2 y en lupus eritomatoso. Pero, apuntó, por lo que realmente se conoce la metilación del ADN es por el papel que tiene la metilación del ADN en el cáncer. Y no siempre queda claro que la metilación del DNA es necesaria para la vida, porque el papel que juega en el cáncer ha eclipsado totalmente el papel que tiene esa modificación genética en la vida”.

En estos últimos años, señaló, se han descrito muchos genes que están hipermetilados aberrantemente en diferentes tipos de tumores. Son muchas las posibles aplicaciones: “utilizar el estado de metilación de diferentes genes como un marcador que se pueda emplear en clínica es una de ellas”, afirmó.

Así, en 2004 se hizo un estudio que planteaba que utilizando el estado de metilación en solo cuatro genes se identificaban adenocarcinomas de próstatas con una sensibilidad de un 97%. Hoy ya hemos llegado a un punto en los que hay kits clínicos que se pueden utilizar para identificar si un paciente tiene un tumor determinado. “Este es el caso del ejemplo desarrollado por Epigenomics. Este ensayo lo que hace es mirar el estado de metilación de la septina 9, que es un gen que se hipermetila prácticamente exclusivamente en el cáncer de colon”. Esto, añadió, es un avance real y un “beneficio para la sociedad”.

Hepatocarcinoma

La profesora María L. Martínez Chantar, de la Unidad de Metabolómica de CICbioGUNE, se centró en el papel de las modificaciones epigenéticas en el desarrollo y la progresión del carcinoma hepatocelular y en el papel que tiene la S-adenosilmetionina (SAME) mediante estas modificaciones epigenéticas. “La S-adenosilmetionina es el mayor donante de grupos metilo que existe en la célula y por tanto sus niveles van a tener una implicación directa en la modificación epigenética y en el desarrollo del carcinoma hepatocelular”.

Los pacientes con cirrosis hepática presentan bajos niveles de SAME debido principalmente a una disminución en los niveles de expresión del gen codificante para MAT, MAT1A

En el hígado, explicó, se producen tanto la síntesis como la degradación de SAME, y por tanto este órgano controla la homeostasis del metabolito. “Las enzimas responsables del anabolismo y catabolismo de SAME son respectivamente la Metionina S-adenosiltransferasa (MAT) y la Glicina N-metiltransferasa (GNMT)”. Así, se sabe que los pacientes con cirrosis hepática presentan bajos niveles de SAME debido principalmente a una disminución en los niveles de expresión del gen codificante para MAT, MAT1A.

El primero en tener unas ciertas evidencias de la importancia de los grupos metilo en los daños hepáticos fue Best. “En 1932 cuando demuestra que un grupo de experimental de ratas es alimentada con una dieta deficiente en grupos metilos como metionina, colina o folatos, el hígado desarrolla esteatosis. Y cuando la dieta continúa en este grupo experimental las ratas desarrollan esteopatosis, fibrosis y carcinoma hepatocelular. En 1947, Kinsel muestra que pacientes cirróticos tienen alterado el

metabolismo de metionina. En 1988, Martin-Duce, ya más próximo a la molécula de SAME, describe que pacientes cirróticos tienen reducidos niveles de S-adenosilmetionina; es una de las primeras evidencias claras donde existe una relación entre la enfermedad hepática y esos niveles de SAME”.

Pero también SAME puede tener unos efectos beneficiosos, apuntó. En unos estudios en pacientes cirróticos, en estadio iniciales y medios de la cirrosis, la supervivencia de los enfermos aumenta con el tratamiento con SAME en comparación en pacientes donde se trataron con placebo. “Por tanto, tenemos unas alteraciones en los niveles de SAME que pueden tener una unión con el daño hepático y por otro lado el tratamiento con SAME en determinados pacientes en determinados estadios pueden jugar un papel beneficioso”.

El equipo de la profesora Martínez Chantar ha empleado **el modelo de ratón knockout MAT1A-KO para demostrar que una “deficiencia crónica de SAME predispone a un daño en el hígado que conduce a la aparición espontánea de esteatohepatitis no-alcohólica (NASH) y hepatocarcinoma celular (CHC)”**.

Asimismo, este grupo ha demostrado que niveles elevados de SAME, como los que se producen en el modelo de ratón donde el gen GNMT se ha delecionado (GNMT-KO) y en pacientes con mutaciones en este gen, “desarrollan esteatohepatitis, apoptosis, fibrosis y carcinoma hepatocelular en los que las modificaciones epigenéticas juegan un papel principal”.

Estos resultados, subrayó, ponen de manifiesto que los niveles de SAME requieren una regulación muy fina, ya que tanto un exceso como un defecto de esta molécula provoca un desorden metabólico que conlleva a una proliferación comprometida del hepatocito y el desarrollo de la enfermedad hepática.

El papel del los bromodominios

Por último, la profesora Chun-wa Chung, del Centro de Investigaciones Medicinales de GSK en Stevenage (Reino Unido), analizó el papel de los bromodominios como nuevo tipo de diana epigenética para el descubrimiento de pequeñas moléculas.

Afirmó esta investigadora que los mecanismos epigenéticos de regulación de los genes tienen un “papel profundo en el desarrollo normal y procesos de la enfermedad”. Así, explicó que el mecanismo de regulación implica multi-dominio de las proteínas a menudo en el contexto de los grandes complejos megaDalton e interacciones multivalentes. Y, afirmó, “una parte integral de este mecanismo se produce a través de la acetilación de la lisina de las colas de las histonas que son reconocidos por bromodominios”.

Los mecanismos epigenéticos de regulación de los genes tienen un “papel profundo en el desarrollo normal y procesos de la enfermedad”

La investigadora describió el descubrimiento y caracterización molecular de potentes inhibidores de pequeñas moléculas que interrumpen la función de la familia BET de bromodominios (Brd2, 3, 4). Combinando el cribado fenotípico, la proteómica química y los estudios biofísicos y estructurales, “hemos visto que las interacciones proteína-proteína entre estos bromodominios y la cromatina pueden ser antagonizadas efectivamente por medio de pequeñas moléculas selectivas”, añadió.

El Plan Bolonia, la crisis económica y la Universidad española

M^a DEL CARMEN AVENDAÑO LÓPEZ ¹

Catedrática de Química Orgánica y Académica de Número de la Real Academia Nacional de Farmacia



1. Evolución de la Universidad española

La Universidad en la que nos tocó ser alumnos daba una impresión bastante pobre, había pocos maestros y la actividad investigadora era escasa. A partir de entonces el **número de alumnos** experimentó un rápido crecimiento. De los 76.500 alumnos existentes en 1960 se pasó a 205.500 en 1970, multiplicándose este número por 7 en el año 1995. Este crecimiento fue acompañado por la **creación de muchas Universidades Públicas**, programadas en buena parte sobre bases políticas, así como de varias Universidades Privadas. Paradójicamente, la multiplicación del número de universidades coincidió con un descenso de la natalidad y, en consecuencia, del número de estudiantes universitarios. Por ello, se hizo necesario que algunas de las titulaciones programadas pasaran de fijar un numerus clausus de alumnos matriculados a competir por su captación. Actualmente la crisis económica, con un 42% de paro juvenil, está motivando que muchos jóvenes decidan seguir estudios universitarios en lugar de salir al mercado laboral, lo que ha provocado un aumento del alumnado de nuevo ingreso del 10% en el curso 2010-2011.

También han cambiado los sistemas de **selección del profesorado** para valorar la capacidad de los candidatos, un aspecto clave para conseguir una docencia universitaria de calidad. En el año 2002 se sustituyeron los concursos-oposición por una habilitación nacional limitada por la disponibilidad de plazas, y ésta se transformó en 2007 en una acreditación sin límite de plazas y sin pruebas públicas. Durante los tres primeros años de implantación de este último sistema se ha acreditado un 70% de los solicitantes, pero sólo obtuvo plaza el 44% de los mismos, siendo este porcentaje aun menor en algunas universidades. El eterno debate sobre si la figura de **Profesor Numerario** debe ser sustituida por la de **Profesor Contratado** sigue vivo y sin resolver.

En paralelo a las fluctuaciones del alumnado y a los cambios en los procedimientos de selección del profesorado, la reciente disminución de recursos públicos y privados derivada de la crisis económica y de la creación de varios centros de investigación de excelencia ha tenido como resultado una menor relación entre el número de proyectos de investigación financiados y solicitados por profesores universitarios, lo que presagia el fin de un periodo en el que el aumento sostenido del presupuesto incentivó la actividad investigadora y supuso una mejora notable en la Universidad española.

La incorporación de ésta al [Plan Bolonia o Proceso de Convergencia Europea](#), surgido para poner orden en la selva

de titulaciones existentes y promover la movilidad entre los distintos países ha encontrado muchas dificultades porque, como veremos, se trata de una gran reforma y porque, aunque la Universidad Pública española adolecía de muchos defectos, es cuestionable que ésta sea mucho mejor cuando culmine su implantación. Pensamos que este plan carece de tres de los pilares en los que debería descansar cualquier sistema que pretenda optimizar los recursos de nuestra universidad: **menor burocracia**, que actualmente ocupa una gran parte de la actividad del profesorado; **mayor flexibilidad**, que minimice entre otras cosas la rigidez para definir las titulaciones y los postgrados así como la selección y contratación del profesorado, y **financiación adecuada** para cumplir con la labor docente y la investigadora.

Este plan carece de tres de los pilares en los que debería descansar cualquier sistema que pretenda optimizar los recursos de nuestra universidad

El **Plan Bolonia contiene tres cambios fundamentales**: la implantación del *European Credit Transfer System* (ECTS), por el que se establece que un crédito equivale a unas 25 o 30 horas de trabajo dentro y fuera del aula, lo que supone la reducción de las horas de clase presencial a favor de prácticas tuteladas por el personal docente; la división de la educación superior en dos ciclos, un grado de orientación generalista y un postgrado de orientación especialista, en los que se pretende la adquisición de habilidades frente a la adquisición de conocimientos a fin de dar respuesta las necesidades laborales de la sociedad; y la creación de sistemas de acreditación con evaluaciones internas y externas que vigilen la calidad de los centros y su adaptación a los requisitos del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES).

También establece el *Suplemento al Título (Diploma Supplement, DS)*, en el que se detallan las competencias adquiridas y se explican las asignaturas cursadas. De este modo la licenciatura, mantenida en Europa desde la Edad Media, se sustituye por un grado seguido de un master; se potencia la movilidad de los estudiantes mediante un sistema de reconocimiento de los créditos; y se establece un nuevo modelo de educación basado en objetivos y competencias.

Los cambios programados no implican por sí solos que se alcance la deseada excelencia universitaria

A favor del proceso de Bolonia se han manifestado, entre muchos otros, la Asociación de la Universidad de Europa (EUA), la conferencia de rectores españoles (CRUE) y buena parte de la sociedad, que lo contempla con la esperanza de que permita a los universitarios un más rápido acceso a un puesto de trabajo. Puede que sea sí, pero los cambios programados no implican por sí solos que se alcance la deseada excelencia universitaria. Según el profesor de la Universidad de Oxford Graham Gibbs, el Plan introducirá cambios y un exceso de normas en la organización de las universidades europeas, pero

no afectará positivamente a la calidad de la enseñanza: "Para esto no hacía falta cambiar el sistema burocrático ni la organización, sino impulsar una mayor autonomía que permita a las universidades liderar proyectos docentes y de investigación en los ámbitos en que cada una puede destacar".

El **movimiento anti-Bolonia** consideró este proceso como una reforma neoliberal en la que la educación se concibe como un mero requisito de acceso al mundo laboral, y originó desde el año 2005 un debate muy politizado que se redujo en el curso 2008-2009. Este rechazo no ha sido exclusivo de la Universidad española, sino también de muchas universidades europeas. Para estos colectivos se trata de una reforma fundamentalmente económica que pondrá a la Universidad al servicio de la empresa privada y provocará una elitización de la enseñanza universitaria. ¿Constituye el rechazo al Plan Bolonia una revolución anti-sistema?

El paro entre los licenciados españoles se sitúa en el 10%, superando en 5 puntos al del resto de Europa. Según el **último informe de la "Fundación Conocimiento y Desarrollo"** habría que reorientar el sistema, ya que un 30% de los titulados universitarios desarrolla trabajos que se encuentran por debajo de su nivel de preparación debido a que el mercado laboral español no ofrece suficientes puestos de alta cualificación. Por otra parte, si se redujera al mínimo

el número de titulaciones de baja demanda (en el curso 2008-2009 el número de nuevos alumnos en el 42% de las titulaciones era inferior a 50), concentrando éstas en unas pocas facultades, se podrían ahorrar 2.100 millones de euros. Finalmente, dicho informe propone reordenar el trabajo de los profesores universitarios para potenciar la actividad investigadora. En España hay 9 profesores por cada 100 alumnos, siendo 6 la media europea, y una cuarta parte de aquellos no presenta resultados o no logra el reconocimiento de dicha actividad. El peor diagnóstico procede de las empresas españolas, que en su mayoría consideran que la Universidad carece de una organización que le permita contribuir al desarrollo económico.

En cuanto al objetivo **movilidad** pensamos que, aunque deba estimularse, no ha sido hasta ahora un gran obstáculo. De hecho, la creciente emigración de los universitarios españoles demuestra que su formación era homologable y adecuada para realizar una actividad profesional fuera de nuestras fronteras.

2. Transfondo económico del Plan Bolonia

El Plan Bolonia tiene como principal referente las ideas reflejadas en el libro *La sociedad post-capitalista*, publicado en 1974 por Peter Drucker. Autor de múltiples obras que influyeron enormemente en la gestión de las organizaciones, en los sistemas de información y en la sociedad del conocimiento, destaca en dicho libro la necesidad de generar una teoría económica que coloque a éste en el centro de la producción de riqueza, ya que lo más importante no es la cantidad de conocimiento sino su productividad.

Es evidente que **la Educación Superior no ha sido nunca rentable en términos económicos**. El Catedrático de Economía García Montalvo argumentaba recientemente que “puesto que la rentabilidad social de la educación es mayor en los niveles inferiores de ésta, sobre todo en la etapa infantil, si fuera necesario reducir el gasto público debería hacerse en la Universidad, donde la rentabilidad social es casi nula”. No podemos sorprendernos de que los necesarios recortes presupuestarios que han de realizarse en España afecten también a la Universidad, pero la implantación de la reforma que nos ocupa resulta imposible a coste cero. Además, dado que los títulos y programas de un master tienen que ser aprobados por la Comunidad Autónoma correspondiente, y esta aprobación es requisito imprescindible para ofertar posteriormente un doctorado, es evidente que el segundo ciclo de la enseñanza universitaria dependerá de lo que cada Comunidad Autónoma decida invertir en educación superior. Da que pensar, por ejemplo, que la financiación externa de un programa de Doctorado se considere un criterio de calidad del mismo, ya que puede suponer la eliminación de los doctorados en áreas temáticas que no encuentren financiación externa. Todo lo anterior permite sugerir que una de las motivaciones de esta reforma ha sido la liberación parcial de la enorme carga económica que, junto con la Sanidad Pública, supone la Educación Pública Superior.

3. Cambios de objetivos en la docencia universitaria. Objetivo Calidad

Lo más controvertido de esta reforma es que esencialmente se reemplaza la transmisión de conocimientos por la adquisición de destrezas, competencias, y habilidades. Sus defensores opinan que se trata de métodos más prácticos, gracias a las continuas evaluaciones y al trabajo en equipo. Este modelo, basado en potenciar desarrollos y habilidades huyendo del currículo basado en los contenidos, que también se propone para que surja una nueva escuela, se resume en esta frase de un profesor universitario: “Ahora, adquirir conocimientos e información es el factor limitante. En el futuro no lo será. Para hacernos con la información ya tenemos Internet y otros muchos lugares accesibles”. Según el profesor Richard Gerver, se necesita una escuela que prepare a los jóvenes “para que sepan asumir riesgos, que entiendan mucho mejor la cultura de la innovación, que sean muy proactivos, responsables, que sepan trabajar en equipo, manejar la comunicación, las redes sociales... Hay que huir del currículo basado en los contenidos”.

Se reemplaza la transmisión de conocimientos por la adquisición de destrezas, competencias y habilidades

Volviendo a la Universidad, creemos que saber gestionar el conocimiento no significa adquirirlo ni generarlo, y resultaría paradójico que en la “sociedad del conocimiento” éste se conciba como algo superfluo, si no innecesario. Da la impresión de que la creación del Espacio Europeo de Educación Superior supone implantar una formación generalista sobre la base de que la sociedad global en que estamos inmersos necesita estudiantes que finalmente puedan desarrollar capacidades generales o competencias no específicas. Estamos de acuerdo en que “los títulos universitarios deben contemplarse desde la perspectiva de las actividades que los titulados serán capaces de desempeñar, adquiriendo cualidades útiles”, pero la transmisión y generación de conocimientos que caracteriza a la Universidad no puede sacrificarse con el fin exclusivo de satisfacer las demandas de los empleadores.

Cabe también interpretar este nuevo modelo como un medio indirecto para disminuir el elevado **fracaso escolar**, teniendo en cuenta que “el máximo de suspensos en una clase será del 10 o el 15%, y eso será así porque, independientemente de la forma de evaluar, cada profesor tendrá asignada una valoración ponderada de su alumnado. Es decir, desde el comienzo de curso ya se sabrá que el 15 o el 20% de la clase recibirá la calificación más alta y que el 10 o el 15% suspenderá”. ¿Es necesario bajar el listón? ¿No es suficientemente aleccionador el fracaso de esta filosofía en las enseñanzas medias? Ahora ocurre que en lugar de tutelar el proceso de aprendizaje a través de seminarios, tutorías, y clases prácticas, el profesor se convierte en “colaborador en la adquisición de destrezas instrumentales, interpersonales y sistémicas, entendiendo las destrezas interpersonales como la capacidad para expresar las emociones, la capacidad de liderazgo o la motivación del logro”.

Para conseguir el **objetivo Calidad** habría que compensar en mayor medida a los profesores que más se esfuerzan en obtener recursos económicos y en desarrollar una investigación de calidad, pero descargarlos de algunas labores docentes no debería significar que sean “liberados” de éstas y sean los profesores menos interesados en la investigación sus responsables. Ésta es una corriente de opinión que se ha ido imponiendo en la Universidad española y se ha bendecido en [la Ley de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación \(LCTI\)](#) aprobada recientemente en el Parlamento. El artículo 13.2 de esta ley dice así: “Con independencia de lo establecido en el apartado anterior, las universidades, previa negociación con la representación sindical, podrán reconocer orientaciones específicas, mediante el establecimiento de criterios objetivos en función de las características de la actividad docente e investigadora de las diversas ramas del conocimiento y ámbitos disciplinares y de un tratamiento equilibrado entre estos, a los efectos de que el personal docente e investigador universitario a tiempo completo pueda desarrollar sus funciones con una intensificación en las actividades docentes o en las de investigación e innovación y transferencia, en virtud del predominio de unas y otras actividades, garantizando una dedicación parcial mínima a las actividades que no sean objeto de intensificación”. La impresión que da este rocambolesco enunciado es que los “perfiles diversos” justifican plenamente al personal que no investiga y tiene una actividad fundamentalmente docente.

Otra importante cuestión es cómo lograr la adaptación del profesorado a los nuevos paradigmas, ya que si los profesores universitarios han venido haciendo lo que ahora no procede, transmitir conocimientos, para conseguir los nuevos objetivos sería necesario adquirir una determinada formación psicopedagógica. Actualmente, según uno de los criterios del Programa de Evaluación Institucional de la ANECA, el profesor que participa en actividades formativas obtiene una mejor calificación en su promoción o renovación de contrato. El profesor tiene que reciclarse, pero probablemente no de la manera en que se hace. En palabras del colectivo de Profesores por el Conocimiento: “¿Qué tiene que ver la convergencia entre Universidades europeas con la idea de que un profesor es tanto peor profesional cuanto menor sea el número de cualesquiera cursillos psicopedagógicos y didácticos en los que se haya matriculado?”. Es una crítica un tanto maligna, pero podría reflejar bastante la realidad.

El profesor tiene que reciclarse, pero probablemente no de la manera en que se hace

La base de la calidad de una Universidad es que la posean sus profesores, pero en este aspecto las cosas no pintan bien, como demuestra el rechazo que ha suscitado el “Borrador del Estatuto del Personal Docente e Investigador de las

Universidades Públicas Españolas”, cuyo comentario excede los límites de este artículo dedicado a reflexionar someramente sobre cómo afecta la crisis económica y la implantación del Proceso de Convergencia Europea a la Universidad española.

1.- La autora de este artículo es Catedrática de Química Orgánica y Académica de Número de la Real Academia Nacional de Farmacia. Ha sido Directora del Dpto. de Q. Orgánica y Farmacéutica de la UCM, Vicerrectora de Estudios de Postgrado en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, coordinadora de un programa de doctorado interuniversitario, evaluadora de la calidad de varias licenciaturas, y miembro de la Comisión de Seguimiento del Plan Profarma dependiente de Ministerio de Industria para el fomento de la investigación farmacéutica.

Bibliografía

P. SALABURU, G. HANG Y J. G. MORA, *España y el proceso de Bolonia. Un encuentro imprescindible*, Academia Europea de Ciencias y Artes, 2011.

El sustituto

Almudena Solana

Novelista

<http://www.almudenasolana.com>



Quiero contarles algo. Casi se cuenta solo. Sólo piense que quien habla a continuación no es quien usted esperaba en realidad, sino otro. Estas cosas a veces ocurren en los Congresos.

Se acerca al micrófono; el atril dispuesto.

Muchas gracias por invitarme a participar en este Congreso de Cardiología. Entiendo que no tengan claro mi nombre; es lo que ocurre cuando a uno le llaman en el último momento y no hay ocasión para reescribir los programas de mano. Lo malo de ser suplente es que el nombre, metido en separata de papel dentro del programa oficial, termina en el suelo, como todas las octavillas del mundo. Pero no se preocupen; ser suplente, por lo demás, es siempre algo bueno, porque nadie tiene una idea preconcebida sobre quién le va a hablar; y eso, créanme, me hace sentir muy libre.

- Me llamo Robert Plant, médico psiquiatra, y cardiólogo.

Altura considerable, pañuelo brillante en el frontal de su americana; pelo largo pero cuidado. Piernas largas también, apoyadas sin tensión sobre el suelo. El Doctor Plant, ante el asombro de la Sala, aún tardó unos segundos en continuar. Es como si no tuviera prisa en hacerlo o, tal vez, como si quisiera que las 250 personas del Congreso, allí sentadas en sucesivos semicírculos concéntricos de butacones enmoquetados en granate, apreciaran de alguna manera que había una gran diferencia entre todos ellos y él mismo, ese suplente que les estaba hablando. Tal vez por eso enfatizó que era psiquiatra aunque esta palabra quedó absorbida por la inmediatamente posterior: cardiólogo. Está demostrado –muchas veces lo hemos hablado– que las personas se quedan a ciencia cierta con la última palabra que escuchan, y eso ocurre desde la primera infancia cuando le preguntas a un niño, qué te gusta más esto o... Siempre dicen lo segundo, aunque le cambies el orden y, con ello, se les haga caer en la contradicción. Así somos los humanos, limitados, volátiles, cambiantes... y tremendamente laxos, vagos. En esto coincido con el Doctor Plant, Robert para los amigos. Yo soy uno de ellos, y esto ya es decir mucho porque apenas tiene tres. Nos conocemos desde los tiempos en los que compartíamos partidos de rugby en la Universidad. Hicimos buenos amigos en el equipo los dos; todos a una, en plena melé, gritábamos al mundo que la gloria y la astucia podían coincidir en el mismo juego.

Las personas se quedan a ciencia cierta con la última palabra que escuchan, y eso ocurre desde la primera infancia

Pero volvamos a la ponencia del Doctor Plant, que ya decidió dar por terminado su silencio.

Soy una persona sana –Aquí sonrió mucho mostrando su enorme dentadura bien cuidada–. Mi corazón no se hace notar y eso, en el fondo, es como admitir que la alegría queda oculta, sepultada. Un buen músculo, como el corazón,

es como una buena amistad, una buena educación, una pieza de música no pirateada o un guiso en su punto de sal. Nada sobra, no hay estridencia; todo está bien. Y, sin embargo, no se valora lo suficiente porque no hace ruido. No se aprecia porque está bien. ¿No es esto un tremendo error? ¿No es un error que el regocijo sea siempre un sentimiento privado y, en cambio, nuestros instintos, los más bajos, sean los únicos que atañen al interés general?

El mal, el desánimo, la catástrofe, la incertidumbre, el pesimismo,... ¿Qué más? La resignación –dijo alargando con peso cada sílaba de esta palabra- que se está afianzando en su glándula pituitaria, perdónenme que les diga. Ustedes, como el resto de la sociedad, se dedican a dar puñetazos a las mesas en lugar de abrir delicadamente ventanas. Nuestra vida, señores, está plagada de sordos sonidos, esos que llegan tras los portazos a las puertas –si me permiten la redundancia–. A los portazos hemos de sumar la televisión y su mundo: los eructos, las vísceras, el mal uso del corazón... No entra el aire. ¡Esto es asfixiante!

A diferencia de las ponencias anteriores, en ésta nadie dormitaba. Incluso se percibía cierto movimiento en las butacas que no sabría interpretar; dudaba si los que tenía más cercanos a mí, por ejemplo, manifestaban en su sutil ajetreo una disconformidad o, simplemente miraban a Robert como se mira a un descarado insolente.

- ¡Esto es asfixiante! –Repitió el Doctor Plant como mostrando sus credenciales de ausencia de miedo ante la sala–.

... Pero no me quiero enfadar porque si lo hiciera yo sería uno más con ganas de ardua pelea, ¿verdad? –*sonrieron de nuevo sus dientes*–.

Los médicos nos centramos en el mal porque es el mal, el dolor, nuestra piedra filosofal, nuestro enemigo a batir

Sé que los médicos nos centramos en el mal porque es el mal, el dolor, nuestra piedra filosofal, nuestro enemigo a batir. Pero siempre supimos cuando soñábamos con ser médicos que lo que queríamos era... aprender a curar, pero se nos olvidó estudiar cómo aprender a no enfermar. Nuestro foco estaba en combatir la negrura; cambiar el orden de la suerte, luchar por recuperar la luz en una cara abatida por la fiebre o el dolor. ...Mil veces repetimos en nuestras pesadillas el error cometido en una intervención y muchas veces más recordamos la cara de ese familiar que esperaba por nosotros en el pasillo, sólo un

más allá de la mesa de operaciones. Desde luego, también hay infinitas satisfacciones pero esas quedan para uno, se comparten menos y, lamentablemente, conquistan muchos menos titulares en los periódicos... Los tiempos vienen acordes con la negrura o si no, a ver por qué no dejamos de dar vueltas en este Congreso sobre la financiación de nuestra Sanidad pero, ¡Si ni aún terminando la crisis, habrá fondos suficientes en el mundo para tratar tantas enfermedades como nos vienen relacionadas con el corazón! No lo habrá si no cambiamos de actitud.

Sin embargo, escuchen...

Hizo un silencio. En realidad nadie dejaba de escucharle.

... Este suplente, quiere aportar otro punto de vista. Quiero partir del regocijo por lo que va bien, es decir, un corazón sano que nos da la energía suficiente para ser capaces de cambiar las cosas con la misma tranquilidad con la que un bypass inventa nuevos recorridos.

Pero celebrar que el corazón late sin descanso y de manera rítmica, no asombra. ¡Vaya obviedad!, pensarán ustedes. Sí, vaya obviedad... decir algo así en un Congreso como en el que estamos. Nunca se valora lo que se da por hecho, lo que no hace ruido y hoy, además... Hoy es muy difícil asombrar, y es más difícil aún asombrarse. He ahí lo trágico de nuestros tiempos. A mí, me asombra, por ejemplo, que no haya ninguna ponencia que aporte, no ya soluciones –que eso viene después– sino alternativas, carreteras secundarias de actuación. No repetimos cada vez que hablamos que

la situación es insostenible. No montemos un Congreso para ello. Bueno, y lo dice el último en llegar, que yo aquí soy un mero suplente...

Por favor, ante todo, no me malinterpreten porque me haría sentir que me he explicado muy mal.

Según nos ha recordado el anterior conferenciante, un corazón sano late 2.600 millones de veces a lo largo de una vida. ¿Sólo 2.600 millones de latidos? Siempre he visto ese músculo del cuerpo inagotable; por eso me cuesta predecir su fuelle. ¿Es que hoy todo es tangible? ¿Todo se puede cuantificar? No, señores, el corazón no. Por eso, tal vez debamos cambiar el punto de vista. Es mejor la inmensidad. Sí, veamos el corazón desde su inmensidad; dejémosle ser grande... ¿Y por qué debemos hacerlo? Porque nos pueda rescatar.

Y vuelve a mí la cifra de los 2.600 millones de latidos de corazón en una vida sana. ¡Qué pocos me parecen! Será que las cifras millonarias cada día sobre deudas contraídas, números que no alcanzan a despuntar con la crisis, financiaciones irregulares, en fin... paraísos fiscales... empequeñecen todo lo demás. Los antiguos dueños de las cifras millonarias, ¿cómo decir? Los opulentos dueños de los números sin decimales, los tramposos... Sí, esos tramposos sin colesterol; esa gente que siempre ha recibido sus cuidados con buenos hábitos y muchas aguas termales. ¡Ni ellos, todos los codiciosos del mundo se han salvado de esta crisis! Pero, sin embargo, les ha pillado con buena salud.

Buena salud. –Repitió, dándose tiempo a si mismo para continuar.

¿Qué ocurre con aquellos que calman su ansia por llegar a fin de mes con comida basura? Aquellos que ven que les llega el embargo de la casa y esa tele suya, la más grande, se la van a llevar también... Ahí, en la tele, comparten la realidad con otros que están peor (porque, lamentablemente, solo asombra lo que está peor) y salen a la pantalla a compartir su corazón y las malas maneras que el mundo muestra ante ellos.

No, la tele que no se la lleven, es lo último... Piensan esos que no se levantan del sofá y sí tienen colesterol, y obesidad, y falta de autoestima; y muy poco carácter.

Hizo adrede otra pausa más el Doctor Plant...

Nosotros venimos a decirnos los unos a los otros que no habrá forma de pagar tanta cirugía coronaria como nos va a venir en este nuevo siglo... Y mientras, nosotros mismos, ni valoramos que aún el que se tumba en el sofá todo el día, sin parar de comer y no hacer nada, tiene todavía un corazón que trabaja. Todavía trabaja porque ese corazón nos está esperando para que le hagamos caso a él y a la persona para la que se afana. Nosotros, los médicos del corazón, debemos gritar al unísono como si fuéramos los "All Black", el equipo de rugby de Nueva Zelanda, antes de un gran partido... Debemos gritar a la sociedad que los hábitos de autodestrucción no caben más en esta vida. Sí, esa persona tumbada, depredadora y depresiva, nos está esperando. Y si no ella, sí su corazón. La crisis sirve para atornillar más a su butaca a cada uno de los que no hacen nada por vencerla. O también sirve para hacernos cambiar.

Miró hacia delante. Por primera vez se había calmado el ambiente. Por eso decidió continuar de la negrura al color.

No encuentro otro músculo en el cuerpo que nos haga recordar que debemos tener esperanza; debemos ponernos en pie, porque si el corazón dispone de la misma grandeza y derroche para la vida como para la muerte, si igual de brusco y pasional nace, y muere... Entonces, debemos estar a la altura de tanta entrega. Debemos cambiar nuestra actitud. La situación en la Sanidad con esta crisis es insoportable, es verdad, el abandono al que nos han sometido las administraciones, también y, sin embargo, nosotros, los médicos del corazón debemos reorientar la queja porque si no la vida está secuestrada por la derrota, igual que en la época de bonanza estaba retenida en las manos de la avaricia.

Nuestro objetivo es el corazón, no lo olvidemos. Y en el corazón está la esperanza. No lo cuidamos más sólo pensando cómo repararlo sino animando a las personas a que se dejen influir por su generosidad y su grandeza.

Lo atravesábamos con una flecha cuando empezamos a hacer los primeros graffiti de amor en los cuadernos o en la pizarra del colegio. Me gusta ésta, este, aquél. Y lo simbolizábamos con la flecha atravesando el corazón. Desde ese momento los malos tratos a nuestro músculo más generoso se hacen presentes a lo largo de toda la vida. Y que venga aquí alguien como yo que ya, seguro, consideran un inadaptable (y no se equivocarán en sus predicciones) ... Que venga a este Congreso de Cardiología para hablar de estas cosas de las pizarras y las flechas del amor... Si hacen esa rápida conclusión será por que sólo habrán retenido, como los niños, las cosas que escuchan en último lugar.

Escuchemos a nuestro corazón y celebremos su paciencia por esperar, en silencio, por nuestros ciudadanos

Por si acaso eso ocurre, y perdonen que lo dude, me reservo entonces otra frase que invite ya al final de mi más que larga intervención (no sé cuánto habría pensado hablar el Doctor al que sustituyo; yo creo que ya rebasé los cinco minutos añadidos por cortesía).

Pero, les decía, terminemos con una frase, que más que frase es toda una petición: escuchemos en la vida lo que no es estridente, ya tendremos mucho ganado. Escuchemos a nuestro corazón y celebremos su paciencia por esperar, en silencio, por nuestros cuidados.

Dijo muchas gracias. Dio los buenos días y sólo añadió una cosa más.

- Y ahora me voy, que por eso soy suplente. Aquí terminé.

Se vino corriendo hacia mi y me dijo.

- Venga, vámonos.

La verdad, así hice. Tampoco a mi me retenía nada más allí. Atrás quedó la sala, encendiéndose para dar paso a una pausa para el café.

Ahora mismo no recuerdo si hubo aplausos, o no. Pero sí, me hizo ilusión escuchar a un médico que me conocía indirectamente aunque no al conferenciante.

- ¡Qué sería de la vida sin los suplentes? –me preguntó–.

La piel: Ciencia y sensación

La piel es nuestro escudo protector frente al exterior, pero también es una especie de termostato de nuestras sensaciones. Este órgano tan visible se ha convertido en metáfora de la belleza y la sensibilidad en la historia de la literatura y para los científicos.

La suave armadura que cubre al ser humano revela como un libro abierto estados de ánimo, emociones o problemas de salud. El mayor órgano del cuerpo (mide más de dos metros y pesa alrededor de 5 Kg.) funciona como un escudo protector frente al medio que nos rodea, pero también es tremendamente sutil al captar las sensaciones que de él provienen. Para muchos expertos, la piel es una especie de sofisticado termostato de nuestras emociones. El placer puede erizarla, la ansiedad o el miedo provoca que sude, la angustia hace que palidezca, y la sorpresa la tiñe de rubor. En la piel queda grabado el paso del tiempo, inexorable e irremediadamente, y sólo el contacto con otra piel puede despertar un torbellino de sensaciones.

Un órgano tan visible se ha convertido en metáfora de la belleza y la sensibilidad en la historia de la literatura y para los científicos, nuestro órgano más sensible, ha pasado a ser uno de los protagonistas de las investigaciones más recientes. Felipe Reyes, escritor, y José Luis Jorcano Noval, jefe de la Unidad de Biomedicina Epitelial en el CIEMAT, dirigieron sus respectivas miradas literaria y científica hacia la piel.

“La color de vuestro gesto”

La piel de la mujer como sinónimo de belleza ha inundado las páginas de la lírica medieval y renacentista europea. En la literatura, la piel es la metáfora de la juventud o de la vejez, de la belleza o la fealdad. “Durante el Renacimiento, se extendió un canon de belleza femenino en el que era imprescindible una piel blanca, cabellos rubios, nariz pequeña...”, recordó Felipe Reyes, herencia de la tradición italiana del dulce *stil nuovo* que concebía a la mujer como un símbolo de perfección y la divinizada hasta el punto de que el poeta sólo podía admirarse de su belleza. Petrarca lleva ese canon a la poesía, canon que heredaron los poetas renacentistas españoles y que algunos lo convirtieron en algo etéreo y espiritual. Es la belleza a la que se refiere Garcilaso de la Vega en su bellísimo soneto: (“En tanto que de rosa y azucena /se muestra la color en vuestro gesto”) y la que canta Boscan en su octava rima: “su rostro blanco y blanco sus vestidos...”.

Durante el Renacimiento, se extendió un canon de belleza femenino en el que era imprescindible una piel blanca, cabellos rubios, nariz pequeña...

El canon establecido recoge unos parámetros de época al que se acogen los artistas y que no siempre responde a la realidad. Es posible que el éxito del modelo petrarquista logre desprestigiar la belleza relacionada con los rasgos de color oscuro a pesar de que en España prodigaba un afecto hacia las bellezas morenas. “Se produce entonces una especie de pugna entre esos dos cánones –confirmó Reyes– pugna que en los siglos XV y XVI se refleja en los cancioneros populares de la época”.

“Blanca me vea yo cuando entré en la siega diome el sol y ahora soy morena”

o

“Crieme en la aldea híceme morena si en villa me criara mas bonica fuera”.

Encontramos en la lírica popular la justificación de la morenez de su piel hasta la aceptación de esa condición o incluso la superioridad: “morenita no desprecies tu color morena que aquesa es la color buena”.

Del tópico renacentista del *carpe diem* proviene también la metáfora de la piel como reflejo inevitable del paso del tiempo. Felipe Reyes se refirió a un poema de Antonio Cabrera, en el que divaga sobre la historia personal de la piel: “Que en la piel somos antes quien lo niega. Va cruzando ese tú una vegetación airada: el tiempo. Abandona jirones y recibe la humillación y el daño de los brotes gratos primero aunque después ya hoja urticantes...Vi sin suponer metáforas, manchas recientes en mis manos, óvalos que se trasladarán a un pardo inevitable. En la piel soy antes el ausente, estas manchas, metonimia, toda mi ausencia en una parte oscura”.

Cambiar de piel

Desde el punto de vista científico, la piel es una gran desconocida a pesar de ser el órgano más relacionado con la belleza y ser blanco de enfermedades muy prevalentes, afirmó el doctor Jorcano. La piel es nuestra barrera protectora ante un medio ambiente muy agresivo y la encargada de mantener la temperatura corporal. Además, nos comunica con el exterior a través de las emociones que puede despertar y, debido a sus terminaciones nerviosas, nos informa sobre lo que está pasando fuera de nosotros.

Desde el punto de vista científico, la piel es una gran desconocida a pesar de ser el órgano más relacionado con la belleza y ser blanco de enfermedades muy prevalentes

La piel humana se ha convertido en los últimos años en objeto de investigación por parte de un importante grupo de científicos que están aplicando a este órgano nuevas técnicas diagnósticas e innovadores tratamientos, entre ellas la ingeniería tisular y la medicina regenerativa, o lo que es lo mismo, la posibilidad de regenerar el tejido dañado a través de las células.

La piel es nuestra barrera protectora ante un medio ambiente muy agresivo y la encargada de mantener la temperatura corporal.

Jorcano explicó que para hacer un tejido hacen falta dos elementos: las células adecuadas y una especie de andamiaje llamado matriz extracelular que consta de una serie de moléculas que dan forma a este tejido y provee a las células de información para generar estructuras tridimensionales: “lo que pretendemos es extraer células de un individuo, tratarlas en un laboratorio y ser capaces de expandirlas y manipularlas, ensamblar esas células en uno de esos andamiajes y retrotransplantar a la persona el nuevo tejido creado en el laboratorio”. En el caso de la piel este andamiaje es esencial para reconstruir

ya que se trata de estructuras muy complejas.

La esperanza de las células madre

Las células madre, muy útiles en el laboratorio, aún no son aplicables en la medicina por problemas éticos pero sobre todo por problemas técnicos, aunque no cesan los estudios dirigidos a su aplicación. Desde hace unos años sabemos que la piel tiene tres poblaciones de células diferentes: los folículos pilosos, las glándulas sebáceas y la epidermis interfolicular (el tejido intermedio entre una y otra). Hasta ahora se pensaba que las células madre de cada una de estas tres poblaciones eran capaces de producir células de su tipo, pero no se sabía dónde estaba el origen de todas ellas, el punto de partida que permitía desarrollarse a las demás. “Aún no podemos tratar a personas –afirmó José Luis Jorcano - pero sabemos que las células que se encuentran en los tejidos adultos son las que ayudan a que se renueve la piel”. Este es el trabajo que se desarrolla en el CIEMAT, además de profundizar en los trasplantes de piel o en algunas patologías raras como la que afecta a los llamados “niños mariposa”, una falta de colágeno 7, la molécula que ancla la dermis a la epidermis.

Ciencia versus narrativa

Arte y ciencia coexisten desde siempre. Vivimos en una sociedad plural que está hecha de arte y ciencia y, ambas, parten de un proceso de indagación.

Antes de que los neurocientíficos aclarasen algunos enigmas sobre el funcionamiento de nuestro cerebro, ciertos escritores dejaron entrever en su obra aspectos esenciales de las emociones o la memoria que años más tarde fueron objeto de estudios científicos. Se anticiparon en la comprensión de determinadas funciones cognitivas como la memoria, el lenguaje o el aprendizaje, o en cuestiones tan actuales como la relación cuerpo-mente, la libertad o el funcionamiento más profundo de los sentidos.

Así lo defiende un neurocientífico escritor, Jonah Lehrer, en su reciente libro Proust y la neurociencia. Lherer hace un recorrido por la obra de varios escritores y artistas que vislumbraron aspectos de la naturaleza humana confirmados luego por los expertos. Sin pretenderlo, fueron capaces de crear nuevos puentes entre las dos culturas.

Lherer nos dice que la ciencia está descubriendo ahora la verdad molecular que se esconde detrás de las teorías proustiana

Este es el impulso que mueve el ciclo *En tierra de nadie*, y a este autor se refiere José Miguel Coldefors, moderador de la sesión: “Cuando los científicos enumeran conexiones cerebrales, sin darse cuenta están evocando a un novelista francés. Lherer nos dice que la ciencia está descubriendo ahora la verdad molecular que se esconde detrás de las teorías **proustiana**”. Y es que a estas alturas ya nadie niega que estamos hechos de arte y ciencia, vivimos en una sociedad plural –continuó Coldefors- y ninguna de las dos verdades es la solución. La ciencia necesita del arte para enmarcar el misterio, pero el arte necesita de la ciencia para que no todo sea misterio”.

Los expertos reunidos en la sesión se mostraron de acuerdo en que lo esencial es establecer un diálogo entre los dos ámbitos. La física es útil para describir las galaxias, la neurociencia para describir el cerebro, pero en solitario ningún conocimiento es en sí mismo suficiente.

La narrativa de la ciencia

Para José Luis Barona, Catedrático de Historia de la Ciencia de la [Universidad de Valencia](#) la idea de las dos culturas es una construcción del siglo XX que deriva del positivismo. Lleva implícita la idea de superioridad epistemológica en cuanto a fuerza de contenido de las ciencias naturales frente a las sociales pero, desde su punto de vista, “es una falacia y un anacronismo”. No hay más que mirar a los grandes humanistas como Leonardo da Vinci o Luis Alcañis, para comprobar que los saberes artísticos y científicos convivieron en perfecta armonía.

Hablar de ciencias y letras es un anacronismo porque el concepto de ciencia como sinónimo de saber tiene una pluralidad de dimensiones centradas más en el objeto de estudio que en la naturaleza de la propia ciencia.

Durante el Renacimiento no existió el concepto de las dos culturas, pero tampoco en la erudición ilustrada del XVIII ni en los nuevos movimientos de renovación pedagógica en los modelos del siglo XIX o principios del XX. Y en la actualidad hablar de ciencias y letras es un anacronismo porque el concepto de ciencia como sinónimo de saber tiene una pluralidad de dimensiones centradas más en el objeto de estudio que en la naturaleza de la propia ciencia, afirmó Barona.

Para el experto, aunque en las últimas décadas el pensamiento más interesante proviene de las ciencias sociales, se trata de aceptar una multiplicidad de saberes que van desde las ciencias naturales, hasta las ciencias de la vida,

sociales o humanas.

El método

¿Y si el problema de la distancia entre las dos culturas tuviera que ver con el método? Probablemente, lo que aparentemente da más prestigio a las ciencias frente a las llamadas humanidades es el método científico, pero en la actualidad se sabe que este método parte de una visión muy positivista y cuestionada por todas las ramas del saber: “El método –afirmó– es el necesario según el objeto que se pretenda conocer. Cuanto más compleja sea la realidad a estudiar, más complicado será el método, pero siempre hay que variar el método según se estudien las relaciones sociales, las pasiones o las enfermedades mentales. Contaminarse de una visión tradicional o positivista que da una mayor consistencia a un saber en función de una metodología es un error de planteamiento”.

Por otro lado, cuando más complejo es el fenómeno, más inconsistente es el conocimiento y a la inversa. Objetos de estudio como la violencia o la creatividad pueden abordarse desde un punto de vista biológico o desde una dimensión cultural o sociológica. El problema surge cuando un saber pretende la exclusividad frente a otras formas de conocimiento. De hecho, si queremos comprender la agresividad humana en profundidad no podemos plantear un método desde solo un punto de vista. El saber del artista, del psicólogo, del sociólogo o del científico natural son complementarios, no excluyentes.

Novela como indagación

Para el escritor y académico Luis Mateo Díez, el novelista, como el científico, basa su trabajo en una indagación. No existe, o no debería existir, una separación tan radical entre los dos saberes, pero en nuestro país el medio educativo no ha ayudado a resolver este problema: “La separación entre ciencias y letras fue algo muy corrosivo y ha fomentado aún más la separación”. Sin embargo, para el autor, cuando un escritor escribe una novela se acerca a la ciencia de la vida a través de una indagación en la que se ponen en marcha elementos muy relacionados con las facultades del alma como la imaginación, la memoria o el uso de la palabra. No se puede decir que el escritor se reduce al conocimiento humanístico estricto, pero aún existe una especie de parcelación de los dos conocimientos: “Los humanistas, los creadores y los científicos defienden sus patrimonios. El narrador, a veces se centra en su mundo mágico y le resulta ajeno cualquier planteamiento positivista del que se pueda contaminar, pero en ‘la tierra de nadie’ es donde más nos gusta estar y habitar. Esta tierra se nutre de la curiosidad. Yo indago, los científicos investigan”. Dos verbos casi sinónimos.

En “la tierra de nadie” es donde más nos gusta estar a los escritores. Esta tierra se nutre de la curiosidad. Yo indago, los científicos investigan.

La esencia de la palabra es la magia, un territorio semántico “prohibido” para la ciencia aunque a veces los investigadores también tienen que explicar lo invisible.

Sin embargo, cuando se habla de cultura generalmente nos referimos a lo humanístico o artístico excluyendo a la ciencia. Esta falta de respeto a la cultura científica como patrimonio cultural no tienen sentido en la historia actual y, de hecho, para Mateo Díez, gracias a la divulgación se está considerando la ciencia como una parte de la cultura.

Por otro lado, la novela recoge lo que la ciencia también intenta explicar. Muchos historiadores afirman que para comprender el siglo XIX conviene leer a Galdós y es probable que a lo largo de los siglos permanezca la obra artística por encima de los trabajos científicos, pero, eso sí, nunca podrían surgir en orillas separadas.

La metáfora como espacio de intersección

La metáfora como herramienta comunicativa es el punto común entre el conocimiento científico y el literario. De hecho, el poeta José Ángel Valente afirmaba que es tal la complejidad de la ciencia en la actualidad que ya solamente se puede expresar a través de símbolos o metáforas, algo en lo que coincide con la poesía. Para José Luis Barona, el lenguaje es la manera característicamente humana de representar el hecho literario, pero la palabra científica pretende ser precisa, no metafórica ya que el término que utiliza el científico debe ser colectivo común y perfectamente interpretable por todo el colectivo. En el caso del artista, la esencia de la palabra es la magia, un territorio semántico "prohibido" para la ciencia aunque a veces los investigadores también tienen que explicar lo invisible: "Nadie ha visto el big bang, ni el cáncer por lo que la metáfora es fundamental en el lenguaje científico pero siempre dentro de un patrimonio global, no desde una vocación de estilo individual".

Ciencia y medicina en tiempos de los virreinos

El descubrimiento del “nuevo mundo” tuvo un gran impacto en áreas de la medicina y la ciencia. El descubrimiento de nuevos productos naturales y el intercambio de “usos y costumbres” enriqueció a España en la misma medida que el oro y otros minerales preciosos.

Muchas de las acciones que se llevaron a cabo por los colonizadores durante la etapa de los virreinos no se hicieron precisamente con fines altruistas pero acabaron siendo provechosas

Casimiro Gómez Ortega, director de las expediciones botánicas de Madrid, escribió unas significativas palabras en una carta dirigida al monarca Carlos III: “Doce naturalistas, químicos y mineralogistas buscando productos en América darían a su Majestad mucho más provecho que un ejército de cien mil hombres a la conquista de nuevas tierras”. Este fue el espíritu de muchos de los científicos que se trasladaron al Nuevo Mundo. Gracias a su mentalidad abierta e innovadora, las riquezas de las nuevas tierras sirvieron en la vieja Europa y los avances que se sucedieron durante los siglos XVII y XVIII viajaron, de alguna manera, a los pueblos americanos.

Muchas de las acciones que se llevaron a cabo por los colonizadores durante la etapa de los virreinos no se hicieron precisamente con fines altruistas pero acabaron siendo provechosas para los que las ejecutaron y para los pueblos que las llevaron a cabo, afirmó no obstante Javier Puerto, director del ciclo, pero este contacto permitió que se produjera una apertura de horizontes culturales y científicos y un gran mestizaje en los productos de los que se beneficiaron los españoles, los americanos, y posteriormente toda la humanidad.

Las nuevas plantas medicinales

Sin duda, una de las aportaciones más importantes del Nuevo Mundo fue el descubrimiento de nuevos productos naturales con aplicaciones terapéuticas. María Luz López Terrada, investigadora del CSIC, se refirió a este aspecto como una verdadera transformación en la medicina europea: “La medicina que se practicaba en España había nacido en el mundo mediterráneo como mestizaje de las costumbres sanadoras de los pueblos que vivían en el sur de Europa y norte de África, pero el mundo atlántico cambió la medicina europea”.

Desde el siglo XVI las sucesivas oleadas de rutas atlánticas favorecieron una hibridación cultural que tuvo un significativo impacto en la práctica médica

Desde el siglo XVI las sucesivas oleadas de rutas atlánticas favorecieron una hibridación cultural que tuvo un significativo impacto en la práctica médica.

Entre otras muchas aportaciones, el conocimiento de los recursos naturales del Nuevo Mundo favoreció el avance de los conocimientos científicos. Las exposiciones, catálogos y museos que se abrieron tanto en América como en Europa permitieron que la naturaleza llegara al público. Por otro lado, la monarquía era una potencia política en expansión, con un enorme ámbito a colonizar por lo que era necesario conocer la naturaleza de los nuevos territorios no sólo por su interés científico, si no por lo que aportaba a la conquista y colonización de los nuevos territorios.

Fueron muchos los científicos que difundieron por Europa las nuevas plantas medicinales y, consecuentemente, los nuevos medicamentos. Según las leyes vigentes, solo los habitantes de Castilla podían viajar a América, por eso fueron los castellanos los primeros en describir y catalogar las plantas medicinales. Poco a poco estas plantas fueron provocando importantes cambios en la alimentación de los europeos, en el uso de las terapias y en muchas de sus costumbres. Y como no, también cambió la arquitectura de los jardines con la aclimatación de muchas especies.

Las crónicas de indias

El vehículo de transmisión de los nuevos conocimientos fueron las Crónicas de Indias, un tipo de narración situada a medio camino entre la crónica medieval castellana y los textos renacentistas. “Los textos eran muy heterogéneos y con información variada. Se movían entre la biografía, la geografía, la crónica de viajes y la historia natural. Son narraciones realizadas desde la perspectiva de las primeras generaciones de conquistadores europeos y con la idea de la dominación política y religiosa que ellos querían llevar a cabo”, afirmó la investigadora.

La imagen de América que transmitieron las crónicas dependía, en gran medida, de la interpretación de los textos clásicos. De hecho, Edmundo Gorman, un historiador mejicano afirmaba que “América, antes de ser una realidad, fue una prefiguración fabulosa de la cultura europea”.

El remedio medicinal americano que de forma más rápida se extendió fue el guayaco ya que se difundió como un remedio eficaz contra el morbo gallico

Las crónicas se difundieron impresas desde la época de Colón. Sus famosos diarios y los textos del *Mundus novus* de Americo Vesputi fueron los primeros testimonios a los que siguieron los de Gonzalo Fernández de Oviedo y Valdés, Francisco López de Gómara y Pedro de Cieza de León. Estos textos se centran en la descripción de algunos productos pero no profundiza en la utilización médica de cada uno.

Las 50 plantas descritas se agrupan en tres apartados. El primero se refiere a las “viejas plantas medicinales”, o aquellas plantas comunes a los dos continentes, cuyo uso, por tanto, era conocido por los europeos como el culantro (*Eryngium foetidum* L.), la escamonea (*Convolvulus scammonia* L.), el malvasisco (*Malvaviscus* sp.), la manzanilla (*Matricaria chamomila* L.) o el poleo (*Satureja brownei* Briq.)

El segundo describe los “nuevos viejos remedios” procedentes de plantas nuevas. Al haber observado un uso común con el de sus parientes usados en Europa (pero de procedencia exótica) fueron asimilados con facilidad e incorporados como sucedáneos (resinas, purgantes, bálsamos, sudoríficos) y utilizadas de acuerdo con el galenismo de la medicina europea.

El último grupo lo formaban “las nuevas medicinas”, las plantas de origen exclusivamente americano, cuyo uso medicinal, en la mayor parte de los casos, fue conocido gracias a la observación de las costumbres de los indígenas y aplicado posteriormente por los colonizadores.

El remedio medicinal americano que de forma más rápida se extendió fue el guayaco ya que se difundió como un remedio eficaz contra el morbo gallico. El primero en describirlo fue Gonzalo Fernández de Oviedo: “así como es común el mal de las búbias en todas estas partes, quiere la misericordia divina que así sea el remedio comunicado e se halle para curar esta dolencia; pero aunque en otras partes se halle esta enfermedad, el origen donde los cristianos vieron las búbias e experimentaron e vieron curarlas y experimentar el árbol del guayacán fue en esta isla Española”. (Gonzalo Fernández de Oviedo, 1535) Sus palabras tuvieron mucha repercusión en Europa.

Las plantas que hoy consideramos como drogas o adictivas, se utilizaban en la cultura precolombina con fines religiosos o rituales

El otro remedio americano, la zarzaparrilla, superó al europeo. Cieza de León la describió así: “las raíces de esta yerba son provechosas para muchas enfermedades, y más para el mal de bubas y dolores que causa a los hombres esta pestífera enfermedad; y así, los que quieren sanar, con meterse en un aposento caliente y que esté abrigado, de manera que la frialdad o aire no dañe al enfermo, con solamente purgarse y comer viandas delicadas y de dieta y beber

del agua de estas raíces, las cuales cuecen lo que conviene para aquel efecto, y sacada el agua, que sale muy clara y no de mal sabor ni ninguno olor, dándola a beber al enfermo algunos días, sin le hacer otro beneficio, purga la maletía del cuerpo de tal manera que en breve queda más sano que antes estaba" (1554).

Ciencia y medicina en el Perú

De los cuatro virreinos, el llamado del Perú era el más extenso. A lo largo de sus más de 200 años de existencia fueron variando los marcos territoriales pero en su etapa final ocupaba los territorios pertenecientes a los actuales Bolivia Chile, Ecuador y Perú. "De todos los virreinos, - afirmó Antonio González Bueno, del Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica de la Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid - el de Perú fue el más mítico y se convirtió en el símbolo de la riqueza americana. En Perú se encontraban lugares con gran carga metafórica: Jauja, Potosí...y en ese territorio se encontraban las leyendas sobre el oro de los incas con las que los primeros cronistas acompañaron sus descubrimientos".

Una de las primeras descripciones, continuó este experto, se la debemos a Francisco de Xerez en su obra Verdadera Relación de la Conquista del Perú publicada en 1527: "una provincia que se dize el Perú, que es en la misma costa de tierra firme en la parte del mar del sur de donde es la ciudad de Panamá (...) que entrando la tierra dentro, detras una sierra que se haze grande, avia muchos pueblos a do avia mucha cantidad de oro, y que la tierra hera muy llana y enchuta...". Más de 200 años después seguía manteniendo este halo de riqueza, halo absolutamente verídico durante los siglos XVI y XVII ya que España se centró en explotar sobre todo las minas de tierra y oro. La de Potosí fue el mayor yacimiento.

Los saberes científicos se centraron en el ámbito urbano y estaban limitados a las estructuras sociales económicas que se dieron en las ciudades y que permitieron la formación de ciertas estructuras sanitarias y científicas. Este auge llega en el siglo XVIII pues en el XVII la corte española dio la espalda al acervo cultural de las colonias, interés que se recupera en el siglo XIX.

Las reformas borbónicas

Las reformas borbónicas fomentaron la sanidad de una población mermada durante los últimos años del virreinato. Supusieron una apuesta para mejorar la calidad de vida por lo que buena parte de las reformas borbónicas se centran en la población libre mestiza, un grupo socialmente poco valorado que se configura como el mejor reservorio de mano de obra.

¿Cómo era la asistencia médica en Perú? Los médicos y farmacéuticos que llegaban al virreinato llegaban de la metrópoli acompañando a los colonizadores que podían permitirse viajar con su propio médico. Los indígenas seguirán a los curanderos; los españoles pobres o indígenas destribalizados serán atendidos por las órdenes religiosas y los esclavos no recibían atención suficiente porque para los señores era menos costoso adquirir otro que proporcionarle los cuidados necesarios.

El proceso de institucionalización de la sanidad de tipo europeo comenzó en el siglo XVI cuando se abrieron muchos hospitales destinados a los más pobres

El proceso de institucionalización de la sanidad de tipo europeo comenzó en el siglo XVI cuando se abrieron muchos hospitales destinados a los más pobres en distintas regiones. En 1552 el arzobispo Jerónimo de Olaiza instaló la primera botica al estilo europeo que prestaba servicio a los hospitales. Felipe II instauró el protomedicato general de Lima destinado a reglamentar y regular la práctica de las profesiones sanitarias en Perú y con ánimo de seguir la misma infraestructura que había en España.

Simultáneamente a la puesta en funcionamiento de los hospitales, se funda la Universidad de San Marcos de Lima en 1551, la educación más antigua del continente americano, pero hasta 1635 no se instauraron los estudios de medicina, aunque no se impartieron clases con la suficiente asiduidad para que se formaran los médicos que el territorio necesitaba.

Hasta el siglo XVIII la universidad no tiene un verdadero empuje. En 1722 se fomenta la cátedra de anatomía, fundamentalmente teórica y sólo en 1786 se promoverá un cambio hacia los nuevos sistemas médicos que imperan en Europa. Hasta 1815 el virreinato no contará con una institución dedicada expresamente a la enseñanza de la medicina y cirugía: el Colegio de San Fernando.

Antonio Bueno, destacó que a finales del siglo XVIII en el virreinato del Perú había una élite colonial que manifestaba un interés creciente por las nuevas ciencias gracias tal vez a las reformas borbónicas llevadas a cabo en esos territorios americanos y que se centraron en una burguesía acomodada a imitación a las clases metropolitanas. "Es una especie de mimetización de la ciencia adaptada a la idiosincrasia local" concluyó.

Nueva Granada

El territorio que más tarde se convirtió en el virreinato de Nueva Granada despertó el interés de los naturalistas españoles desde comienzos del siglo XVI, pero será en el siglo XVIII cuando tendrá los referentes médicos y científicos más importantes en parte gracias a la expedición de Celestino Mutis. Así lo afirmó Marcelo Frías Núñez, Profesor Titular. Facultad de Humanidades, Comunicación y Documentación de la Universidad Carlos III, pero desde los primeros viajes de Colon, las expediciones eran acompañas por médico y físicos, aunque la mayoría no dejaron escritas sus experiencias.

A comienzos del XVI muchos médicos europeos experimentaban ya con hierbas americanas y se publicó el libro *Las cosas que traen de las Indias occidentales que sirven al uso de la medicina*, traducido cuatro años después al latín, inglés, alemán italiano. Su autor, Nicolás Monardes, escribió la primera obra que puso en circulación por Europa el tesoro de las hierbas curativas encontradas en América. Más tarde, a finales de ese siglo, López de León llegó a Cartagena de Indias como médico de las galeras y publicó una obra en la que describía la terapéutica que había utilizado durante más de 30 años en la región. Una primera iconografía de instrumentos quirúrgicos utilizados por profesionales españoles, primer referente en Colombia y casi seguro el primero de América. En su obra describe las grandes patologías, los pronósticos, las señales y los propios recursos terapéuticos empleados. Gracias a él conocemos la descripción de enfermedades como el escorbuto, la pleuritis, el bocio o la sífilis.

En el siglo XVII, Nueva Granada ya es un virreinato con independencia de Perú. Celestino Mutis fue el organizador de una expedición botánica que se convirtió en una expedición científica. Además de científico, fue un auténtico gestor de la ciencia, una figura con luz propia que aportó a la botánica, la minería o a las matemáticas su propia formación en medicina. Como gestor, participó en la elaboración de planes universitarios, en la gestión de un observatorio astronómico, y en la labor que hace como director de la expedición. La expedición de 1783 fue mucho más que una expedición botánica. Su deseo era descubrir la utilidad de cada planta americana y sus posibles salidas comerciales. Se interesó por la quina, a canela, el té de Bogotá para su producción y transporte se formaron empresas que impulsaron la vida del virreinato.

Botánica y minería en Nueva España

Miguel Angel Puig, profesor de Investigación del CSIC, se centró en el desarrollo de la Botánica en Nueva España durante el siglo XVI con el envío de un protomédico de Felipe II, Francisco Hernández, que acude a territorio mejicano con la idea de hacer una materia médica vegetal basándose en los conocimientos de los antiguos mejicanos. Luego, Casimiro Gómez ortega promueve en el XVIII otra expedición. España pretendía conocer bien cuáles eran los recursos

de su imperio por lo que el propio Rey Carlos III ordena esa expedición con estas palabras: “Por cuanto conviene a mi servicio, y al bien de mis Vasallos, que a exemplo de lo que de mi Real Orden se está executando en los Reynos del Perú, y Santa Fé, se examinen, dibujen y describan metódicamente las producciones naturales de mis fértiles Dominios de la Nueva España, no solo con el objeto general, e importante de promover los progresos de las Ciencias Phisicas, desterrando las dudas, y adulteraciones, que hay en la Medicina, Tintura, y otras Artes útiles, y aumentar el comercio, sino también con el especial de suplir, ilustrar y perfeccionar con arreglo al estado actual de las mismas Ciencias Naturales, los escritos originales que dexó el Proto-Médico de Felipe Segundo por fruto de la expedición de igual naturaleza, que costó aquel Monarca, y hasta ahora no ha producido las completas utilidades, que debían esperarse de ella”.

La primera campaña general de la Real Expedición Botánica, 1787-1788 se centró en lo que hoy es la ciudad de Méjico; en la segunda campaña llegaron a sitios más deshabitados. Los primeros manuscritos los redactan en Guadalajara, con el sistema de clasificación de Linneo, y más tarde viajaron a California, a Nutka (ahora Vancouver) a Córdoba y a Veracruz. Durante estas expediciones también se formaba a los criollos. lo que hizo que los propios indígenas sintieran las posibilidades que tenía su propio territorio para vivir como un estado independiente.

Los virreinos

En el siglo XVII la extensión del territorio americano dominado por España abarcaba desde el centro de los actuales EE.UU. hasta tierra del Fuego y desde el Atlántico hasta el Pacífico, rodeando la zona ocupada por Portugal.

Este inmenso territorio se dividió en dos jurisdicciones llamadas virreinos: el de Nueva España, creado en 1534, y el del Perú, fundado en 1542; y dos Capitanías Generales, la de Yucatán (creada en 1542) y la de Nueva Granada (creada en 1564), pero estos dos últimos pronto pasaron a ser también virreinos.

Los virreyes eran los representantes directos del rey en América. En un principio, su nombramiento era vitalicio, pero pronto se limitó a cinco años para evitar corrupciones y enriquecimientos abusivos. Cuando terminaban su mandato, los virreyes debían someterse al “juicio de residencia”, en el que la Corona evaluaba su actuación.

Las drogas del Nuevo Mundo

Las plantas que hoy consideramos como drogas o adictivas, se utilizaban en la cultura precolombina con fines religiosos o rituales. Sus peculiares efectos no pasaron desapercibidos a los viajeros. En especial les atrajo la costumbre de inhalar el humo de estas plantas, por eso las primeras descripciones se centran más en sus efectos y en cómo se empleaban: “usaban los indios de esta isla [Española] entre otros sus vicios uno muy malo, que es tomar unas ahumadas que ellos llaman tabaco, para salir de sentido; y esto hacían con el humo de cierta hierba, que a lo que yo he podido entender, es de calidad del beleño” (Fernández de Oviedo, La historia general de las Indias, 1547).

La adopción de esta práctica fue muy rápida por los españoles también como remedio contra el morbo gallico. Muy distinto es el uso de la coca, la mascaban y su consumo no era silo en rituales mágicos sino que en las zonas latas se empleaba en la vida cotidiana. Una droga que nunca se difundió en Europa fue un tipo de hongo llamado la “carne de dios” cuyas propiedades alucinógenas fueron destacadas y descritas profusamente. Los viajeros describían que los indígenas al tomarla “se les antoja ver culebras, caimanes y peces que los tragan y otras muchas visones que les espantan”.

La vacuna de la viruela

La Expedición Filantrópica de la vacuna supuso una de las empresas sanitarias realizadas en el siglo XVIII de mayor envergadura, por su complejidad y dificultad. Supuso uno de los primeros programas de intervención en salud pú-

blica a escala internacional y de expansión de la vacuna de la viruela. La primera decisión importante que se tomó fue prevenir en vez de curar, pero la técnica de la inoculación y luego de la vacunación era un problema médico pero también ideológico, ya que se pensaba que la enfermedad podría propagarse de esa manera y poca gente quería experimentar una técnica buena. A pesar de las dificultades que encontraron en la población, la expedición permitió cambiar el concepto de la lucha contra la enfermedad. Se pasó de una defensa pasiva a una defensa activa lo que supuso un cambio en la mentalidad de la sociedad, que lejos de resignarse se encontraba ahora dispuesta a defenderse contando con los precarios medios que tenían a su alcance.

La universidad de Méjico

La universidad de Mejioco se fundó en el siglo XVI a imitación de las de Salamanca, “La Real y Pontificia Universidad de México, promovida por el primer Obispo de México, Fray Juan de Zumárraga, y por el primer Virrey de la Nueva España, D. Antonio de Mendoza. Erigida por Cédula del Príncipe Felipe el 21 de septiembre 1551, para que los naturales e hijos de los españoles fuesen industriados en las cosas de nuestra santa fe católica y en las demás facultades. Fue fundada el 25 de Enero de 1553, cuando se ejecuta la cédula”. En sus aulas se explicaba a Galeno y Averroes, pero no había experimentación alguna, algo que llegaría en paralelo a través de otras instituciones como los Colegios de Cirugía Españoles.

Poco después de establecido en Cádiz el Colegio de Cirugía, se abrió una institución similar en la Ciudad de México, en el Hospital Real de Naturales (1768), para impartir la cátedra de anatomía práctica. El doctor Manuel Moreno fue su primer director. Los cursos se inauguraron en 1770 con demostraciones anatómicas realizadas por Andrés Montaner y Virgili, catedrático de anatomía, ayudante de cirujano mayor de la Real Armada y maestro honorario del Real Colegio de Cirugía de Barcelona.

David Owen

EN EL PODER Y EN LA ENFERMEDAD.

Enfermedades de jefes de Estado y de Gobierno en los últimos cien años.

Madrid, El Ojo del Tiempo Ediciones Siruela, 2010,

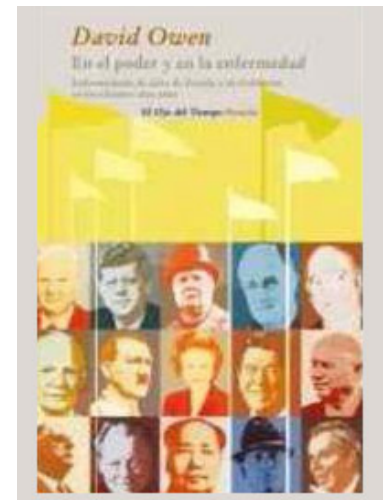
Trad. María Condor, 513 pág.

ISBN 978-84-9841-384-7.

Por José Luis Peset

Instituto de Historia. Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC)

La enfermedad siempre altera nuestras vidas; así una de sus posibles definiciones supone la incapacidad para llevar éstas adelante, de donde proceden los problemas y derechos que entonces surgen. Por ejemplo, problemas visuales que suponen una enfermedad en un piloto de aviación, tal vez no lo son para otras muchas personas. Las epidemias también han sido siempre causa de alteración importante de la vida de las sociedades, así todas las grandes plagas que van desde la peste al sida, pasando por la gripe, la tuberculosis o la malaria. Desde la famosísima “peste de Atenas”, descrita en los historiadores clásicos Tucídides y Plutarco, esto se sabe, pues afectó a la población, sembrando miedo, sufrimiento y muerte. Hizo enfermar y, quizá a la larga, morir al gran Pericles, con lo que la hegemonía de la ciudad de Atenas empieza su fin y con ello la gran cultura y la gran democracia griegas. Hoy muchos echan de menos aquellos orígenes, cuando se ve a esa gran nación sufrir.



Por eso cuando la enfermedad atenta contra un personaje importante, por el gobierno, el saber o el arte, parece adquirir mayor importancia, tanto que en cierto sentido se relaciona el poder con la enfermedad. Sin duda, la idea de que los grandes hombres están afectados por algún mal viene de muy antiguo, al menos de los escritos pseudoaristotélicos *Problemata*. Un humor, una constitución peculiar, que se considera melancólica afecta a sabios, artistas y héroes. Unas veces altera su mente, otras su cuerpo, rara vez consigue el héroe el equilibrio y la salud. Nunca olvidadas estas teorías, puestas de moda en el Helenismo, el Renacimiento y el Romanticismo, perviven entre nosotros. Fue de primera importancia el libro de Cesare Lombroso *L'Uomo di genio*, si bien los miedos a la enfermedad, a la degeneración dieron lugar a muchísimos títulos, literarios, filosóficos, antropológicos y médicos. También al poderoso movimiento eugénico, comenzado por Francis Galton y arruinado por el nazismo. Detrás de ellos se encuentran las teorías antropológicas y médicas de los biotipos de Kretschmer o Pende, en que se relaciona constitución, carácter y patología. El libro alemán *Genie, Irrsinn und Ruhm* de W. Lange-Eichbaum -con múltiples ediciones- se convirtió en un diccionario de notables personajes enfermos.

Las epidemias también han sido siempre causa de alteración importante de la vida de las sociedades

El poderoso atenta contra los más poderosos por el pecado de *hybris*, siendo la enfermedad un castigo de los dioses. “En otras palabras, la experiencia de estar en el poder ¿puede producir por sí misma en los estados mentales unos cambios que luego se manifiestan en la conducta propia de la *hybris*?” (D. Owen, p. 28). El autor lo toma del diálogo platónico *Fedro* y lo conduce a través de *Coriolano* de Shakespeare, para llegar a nuestro siglo citando a Hannah Arendt, quien lo habría señalado en Pericles, a diferencia del muy justo legislador Solón. Sin duda también desde los griegos se saben las consecuencias que motivan las enfermedades del alma. Junto a Pericles y sus enfermedades, en los historiadores clásicos se presenta como causa de la decadencia ateniense al bello Alcibiades, cuyas malas disposiciones actuaron tanto como las desgracias del virtuoso Pericles, su tutor.

No se puede olvidar tampoco la tradición religiosa que identifica la enfermedad con alguna mancha en el alma. Recordemos a Cristo afirmando, cuando se le pregunta ante un doliente enfermo si fue él o fueron sus padres quienes pecaron, que no lo hicieron ni el uno ni los otros. Pero la tradición que identifica la enfermedad con alguna transgresión es tan antigua como reciente. Algún pecado y algún castigo se suponen tras la enfermedad, como sucedió con ángeles y demonios. La soberbia o la lujuria son castigadas en el paraíso con la enfermedad y la muerte. Así se relata con Adán y Eva, quienes quisieron conocer o gozar. Es una tradición que, en comparación brillante con la griega más corporal, sigue Pedro Laín Entralgo en su excelente libro *Enfermedad y pecado*.

Si en Gregorio Marañón las enfermedades del cuerpo condicionaron a Enrique IV, no menos lo hicieron las del alma al terrible Tiberio. Sin duda, los textos de Marañón están todavía vivos y son más sólidos en el intento de apoyar sus tesis en los conocimientos científicos de la época. En efecto, buen conocedor de la endocrinología y de las teorías de la personalidad, las emplea para analizar a sus personajes. No es extraño que tome motivos constitucionales y patológicos como base del comportamiento de sus biografiados. También era un buen aficionado a los aspectos psicológicos, que introduce con inteligencia. Vemos al enfermo Enrique IV o al temible Tiberio determinados en sus actuaciones por el cuerpo y la mente. Y, desde luego, por la enfermedad. En su biografía del Conde Duque de Olivares llaman la atención sus reflexiones sobre el papel de las consecuencias de la sífilis en la conducta humana. Piensa en que muchos grandes hombres padecieron esta enfermedad, que alteró sus vidas. Sin duda, es cierto, pero es más dudosa su repercusión en quienes los rodearon.

Pero la tradición que identifica la enfermedad con alguna transgresión es tan antigua como reciente

Las enfermedades reflejan el tiempo

Sin duda está en paralelo a la importancia que, en la misma época, concede a esta enfermedad Thomas Mann. Si en el gran novelista alemán la tuberculosis había cambiado la vida de los protagonistas en *La montaña mágica*, la sífilis llevará a la creación artística y también a la locura a Adrian en *Doktor Faustus*. Sus enfermedades reflejan el tiempo en que los personajes viven, anunciando una y otra novela las dos grandes guerras mundiales. Si el daño en los pulmones o en el cerebro parece conformar la vida de aquellos pacientes, en el caso de Adrian la enfermedad supone además la esencia de sus altas cualidades, e incluso el destino del pueblo alemán. Sin duda era una enfermedad en relación con la sexualidad y la divinidad que es subrayada artísticamente. Grandes personajes la padecieron, quizá el inmortal Schubert.

Siguiendo esta tradición, el autor del libro que comento, buen conocedor de los políticos del siglo XX, como ministro de exteriores él mismo, nos presenta muchos enfermos en el poder, pues sin duda la enfermedad nunca ha faltado a los poderosos y a quienes no lo somos. Vemos desfilar a muchos, desde Adolf Hitler a François Mitterrand. Se detiene en algunos, así en las actuaciones de Eden en las negociaciones de Suez, en las de Wilson y la Liga de Naciones; o en las enfermedades de Eisenhower, o bien en el Sha de Persia y la leucemia, que les hacen dudar siempre si continuar o tirar la toalla. Pero sin duda el cuadro más detallado y cuidado es el del presidente Kennedy, tachado por una periodista de "débil y neurótico", relacionando su conducta en bahía Cochinos y la crisis de los misiles con sus titubeos y su necesidad de mostrar fuerza tras Eisenhower. Sin duda una seria enfermedad siempre estuvo en la sombra, siendo ocultada al gran público, lo que lleva a dudas y conclusiones al autor. No olvida tampoco a Bush y Blair y su embriaguez de poder en la guerra de Irak, si bien descuida a algunos de sus colaboradores, sin duda de menor talla política.

En fin, sin duda es un libro bien escrito y documentado. Fácil de leer pero con discutibles tesis sobre el papel en la historia de la enfermedad y del individuo. Siempre nos planteamos si la historia la hacen los personajes o las sociedades, las personalidades o las clases sociales. No faltan respuestas de todo tipo y tampoco ejemplos que aducir. Muy conocidas son las dificultades que los dos grandes imperios británico y español sufrieron en el siglo XVIII por la locura

de sus reyes, Jorge y Fernando. En ambos casos los médicos –Willis y Piquer- tuvieron gran importancia, confiando en retrasar la inhabilitación de sus monarcas. Otros muchos casos se pueden recordar. William McNeill se plantea qué hubiera ocurrido en el futuro religioso y político de Europa si una epidemia de “sudor inglés” no hubiese impedido la reunión de Lutero y Zwinglio. Jules Michelet había aceptado la tradicional división del reinado de Luis XIV en antes y después de la fístula, que tan serios problemas de dolor y carácter produjo en el divino rey Sol.

Todavía son más discutibles sus conclusiones sobre la medicina y el poder. Algunas parecen más acertadas, las referentes a la ocultación médica de los problemas de salud de los dirigentes. Se supone que un gobernante democráticamente elegido debe ser responsable de comunicar a sus votantes los problemas de salud que pueda tener. No olvidemos el papel de una enfermedad en unas elecciones, en la toma de decisiones importantes, en el anuncio de la retirada de un político. Pero siempre se corre el peligro del miedo ante la debilidad del gobernante, de las acciones de los espías preocupados de los problemas de los contrarios, como sucedió en la guerra fría. Las opiniones que unos y otros tenían sobre Kennedy o Kruschew condicionaban las políticas de los dos bloques.

Todavía son más discutibles sus conclusiones sobre la medicina y el poder

Líderes prudentes y sanos

No deja de ser curioso que intente dar una gran importancia al papel de la enfermedad en la vida de las sociedades a través del individuo, insistiendo en las enfermedades de sus políticos. “Lo que el mundo necesita son líderes más prudentes y más sanos”, nos dice de forma rotunda (D. Owen, p. 489). Pero los conceptos médicos de salud y enfermedad, son muy distintos de las ideas que uno tiene de su propia situación y de las que recorren la opinión pública. Es dudoso ese papel que da a las enfermedades de los poderosos, pues es claro que ellos y todo el mundo las padece. También que hay muchas patologías, variando su consideración según las épocas, los personajes y los tratamientos. Desde luego no es lo mismo una miopía, un catarro, que una tuberculosis, una demencia o un tumor grave y peligroso. Tampoco una operación quirúrgica hoy y hace unos siglos. También es evidente que la actuación ante una enfermedad es diferente en ellos, pues están expuestos a la mirada pública y sometidos a las exigencias de la democracia. Así hoy las opiniones ante las actitudes del dirigente venezolano Hugo Chávez en su enfermedad no pueden sino estar seriamente divididas. En fin, aunque dudemos del papel de esos sufrimientos y comportamientos de personajes notables, cuando escribo esto el mundo sigue impresionado por las consecuencias que los avatares de la vida del francés Dominique Strauss-Kahn tienen o tendrán sobre la economía mundial y la política francesa (y europea, por tanto).

Genís Sinca

VIDA SECRETA DE NUESTROS MÉDICOS

Barcelona. El Aleph Editores
ISBN 978-84-7669-983-6

Por Alfredo Baratas

Profesor Titular de Historia de la Ciencia. Facultad de Ciencias Biológicas. Universidad Complutense de Madrid).

No existe en nuestro mundo editorial una consolidada tendencia a la biografía de carácter divulgativo, que tan habitual es, por ejemplo, en el ámbito anglosajón. Hacer buenos retratos de personalidades públicas, médicos, científicos, altos funcionarios, etc., que aúnen agilidad en la escritura, fácil e interesante lectura y solvencia en la documentación no es sencillo, pero cuando se logra permite obtener una visión global de un determinado personaje y, por extensión, de su época.

Para que una biografía de estas características sea útil es aconsejable, además, que el autor sea capaz de hacer juicios cabales sobre su biografiado; debe contextualizar la obra y los comportamientos humanos de su personaje, huyendo del elogio desmedido o el reproche moral: generalmente no son útiles -ni buenas literariamente- las biografías de “santos laicos” o aquellas escritas para airear los “trapos sucios” de un determinado personaje.

Las biografías anglosajonas, que consideramos la referencia para este género, suelen ser gruesos volúmenes que abordan toda la vida del protagonista y suelen estar cimentadas por una abrumadora cantidad de citas bibliográficas a pesar de las cuales pueden ser leídas con fruición, gracias a un estilo claro y bien hilado.

Desgraciadamente el libro que reseñamos no se ajusta a estos cánones en ninguno de sus aspectos: no analiza una figura, esboza veinte; la actitud ante cada biografiado oscila del panegírico a la crítica mordaz de sus cualidades humanas; se echa en falta una base documental para sus afirmaciones y comete algunos graves errores en el análisis o descripción de los hechos científicos.

El libro se presenta ante el lector más como una recopilación de “reportajes” sobre unas figuras médicas, que como una reflexión sobre sus personalidades o sus obras. Este libro no es, seguramente no pretendía serlo, un estudio histórico; no hay en sus páginas una reflexión sobre la medicina, el ejercicio médico o la historia de la medicina catalana y española; no hay –y de la lectura se deduce que sería especialmente interesante- un análisis de la medicina catalana durante el franquismo y cuál es su incardinación en la medicina española de la segunda mitad del siglo XX.

El libro se limita a “presentar” algunas figuras y hacer algunas consideraciones genéricas sobre su trayectoria vital o profesional. En la selección de los biografiados se echan en falta algunas personalidades a las que a lo largo del texto se hacen continuas referencias, por ejemplo, los hermanos Trías i Pujol o Manuel Corachán. Otras personalidades de la medicina española están ausentes de este lienzo: Pío del Río Hortega, Gonzalo Rodríguez Lafora, José Madinaveitia, José Goyanes, y un largo etc., entre los médicos del siglo XX, y Esquerdo, Rubio y Galí, Ariza, etc., entre las grandes figuras decimonónicas.



**Este libro no es,
seguramente no pretendía
serlo, un estudio histórico**

En suma, la selección es incompleta (necesariamente habría de serlo), pero no hay ningún argumento que avale las presencias y justifique las ausencias.

La filosofía con la que aborda cada uno de los personajes es dispar. En ocasiones se detalla su vida privada y personal; en otras su obra científica o clínica, sin que haya razón aparente para el énfasis en una u otra.

En algunos casos, se intenta realzar la obra científica con adjetivos rotundos: “pionero”, “héroe”, “premio Nobel robado”; en otros casos, las valoraciones sobre un biografiado es excesivamente dura: la biografía de Puigvert lo presenta

como un auténtico villano; dice de él que fue “el único urólogo capaz de actuar con una fuerza de carácter completamente fuera de lo común, fuera de cualquier límite, por encima incluso de las normas éticas de la profesión” (página 241); que “fue injusto y cruel con la mayoría de los que le rodearon, sobre todo con los que mostraban algún tipo de debilidad, por supuesto la familia; destrozó literalmente la vida de los hijos, la segunda mujer se metió monja, y la multitud que desfilaron por su catre jamás volvieron a ser las mismas” (p. 246). Al hablar, positivamente, de su segunda esposa dice: “A la gente se le hacía difícil entender qué le había visto a aquel bestia” (página 250). “Las señoras que se traía eran de lo más simpáticas y educadas; era habitual y frecuente que la gente se preguntara qué demonios hacían aquellas mujeres con aquel trozo de animal” (página 251).

La biografía de Puigvert le presenta como un auténtico villano

Independientemente de lo excesivo de los calificativos (aunque alguna acusación, como la de actuar al margen de las normas de la ética profesional, es tan grave que sería necesario probarla efectivamente) esta manera de escribir muestra un concepto de la historia y de las personas excesivamente simplista: se es un santo o se es un demonio, los personajes son blancos (puros) o negros (malvados). El superviviente de Auschwitz Primo Levi, mostró en un libro maravilloso *Los hundidos y los salvados*, la existencia de “la zona gris” en los campos de concentración. Sin relativismo moral –que no viene al caso- se detallaba comportamientos de sujetos, que eran unas veces buenos, unas veces miserables, algunas veces heroicos, otras crueles. Si ese acercamiento era posible para Levi, un testigo y víctima de dicho horror, con más facilidad debe ser posible para personas (el autor) y personajes (sus biografiados) que no han pasado por situaciones tan trágicas. En todo caso, no es el objetivo del historiador o del biógrafo, convertirse en juez moral de la vida de nadie; todos los hechos de una vida personal y científica son de interés para el historiador y el lector, pero deben ser valorados con precisión y tolerancia.

Un último aspecto negativo que queremos resaltar es la falta de precisión en algunos conceptos y la ausencia de documentación para probar algunas afirmaciones. La versión oficial respecto de la enfermedad y muerte de Puigvert dice que sufrió un envenenamiento accidental, el autor afirma (página 256) que fue un intento de suicidio fruto de la desesperación por la pérdida de control de la Fundación. Una versión tan radicalmente distinta de la oficial necesita un tratamiento distinto, que haga mención expresa a las pruebas de dicha afirmación; en caso contrario se está dando pábulo a rumores o verdades a medias, que tanto dificultan la labor del historiador y que, por otra parte, son poco respetuosas con el dolor ajeno.

Respecto de los errores de índole histórico y científico son chuscos

Respecto de los errores de índole histórico y científico son chuscos: se dice por ejemplo (página 102-103) que un test ideado por el psiquiatra Emilio Mira “permite ver claramente el funcionamiento de la parte izquierda del hemisferio cerebral (conducida por la mano derecha) y el hemisferio derecho (conducido por la mano izquierda)”, o se confunde la concesión de autonomía a la

Universidad de Barcelona en los años de la II República con el establecimiento de la UAB (Universidad Autónoma de Barcelona), creada en los últimos años de la década de 1960 (página 186-187). Los errores no tienen más importancia, pueden ser corregidos en cualquier edición posterior, pero son muestra de precipitación en la escritura y deficiente documentación previa.

En suma, nos encontramos ante una galería biográfica trazada de forma desigual, con un enfoque maximalista y con carencia de citas y bibliografía. Un libro poco maduro, sujeto por la interesante personalidad o labor científica de los biografiados, más que por una escritura precisa, documentada y bien aquilatada.