

eidolon

25

número

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

**Reflexiones sobre la
profesión médica**

Entrevistas

Albert Oriol
María Teresa Miras

Con Otra Mirada

Ignacio Martínez de Pisón

14 euros • julio-octubre **2007**



25

**revista
eidon**

número

FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

PATRONATO

PRESIDENTE

Diego Gracia

VICEPRESIDENTE

Rodrigo Becker

SECRETARIO

José Miguel Colldefors

VOCALES

Emilio Bouza

José Cadórniga

Rafael Dal-Ré

Emilio Díez

Juan M. Fernández Santos

José M. Mato

Gonzalo París

Javier Puerto

CONSEJO ASESOR

Gonzalo Anes

Ángel Bizcarrondo

Antonio Colino

Hipólito Durán

Alberto Galindo

Arturo García Tizón

Carmen Iglesias

Luis Mateo Díez

Federico Prades

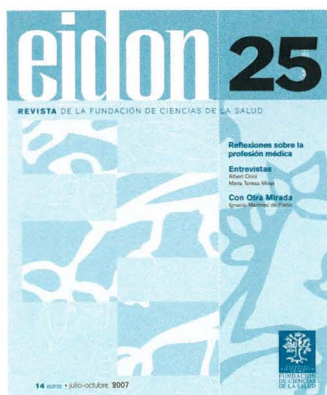
Miquel Roca

Carlos Solchaga

DIRECTORA

M^a Dolores S. de Puerta

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD



CONSEJO DE redacción

DIRECTOR

Javier Puerto

COORDINACIÓN

Beatriz Juanes

COLABORADORES

EN ESTE NÚMERO

Rogelio Altisent

Nieves Barragán

José L. Fresquet

Álvaro Girón

Albert J. Jovell

Asensio López Santiago

Amando Martín Zurro

José M. Mato

José M. Merino

Sergio Minué

Juan Riera

Juan Simó

José Zarco

REDACCIÓN

Beatriz Juanes

Rafael Pérez Ybarra

Yolanda Virseda

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Albarte Comunicación

FOTOGRAFÍA

Archivo y Vídeo Press

IMPRIME

Gráficas Enar, S.A.

FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Plaza Carlos Trias Bertrán, 4-2º.

28020-Madrid

Tel.: 91 353 01 50. Fax: 91 350 54 20

e-mail: info@fcs.es

ISSN: 1575-2143

D.L.: M-7360-1999

número
JULIO-OCTUBRE

EDITORIAL

PLATAFORMA DE DEBATE

ENTREVISTA

POLÍTICA SANITARIA

CON MANO AJENA

ENTREVISTA

CON OTRA MIRADA

DEL PASADO AL PRESENTE

CRÍTICA DE LIBROS

AGENDA

sumario

4 Seducción de la medicina

6 Algunas reflexiones sobre la Atención Primaria en España

• Amando Martín Zurro

12 Perspectivas organizativas de la Atención Primaria: ¿en el asiento del conductor o repartiendo los billetes?

• Sergio Minué

19 Motivar a médicos de familia: una cuestión de confianza

• Juan Simó

26 Albert Oriol Bosch

Presidente de la Fundación Médica

32 La carrera del profesional sanitario en España

• Asensio López Santiago

Una visión crítica de la formación en bioética en España

• Rogelio Altisent

Dicen los pacientes

• Nieves Barragán

Formación en drogodependencias

• José Zarco

40 La aventura invisible

• José M. Merino

La visión del paciente

• Albert J. Jovell



50 María Teresa Miras

Presidenta de la Real Academia de Farmacia

56 Presentación

• Javier Puerto

Una visita al sanatorio

• Ignacio Martínez de Pisón



63 Noticia histórica sobre la formación en las profesiones sanitarias

• José L. Fresquet

Del médico de cabecera a la Medicina de Familia en España

• Juan Riera

75 • Bibliografía crítica ilustrada de las obras de Darwin en España (1857-2005)

• La historia de *El origen de las especies* de Charles Darwin

80 Próximas actividades y publicaciones

Seducción de la medicina

Sucede todos los años. Transcurridas las pruebas de selectividad, las Universidades anuncian el punto de corte de las distintas carreras. En el Distrito único de Madrid, la nota de corte de Medicina es la más elevada en la Universidad Complutense (8,62), en la Autónoma (8,58, superada por Matemática e Informática 8,72) y en Alcalá (8,45). La cosa es tanto más sorprendente cuanto que los médicos de este país ganan poco, trabajan mucho, tienen que sacrificar días festivos y horas de asueto haciendo guardias, todo eso después de seis años de carrera más cuatro de residencia, es decir, tras consumir en formación el tiempo de dos carreras universitarias. Y la pregunta que surge espontáneamente es ¿por qué? ¿cuál es el atractivo de esta carrera? ¿a qué debe su elevado poder de seducción?

La respuesta no es fácil. Un sociólogo diría, probablemente, que la razón está en el inmenso poder que gestiona la medicina. El poder consiste siempre en el ejercicio de un rol social, el de mandar sobre aquello que los seres humanos consideran más valioso. Y lo más valioso es siempre la vida y la salud. Tiene poder social, gran poder social, quien es capaz de gobernar a los demás, esto es, de decirles lo que tienen que hacer, cómo deben comportarse. Es el poder de mando. En la sociedad hay roles de mando y roles de obediencia. Y cuando el mando dice en relación a las cosas que más queremos o que consideramos más importantes, entonces el poder social es enorme. Aunque no se gane mucho, aunque exija sacrificios. Ese es el poder que tradicionalmente han usufructuado sacerdotes (el poder sobre la vida eterna), gobernantes (el poder sobre la vida civil) y médicos (el poder sobre la vida biológica). Ser médico es un rol social

tremendamente atractivo, acabará argumentando nuestro sociólogo, porque conlleva la gestión de un gran poder social.

Por más que lo anterior sea verdad, cabe dudar de que sea toda la verdad e, incluso, la verdad más importante. Hay otra respuesta posible. La medicina es una de las profesiones más vocacionales que existen. Cuando se habla de vocación siempre piensa uno en la vocación religiosa. Pero hay vocaciones seculares. Y el ejemplo paradigmático de éstas lo constituye la medicina. Talcott Parsons, el célebre sociólogo norteamericano, lo atribuía a que es la única de las profesiones clásicas que ha sido capaz de asumir el hecho de la ciencia moderna. El sacerdocio o la judicatura se ejercen casi como en tiempos de los romanos. La medicina, por el contrario, es una profesión que ha sabido integrar, quizá como ninguna otra, los avances de la ciencia y de la tecnología.

Esto la hace particularmente atractiva y fascinante. Cuando se pregunta a los jóvenes recién ingresados en la Facultad de Medicina las razones por las que han elegido esa carrera, es frecuente que expresen su admiración ante los avances científicos en el campo de la biología, sobre todo de la biología molecular, y los adelantos técnicos en el de la medicina práctica. La segunda mitad del siglo XX ha sido un periodo especialmente afortunado para las ciencias de la vida. Tanto, que abundan las personas dispuestas a dedicar su vida al incremento de nuestro saber en ese ámbito y la transformación perfecta de la vida humana. Hace ahora casi cuatrocientos años, escribía Descartes al final de su *Discurso del método*: "Nadie se atreverá a poner en duda que lo que se sabe [en medicina] es una cosa insignificante comparada con lo que queda por saber, y que podríamos librarnos de infinidad de enfermedades y hasta del debilitamiento de la vejez, si se

La medicina es "la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades"

tuviera un exacto conocimiento de sus causas y de los remedios de que nos ha provisto la naturaleza."

¿Utopía? Indudablemente, sí. Pero de la que cuesta apearse. Mi experiencia de muchos años es que la atracción de esta utopía es inmensa en la juventud. El joven estudiante de medicina vive fascinado por el poder de la ciencia y la técnica, que en un no lejano futuro podrá alejar, piensa, los muchos males que una naturaleza caprichosa y desordenada ha legado a los hijos de Adán.

De esta ilusión se despierta paulatinamente. Nos despiertan la vida, los años, la experiencia. Esto es muy evidente en los médicos maduros, aquellos que llevan más de diez años de ejercicio. Es frecuente decir que los médicos sufren, mediada su actividad profesional, una profunda crisis. Esa crisis puede denominarse e interpretarse de diferentes maneras. Los psicoanalistas hablan de las llamadas "neurosis de madurez". Hoy se las cataloga de "síndrome de desgaste profesional". Mi opinión es que se trata de una crisis producida por la pérdida de ilusión en aquellas cosas en que esas personas creyeron, sus ideales de juventud, aquellos que les llevaron a elegir esa carrera. Ya no piensan que la ciencia y la técnica vayan a resolver todos los males de la humanidad, a perfeccionar al ser humano, a evitar las enfermedades y, como decía Descartes, "hasta el debilitamiento de la vejez." Se han convencido de que la especie humana es, por naturaleza, mortal; que las enfermedades tampoco son erradicables, aunque sólo fuera porque en su definición no entran sólo hechos sino también valores. ¿Es nuestra idea de salud y enfermedad idéntica a la que tenían nuestras abuelas? Indudablemente, no. Y ello, no tanto porque los hechos sean distintos, sino porque han cambiado nuestros valores. Esto es

lo primero que sorprende al médico, el descubrir un mundo, el mundo del valor, que le resulta completamente desconocido y ante el que no puede no sentirse confuso y desorientado.

Sin embargo, tengo contrastado que cuando a estos médicos ya maduros se les explica lo que son los valores, cuál es su lógica, cómo funcionan, los criterios para la resolución de los conflictos que surgen entre ellos, etc., descubren un nuevo mundo. La ilusión vuelve a sus

rostros. Y retoman con nuevo brío el ejercicio de su profesión. David Sackett, uno de los padres de la medicina basada en la evidencia, decía que mediada la actividad profesional de los médicos convenía que éstos hicieran una segunda residencia. Yo no estoy tan seguro de eso. Pero lo que sí creo es que cuando comienza a decrecer la ilusión y el interés por lo que uno hace, aunque sólo sea por aburrimiento, debería ofertarse a los profesionales la posibilidad de una nueva formación, complementaria de la que ya tienen, que les permitiría entender muchas cosas para las que en su juventud fueron ciegos y que les harían profesionalmente mucho más eficaces y humanamente más felices.

Mi descubrimiento ha sido que los jóvenes son más proclives a ilusionarse con la técnica, y que las personas maduras tienen una especial sensibilidad para los valores. Y como en el ejercicio de la medicina, como ya dijera Parsons, se unen indisolublemente ambas dimensiones, es una actividad doblemente atractiva, capaz de ilusionar tanto a jóvenes como a mayores. Quizá por ello se ha venido repitiendo durante siglos, que es "la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades."

Diego Gracia



ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

AMANDO MARTÍN ZURRO

Coordinador General del Programa de MFyC de Cataluña

La atención primaria (AP) es, sin duda, el componente de nuestro sistema de salud que ha incorporado cambios conceptuales, organizativos y técnicos más relevantes en los últimos 25 años. Esta afirmación inicial nos permite realizar una segunda sobre la frecuente ubicación de la AP y sus profesionales en la vanguardia de los movimientos de progreso de nuestro sistema sanitario en el terreno asistencial y docente y, con menor intensidad, en el de la investigación.

La AP conserva aún hoy un enorme potencial de cambio y su papel va a seguir creciendo en relevancia en la medida en que sea capaz de proporcionar respuestas efectivas y eficientes a las nuevas necesidades y retos sanitarios y sociales que se plantean en nuestro entorno. La sociedad española, su contexto político y económico, y las expectativas de los ciudadanos con relación a la salud han cambiado profundamente desde mediados de los años 80, cuando se inició el proceso de reforma de la AP. Por poner un

ejemplo relevante, podríamos hablar de la intensificación de los procesos migratorios de ciudadanos procedentes de países africanos, de América central y del sur y del este de Europa.

Estas y otras consideraciones deben reafirmarnos en la necesidad de seguir considerando la reforma de la AP como un proceso dinámico y abierto, sometido a una continua reconsideración en aras de su mejor adaptación a los cambios que se van produciendo en el contexto político, económico, social y científico-técnico.

Cuando se habla del proceso de reforma de la AP en España, a veces se olvida que no partió de cero sino de un modelo de asistencia médica ambulatoria preexistente que condicionó (y aún lo hace hoy) algunos de sus elementos conceptuales y organizativos. Tampoco debe infravalorarse el hecho de que la prolongación en el tiempo del proceso de reforma en las distintas CC.AA. ha obligado a la coexistencia de los modelos, hecho que ha sido también una fuente importante de problemas y agravios.

También debemos insistir en que, con independencia de determinados errores cometidos al poner en práctica el proceso de reforma, el problema más importante que ha planeado sobre él de forma constante ha sido el de la insuficiencia de recursos, financieros y de otro tipo,

dedicados a su implantación y desarrollo. Había, y todavía existen hoy, políticos y gestores que han visualizado el proceso de reforma de la AP como una buena oportunidad para reducir los costes de un sistema sanitario cada vez más caro y, al parecer, menos sostenible. Efectivamente la AP, pero también la atención hospitalaria y la sociosanitaria, pueden y deben contribuir a mejorar la sostenibilidad del conjunto del sistema. Pero la contribución decisiva de la AP no se encuentra en una imposible reducción de la factura sanitaria, si no en la mejora de la racionalización

y eficiencia del gasto sanitario. Hablamos, evidentemente, de una AP que contempla unos procesos asistenciales curativos y preventivos ajustados a las necesidades reales de los ciudadanos, que intentan disminuir la tendencia a un consumo excesivo de recursos y procedimientos (peligroso incluso para la propia salud) y que incentivan la participación y la responsabilidad comunitaria. Pero nos referimos también a unos criterios de financiación distintos a los actuales, que pagan a los hospitales primando su actividad y que solamente dedican a la AP los recursos necesarios para mantener las plantillas, sufragar el gasto farmacéutico y poco más. Es preciso incrementar de forma suficiente la proporción de recursos del presupuesto sanitario global destinada a la AP e incentivar de forma decidida la innovación organizativa y de las carteras de servicios. No me parece descabellado hablar de la necesidad de

“empresarializar” la gestión de los centros y equipos de salud dotándoles de una autonomía mucho más importante que la actual para planificar sus inversiones, gastos y plantillas, exigiéndoles, al mismo tiempo, un mayor grado de corresponsabilidad en los resultados obtenidos en términos de salud y económicos. El crecimiento significativo de una parte variable en las remuneraciones de los profesionales no debe visualizarse como una amenaza laboral, sino como una buena oportunidad para redireccionar las prioridades y actividades hacia las necesidades y expectativas de los usuarios. También se debería potenciar la reinversión local de los “beneficios” obtenidos en términos de efectividad de las acciones asistenciales, docentes y de investigación emprendidas.

EL PAPEL DEL CIUDADANO

Todos nos referimos constantemente al papel central del ciudadano en el sistema sanitario pero, a la hora de la verdad, resulta que participa poco o nada de forma directa en la planificación y gestión de los servicios y que la organización de éstos, en muchas ocasiones, tiene más en cuenta las visiones y necesidades de los profesionales que las de aquéllos. En el caso de la AP, esta participación directa de los ciudadanos y sus organizaciones es de importancia capital. En España no hemos conseguido todavía, al menos de forma general, diseñar mecanismos de participación

ciudadana con capacidad decisoria que funcionen y que tengan repercusiones perceptibles cotidianamente sobre la gestión de los centros y servicios. Es muy posible que la potenciación del papel de las instituciones políticas locales (esencialmente de los ayuntamientos) en la gestión territorial de los recursos sanitarios sea una vía de solución eficaz para este problema pendiente de nuestra AP.

En España no hemos conseguido todavía diseñar mecanismos de participación ciudadana con capacidad decisoria

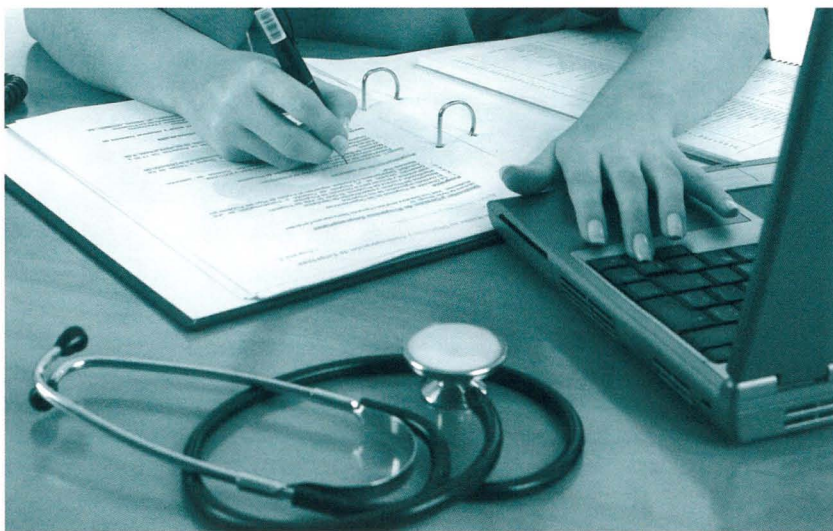
que erosiona de forma progresiva la calidad de vida de los profesionales sanitarios y que es necesario corregir. Nuestros responsables

políticos y gestores, preocupados por la sacrosanta eficiencia, han visualizado en demasiadas ocasiones los recursos humanos como uno de los

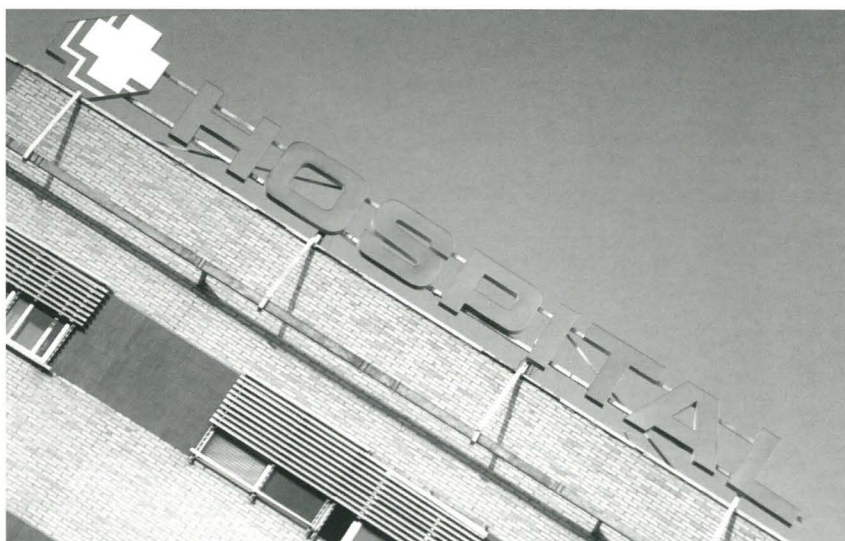
mayores riesgos para conseguirla y han acentuado la separación entre gestores y clínicos asistenciales hasta transformarla en un verdadero divorcio. Parece que en los últimos tiempos corren nuevos vientos más favorables para unos profesionales que se han visto casi sistemáticamente relegados de los ámbitos de decisión importantes de los centros sanitarios. Cada vez se habla más de estrategias en las que las direcciones clínicas son las verdaderas rectoras de las instituciones mientras que las gerencias asumen y gestionan la planificación diseñada en aquel primer nivel. Ya veremos qué dan de sí en el futuro estos planteamientos, pero lo que parece evidente es que continuar con la situación actual es totalmente desaconsejable.

La organización del trabajo en los centros y equipos de salud españoles también ha de ser objeto de profunda reconsideración. Señalaba al comienzo de estas líneas que la reforma de la AP española se hizo a partir de un modelo preexistente y algunos de los elementos

Es un lugar común hablar del *burnout* de los profesionales sanitarios, con referencia especial a los de AP. Los argumentos se centran habitualmente en la sobrecarga y monotonía del trabajo cotidiano, en la falta de perspectivas de progreso profesional, en la dificultad para equilibrar la vida laboral y familiar y en las insuficientes remuneraciones. Todas estas consideraciones responden, en mayor o menor grado según el lugar concreto de trabajo, a una realidad



organizativos de la estructura de los centros y de la propia actividad son herederos de esta circunstancia. No se pensó (o no se consiguió) que cada profesional dispusiera de un despacho propio de consulta, no se insistió en la necesidad de flexibilizar los horarios de atención dando a cada profesional la oportunidad de adaptarlos, dentro de ciertos límites, a las necesidades de sus pacientes y las suyas propias, con una jornada de mañana y tarde adecuadamente remunerada. Se diseñaron unos bloques asistenciales compactos que obligan al profesional a visitar de forma consecutiva a los pacientes y se instauraron dos turnos de trabajo (de mañana y tarde) para, entre otras cosas, posibilitar la utilización de un mismo despacho por más de un profesional. Es también necesario potenciar la diversificación de los regímenes de dedicación laboral, regulando las jornadas parciales y para el cumplimiento de encargos u objetivos concretos. La feminización progresiva de la profesión médica y la ya clásica de la de enfermería son factores que hay que considerar con mayor atención en el diseño de las políticas de recursos humanos, concretamente de la AP.



LA NECESIDAD DE **REORGANIZAR EL TRABAJO**

La insuficiencia de tiempo disponible para cada consulta y la burocratización excesiva de la actividad asistencial siempre forman parte del elenco reivindicativo de los profesionales de nuestra AP. Ambos aspectos necesitan de medidas correctoras que, en el primer caso, pasan por la reorganización del trabajo antes señalada y por la asignación a cada profesional de un número de pacientes acorde con las características del contexto poblacional, geográfico y de demanda histórica. La desburocratización de las consultas implica una redistribución de las competencias y responsabilidades de los distintos miembros de los equipos de salud pero también hay que ponerla en relación con el desarrollo decidido y coherente de las ya no tan nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

En el inicio de la reforma de la AP se puso mucho énfasis en el Centro y en el Equipo de Salud como elementos centrales de la organización y el proceso asistencial. Creo que es necesario reconsiderar esta prioridad y realzar la figura

La organización del trabajo en los centros y equipos de salud españoles también ha de ser objeto de profunda reconsideración

del médico y enfermera personal, buscando un nuevo equilibrio entre éstos y el equipo y potenciando su visualización por el usuario. Este cambio estratégico no debe considerarse incompatible o contradictorio con la necesidad de seguir insistiendo en el equipo de trabajo como garantía de una mejor y mayor efectividad para la consecución de los objetivos grupales asumidos por el conjunto del Centro de AP. En esta perspectiva, considero necesario favorecer aún más la accesibilidad directa del ciudadano/usuario a su médico y profesional de enfermería a través del teléfono, del correo electrónico o de otros

medios de comunicación. Hay que evitar la existencia de inaceptables listas de espera para poder contactar con los profesionales de referencia y hacer compatible

este objetivo con una utilización razonable e informada de los recursos de AP por los ciudadanos.

La experiencia acumulada a lo largo del proceso de reforma de la AP en España, así como las

provenientes de otros países y sistemas, aconsejan realizar una reconsideración en profundidad de las competencias de los médicos de familia, pediatras, enfermeras y otros componentes de los equipos de salud. Estos procesos no son en absoluto fáciles y levantan resistencias o recelos en muchas ocasiones infundados o con base en un cierto temor a perder protagonismo o poder en el seno de la AP.

Todos los profesionales de AP deben incrementar su visión y práctica comunitaria y traspasar la frontera de la atención individual

generada por las actividades preventivas de los programas de atención al niño sano así como el abordaje de una parte significativa de los problemas y necesidades de salud más habituales en el ámbito ambulatorio entre la población infantil.

Las enfermeras de familia deben estar llamadas a liderar necesidades y procesos emergentes como los de asistencia domiciliaria y otros relacionados con la atención a la dependencia, asumiendo el papel de "gestoras de casos" complejos y actuando como profesionales de enlace entre distintos tipos de recursos asistenciales.

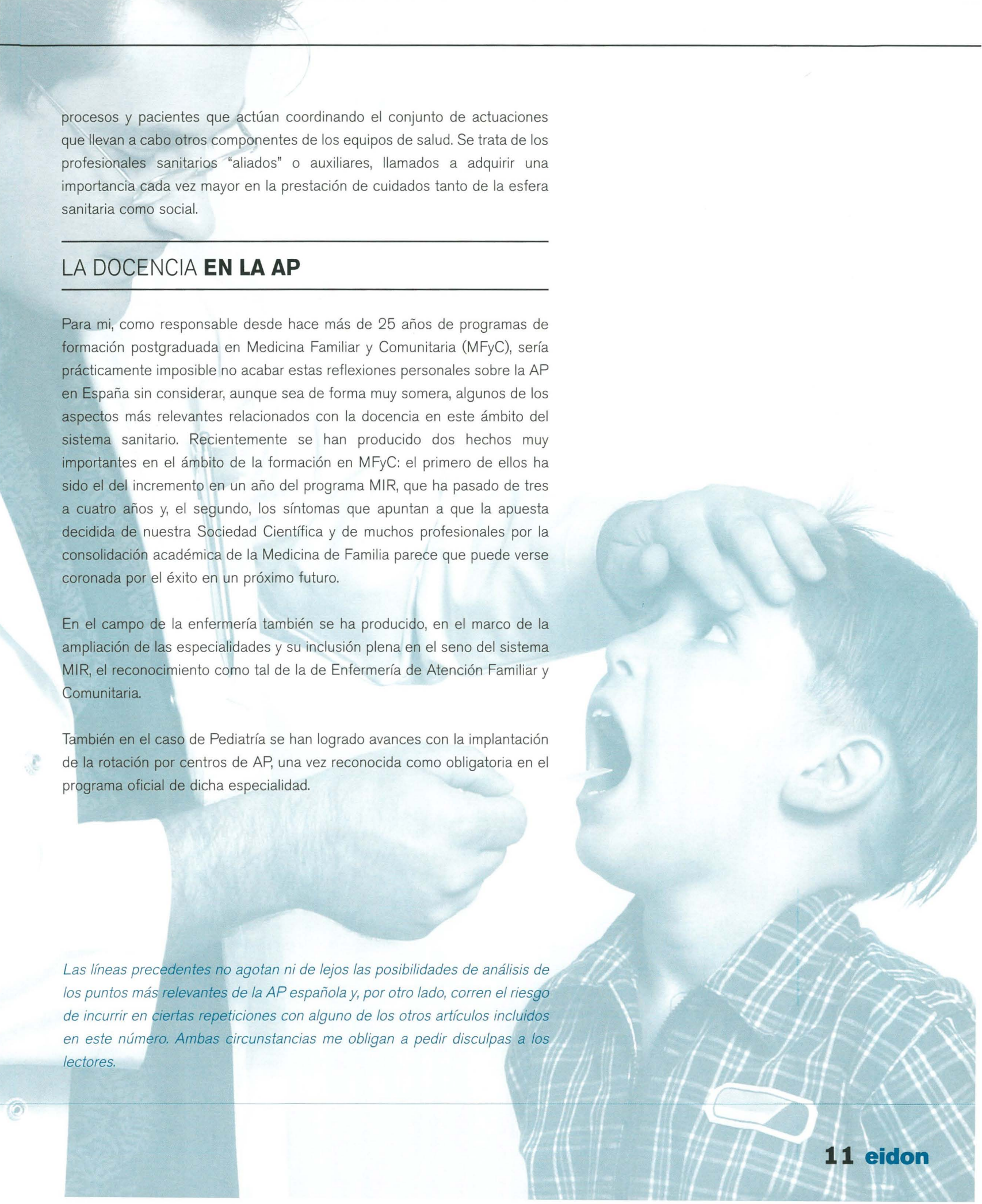
Todos los profesionales de AP deben incrementar su visión y práctica comunitaria y traspasar la frontera de la atención individual para pasar a considerar esta dimensión en todas y cada una de sus actuaciones asistenciales. No se trata de añadir nuevas tareas, sino de completar el enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad así como el asistencial curativo o reparador.

En un planteamiento de futuro de nuestra AP hemos de contemplar cada vez con mayor énfasis el papel de los profesionales médicos y, en determinadas ocasiones, de los de enfermería, como verdaderos gestores de

LOS PEDIATRAS Y LA ENFERMERÍA

Los pediatras de AP deberían actuar más como consultores de los médicos de familia y plantear esta nueva situación como una oportunidad para focalizar mejor su actividad asistencial hacia aquellos problemas de salud que requieren actuaciones con mayor grado de complejidad o especialización. La organización territorial de la atención pediátrica, en equipos en los que participen profesionales procedentes del ámbito hospitalario y de la AP, debería actuar también como un potente elemento aglutinador de unos profesionales que, con cierta frecuencia, se pueden sentir aislados en determinados centros de salud. No parece razonable pensar que si este tipo de cambios se diseñan con prudencia, sin precipitaciones temporales y con las correspondientes actuaciones formativas cuando sean necesarias, vayan a causar ningún deterioro ostensible de la calidad de la asistencia prestada a la población infantil, que, por otro lado, no perdería en ningún caso la figura del pediatra de referencia.

Los médicos y las enfermeras de familia deben estar capacitados para asumir, en un contexto de cargas asistenciales razonables, la demanda

A background image showing a doctor in a white coat examining a young child's mouth. The doctor's hands are visible, one holding the child's head and the other near the mouth. The child is looking up with their mouth open. The image is in a light blue, semi-transparent style.

procesos y pacientes que actúan coordinando el conjunto de actuaciones que llevan a cabo otros componentes de los equipos de salud. Se trata de los profesionales sanitarios “aliados” o auxiliares, llamados a adquirir una importancia cada vez mayor en la prestación de cuidados tanto de la esfera sanitaria como social.

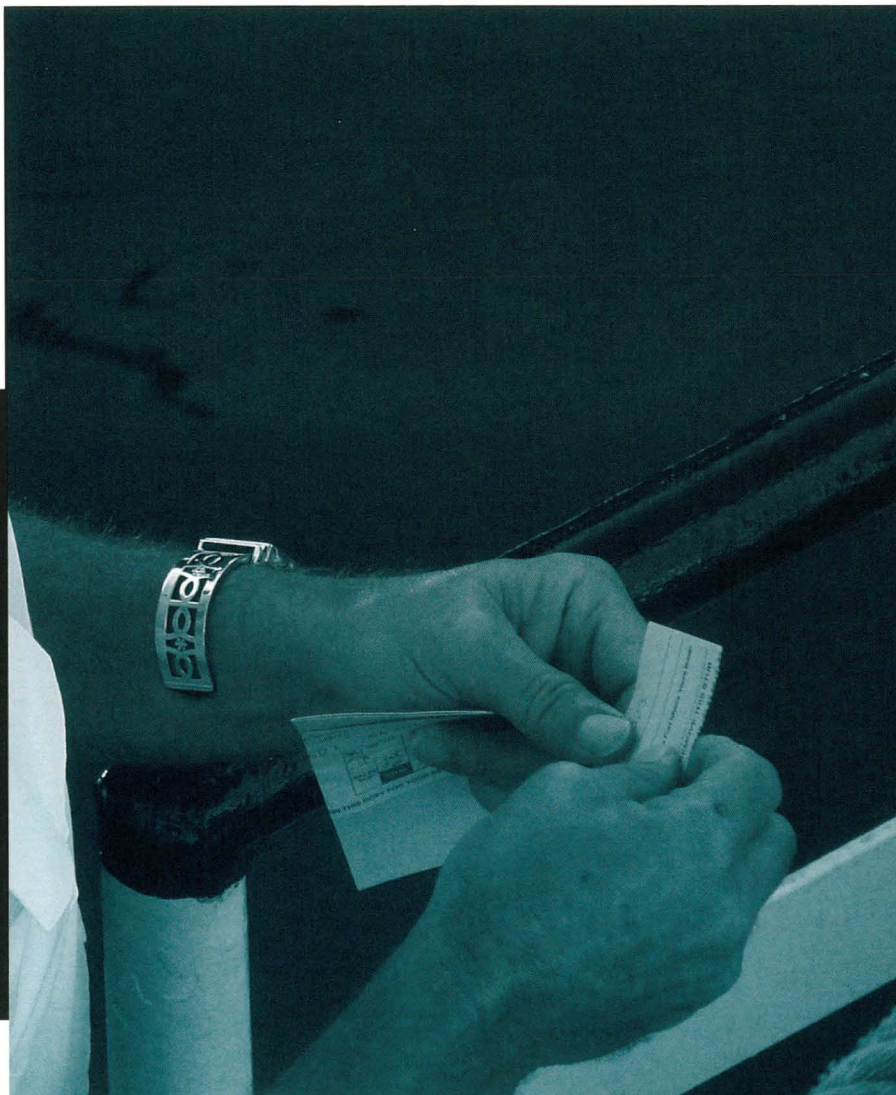
LA DOCENCIA **EN LA AP**

Para mi, como responsable desde hace más de 25 años de programas de formación postgraduada en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), sería prácticamente imposible no acabar estas reflexiones personales sobre la AP en España sin considerar, aunque sea de forma muy somera, algunos de los aspectos más relevantes relacionados con la docencia en este ámbito del sistema sanitario. Recientemente se han producido dos hechos muy importantes en el ámbito de la formación en MFyC: el primero de ellos ha sido el del incremento en un año del programa MIR, que ha pasado de tres a cuatro años y, el segundo, los síntomas que apuntan a que la apuesta decidida de nuestra Sociedad Científica y de muchos profesionales por la consolidación académica de la Medicina de Familia parece que puede verse coronada por el éxito en un próximo futuro.

En el campo de la enfermería también se ha producido, en el marco de la ampliación de las especialidades y su inclusión plena en el seno del sistema MIR, el reconocimiento como tal de la de Enfermería de Atención Familiar y Comunitaria.

También en el caso de Pediatría se han logrado avances con la implantación de la rotación por centros de AP, una vez reconocida como obligatoria en el programa oficial de dicha especialidad.

Las líneas precedentes no agotan ni de lejos las posibilidades de análisis de los puntos más relevantes de la AP española y, por otro lado, corren el riesgo de incurrir en ciertas repeticiones con alguno de los otros artículos incluidos en este número. Ambas circunstancias me obligan a pedir disculpas a los lectores.



PERSPECTIVAS ORGANIZATIVAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: ¿en el asiento del conductor o repartiendo los billetes?

SERGIO MINUÉ

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Tanto en Europa¹, como en América², vuelve a plantearse la necesidad de reforzar el primer nivel de atención, como medida clave para mejorar el funcionamiento de los sistemas sanitarios. Argumentos hay para ello, dadas las pruebas existentes sobre la asociación entre el grado de eficiencia de un sistema sanitario y la fortaleza de su atención primaria^{3, 4}.

En España, el proceso de reforma de la Atención Primaria (AP), más de veinte años después de su inicio, es valorado habitualmente de forma positiva, incluso entusiasta⁵. Pero aunque las declaraciones de los responsables políticos afirmen reiteradamente su relevancia en el sistema sanitario, los hechos no parecen demostrarlo (recuadro 1). En este contexto, es llamativo

que, siendo el español uno de los sistemas sanitarios con mayor grado de descentralización, el modelo de organización de AP sea prácticamente el mismo en las diversas comunidades autónomas (exceptuando Cataluña), y que no haya sufrido apenas cambios tras veinte años de reforma. En los hospitales, en cambio, sí ha existido un mayor grado de innovación organizativa (constitución de institutos, fundaciones, centros especializados de alta resolución). En cualquier caso, la clave está en saber si el actual modelo, casi inalterado en un cuarto de siglo, puede dar respuesta a las expectativas de una sociedad como la actual.

ESTRATEGIA Y ORGANIZACIÓN EN ENTORNOS INESTABLES

El cambio permanente de las sociedades en la actualidad ha puesto en cuestión los planteamientos clásicos de la gestión empresarial, en los que la alta dirección de la empresa era la que establecía la estrategia, en función de la cual se diseñaba la organización⁶. El modelo de reforma de AP en España siguió esta pauta: ante una *necesidad* de reforma, se diseñó una *estrategia* (la adaptación de la declaración de Alma Ata a nuestro contexto), de la que surgió un *modelo organizativo* concreto. Sin embargo, la inestabilidad del entorno actual (*“la vida líquida”* de la que habla Bauman⁷, en la que todo cambia tan rápidamente que las respuestas no consiguen consolidarse),

En España, la AP nunca ha ocupado el “asiento del conductor” del sistema sanitario. Su papel se ha limitado a “dispensar los billetes”

se caracteriza por cambios profundos y continuos (recuadro 2), que determinan demandas cada vez más heterogéneas de los ciudadanos que acuden al primer nivel de atención (recuadro 3). Cuando el entorno cambia tan deprisa, apenas son efectivas estrategias formuladas “desde arriba”. Hoy, en las empresas más innovadoras, los detalles de la estrategia suelen ser resultado de muchas

obliga a adaptar continuamente la estrategia y la organización. El contexto actual del sistema sanitario español

decisiones tomadas en distintos niveles de la organización, actuando la dirección estratégica como simple orientador de las grandes líneas generales⁸.

COMPETITIVIDAD DEL ACTUAL MODELO DE AP

En la excelente revisión de Saltman, Rico y Boerma (*“Atención Primaria, ¿en el asiento del conductor?”*), se analizan las posibilidades de AP de conducir los sistemas sanitarios occidentales. En España, la AP nunca ha ocupado el “asiento del conductor” del sistema sanitario. Su papel se ha limitado a

- La participación de la AP en el gasto sanitario público se ha reducido el doble que la participación hospitalaria durante el periodo 1995-2002¹⁶.
- El número de pacientes atendidos diariamente por médicos de familia ha ido aumentando progresivamente, convirtiéndose en el principal elemento reivindicativo de la AP en los últimos años (*“10 minutos por consulta, ¡qué menos!”*).
- La especialidad de Medicina de Familia sigue sin ser suficientemente atractiva, como pone de manifiesto la existencia de vacantes no cubiertas en la última convocatoria MIR.
- Sigue sin estar adecuadamente representada la medicina familiar y los conocimientos sobre AP en la formación universitaria de pregrado.
- A la vez que se produce la emigración laboral de médicos y enfermeras españoles a países de nuestro entorno, algunas comunidades autónomas se ven obligadas a importar médicos procedentes de terceros países.
- La medicina familiar y comunitaria pudiera ser una de las especialidades con mayor déficit de médicos en los próximos años¹⁷.
- Aumenta la desmotivación de los profesionales en ejercicio, siendo cada vez mayor el *síndrome de burnout* entre los médicos del primer nivel.
- La AP sigue sin jugar un papel protagonista en la dimensión social de la sanidad. Pese a que los médicos de AP alcanzan los mayores niveles de confianza como profesión por parte de los ciudadanos¹⁸, la AP sigue estando ausente en la opinión pública, como pone de manifiesto la revisión de la información sobre salud de los periódicos españoles, monopolizada por noticias relativas a especialidades, nuevas tecnologías y avances científicos¹⁹.

Recuadro 1. Debilidades de la atención primaria en el sistema sanitario español

“dispensar los billetes”, permitiendo con ello que los usuarios accedan al autobús del sistema; no es poco, pero conducen otros.

Es difícil que esto pueda cambiar. Un ejemplo. De los retos apuntados en el recuadro 2 pueden anticiparse nuevos servicios que podrían ser demandados por los usuarios a corto plazo:

- Información y asesoramiento sobre salud, que les permita distinguir “el grano de la paja” ante un volumen de información ilimitado.
- Facilitación del acceso y recorrido fluido por el sistema, lo que Preston llama progreso⁹ (el paciente “progresa adecuadamente”, tanto dentro del sistema, como hacia el estado deseado).
- La atención a casos complejos, con síntomas mal definidos, o en los que coexistan varios problemas o enfermedades, ante la moda actual de promocionar el interés por la enfermedad antes que el interés por el enfermo (“el diagnóstico se ha convertido en el *password* para poder acceder al software de la medicina contemporánea” en palabras de Rosenberg¹⁰).
- La atención en el domicilio del paciente, a menudo con necesidades también de carácter social.
- La coordinación general de la atención sanitaria del paciente, cada vez más compleja.

En términos empresariales, para estas demandas va a existir mercado. Pero pueden existir diferentes ofertas. Una de ellas sería la de aprovechar el ámbito del sistema sanitario en el que estos servicios pueden realizarse sin demasiado coste de transacción: una nueva AP adaptada a los tiempos. Pero también podría fomentarse la aparición de diferentes proveedores para cada una de estas necesidades: “expertos en asesoramiento sanitario” (a la manera

Para hacer real el cambio es imprescindible un aumento radical de la financiación destinada al primer nivel

de los asesores fiscales), “especialistas en diagnóstico” (como “el doctor House”, jefe de la unidad de

diagnóstico médico), “gestores del proceso asistencial”, “empresas de apoyo domiciliario”... En algunos países ya existen precedentes¹¹. Todas ellas podrían ser oportunidades de negocio con grandes posibilidades de éxito, valoradas como “más innovadoras” por la sociedad.

En cambio, términos como *atención primaria*, *medicina de familia* o *enfermería comunitaria*, pueden ser considerados como algo pasado de moda. Incluso podría replantearse una vez más la propia función de “repartidor de billetes”: ¿qué sentido tiene mantener un filtro para poder acceder a la “verdadera” atención sanitaria (el especialista)? No debe olvidarse que en las sociedades humanas, no siempre las mejores innovaciones son las que tienen más éxito (Apple no venció a Microsoft).

¿SE NECESITA UN CAMBIO EN PROFUNDIDAD DEL ACTUAL MODELO?

Si únicamente hubiera de responderse a alguno de los retos expuestos, tal vez fueran suficientes las mejoras coyunturales habituales (un nuevo pacto con los representantes profesionales, mayor acceso a pruebas,...).

Pero tantos desafíos, tan heterogéneos y cambiantes, difícilmente son abordables con el modelo actual. Eso no significa que vaya a ser fácil: en cualquier sistema, las opciones de reforma están limitadas por su propia historia, no siendo previsible que puedan producirse cambios estructurales rápidos¹². Es imprescindible hacer explícita la dirección del cambio, en el sentido de fortalecer o reducir el papel de la AP (y mantener el *statu quo*, ya es tomar una decisión, y no precisamente de reforzamiento de la AP), así como actuar sobre la organización en su conjunto: ésta no es sólo su fórmula jurídica o su organigrama (lo que Roberts llama “la arquitectura”), sino también sus rutinas de trabajo, las personas que trabajan en ella, y su cultura. Hablar de organización es hablar de la compleja interacción de estos cuatro elementos. Y ningún proceso de construcción o cambio es completo si no se interviene globalmente. En cualquier caso, parece prudente comenzar a actuar por los más maleables (rutinas y personas), antes de abordar los más estables (arquitectura y cultura).

Parece imprescindible reformular el acuerdo tácito que liga a la profesión con la nueva sociedad, haciendo explícito un nuevo contrato social

NUEVOS PROCEDIMIENTOS Y RUTINAS

Es preciso hacer real la promesa de autonomía profesional en la dirección y organización de los centros y unidades. Esto permite respuestas verdaderamente autónomas ante problemas concretos. Debería facilitarse que la innovación floreciese continuamente y que esta innovación surja de los que tienen la información: los profesionales. El “vértigo” ante la pérdida aparente de control directivo, podría superarse a través de mecanismos sólidos de evaluación y comparación entre equipos de trabajo y profesionales.

- Cambios demográficos: en los próximos años es previsible la existencia de poblaciones muy heterogéneas en España.
- Cambios epidemiológicos: la aparición de nuevas enfermedades junto al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas; las enfermedades más prevalentes en el siglo XXI serán la comorbilidad y la yatrogenia²⁰.
- La sacralización social de la ciencia, derivada de la continua promesa de incorporación de los últimos avances en investigación biomédica a las prestaciones del sistema sanitario. En este sentido, aumenta la preocupación sobre la creciente medicalización de la sociedad²¹, en la que cualquier problema vital parece tener un remedio médico²².
- El acceso ilimitado de cualquier persona a información biomédica a través de las nuevas tecnologías, lo que no sólo puede modificar los procedimientos de diagnóstico por los profesionales²³, sino también la relación entre pacientes y médicos.
- La utilización de las nuevas tecnologías para el proceso de atención sanitaria (telefonía móvil, Internet, telemedicina,...), con las oportunidades que representan, pero también con las amenazas respecto a la seguridad, confidencialidad y repercusión legal.
- La aparición de la genómica, y sus posibles aplicaciones de medicina individualizada, como condicionante en la toma de decisiones no sólo de los especialistas, sino también de los médicos de cabecera²⁴.
- El nuevo y variable papel del paciente, que alterna papeles activos y pasivos en función de la situación y de sus propias características personales y culturales²⁵.
- La priorización en la agenda política de la satisfacción del ciudadano sobre otras dimensiones (salud, equidad, eficiencia), con el riesgo de transformar la salud en un bien de consumo más²⁶.
- El mantenimiento de la permanente e inevitable limitación de la financiación destinada a sanidad, frente al crecimiento ilimitado de los costes.

Recuadro 2. Los retos actuales de los sistemas sanitarios

Parece inevitable que se amplíen en el futuro cercano los “entornos” de prestación de la asistencia: junto a los tradicionales de la consulta o el domicilio (éste último cada vez con mayor importancia), posiblemente aumente la participación de los entornos virtuales. Además de las aplicaciones informáticas utilizadas ya en la consulta diaria (historia electrónica, sistemas de apoyo a la decisiones clínicas,...), es probable un mayor empleo rutinario de la telemedicina, así como del uso de Internet en

la relación con los pacientes, desde las páginas web del médico o del centro, hasta los blogs o las comunidades virtuales de pacientes...

Pero reconocer las oportunidades que representan, no debería hacernos ignorar las amenazas subyacentes ya citadas. No resulta creíble atender tales demandas con los actuales perfiles y funciones de médicos, enfermeras y administrativos. En unos casos el cambio podría consistir en la potenciación de determinados roles (extender las habilidades de un grupo profesional), y en otras circunstancias la sustitución (de unos profesionales por otros), la delegación (por un profesional menos experimentado bajo la supervisión del más experto), e inevitablemente la creación de nuevos roles profesionales en AP. También serían útiles mecanismos formales de gobernanza en red, dada la habitual participación del primer nivel en un amplio abanico de redes, tanto formales como informales.

NUEVOS PROFESIONALES PARA NUEVOS PACIENTES

En palabras de Lane¹³ “algunos de los mejores cerebros deberían estar en la medicina general puesto que, de todas las ramas de la medicina,

El elemento imprescindible de cualquier reforma es el interés de los profesionales

es en la que más difícil resulta hacer las cosas bien”. Si treinta años después de su creación la medicina de familia sigue siendo una especialidad tan poco apreciada por los estudiantes, algo falla en el diagnóstico y tratamiento del problema.

Además, el modelo de desarrollo profesional debería enriquecerse con nuevas competencias curriculares (comunicación, nuevas tecnologías, manejo de la complejidad y la incertidumbre, bioética,...), así como sistemas de acreditación periódica que garanticen a la sociedad un nivel adecuado y permanente de actualización. Dar respuesta a un contexto tan complejo, con el actual modelo de relación funcional entre las organizaciones y sus profesionales, no parece la mejor opción. En este sentido, puede ser interesante pilotar otras alternativas de trabajo, incluido el trabajo independiente de los médicos de cabecera, que pudieran trabajar en red con otros profesionales (en la mayoría de los países industrializados los médicos generales trabajan como profesionales independientes). También se necesitan sistemas variados y flexibles de relación laboral que permitan conciliar diferentes intereses personales y familiares. Por todo ello, parece imprescindible reformular el acuerdo tácito que liga a la profesión con la nueva sociedad, haciendo explícito un nuevo contrato social¹⁴.

NUEVOS DISEÑOS “ARQUITECTÓNICOS”

Saltman y Rico¹, clasifican los procesos de reforma de la AP en Europa en una matriz construida a partir de dos criterios: la forma de gobernanza del sistema (*jerarquías*, mercados o redes), y los procedimientos utilizados para fortalecer la AP (aumentar el poder de la AP como responsable de la atención, ampliación de la cartera de servicios como proveedor, o refuerzo de los mecanismos de apoyo para aumentar sus poderes y funciones). En España, las alternativas se reducen a un modelo jerárquico con escasas modificaciones, salvo las excepciones citadas en Cataluña. Paradójicamente, la mayor parte de las iniciativas existentes actualmente parecen potenciar el modelo jerárquico, reduciéndose la política oficial de descentralización a los profesionales, a lo que acuerden sus organizaciones sindicales o científicas, o a la posibilidad de elegir un reducido número de sus objetivos anuales por parte de los equipos de AP. Es muy discutible la efectividad de este modelo en entornos de cambio rápido (donde la información válida está en manos de los profesionales que prestan la asistencia). Y si es difícil imaginar que las respuestas a retos como los planteados puedan surgir de la alta dirección de las organizaciones sanitarias, lo es aún más defender que en organizaciones jerárquicas pueda haber sitio para innovadores, tan necesarios en los sistemas sanitarios del futuro (¿alguien imagina a profesionales españoles como los creadores de Panoramio, recientemente comprada por Google, aplicando sus propuestas en una organización sanitaria española?). Por eso, resulta imprescindible favorecer la experimentación de modelos escasamente utilizados en España e incluso de nuevos modelos, con el compromiso explícito de pilotar, evaluar y difundir los resultados obtenidos.

Para hacer real el cambio es imprescindible un aumento radical de la financiación destinada al primer nivel y una disponibilidad de tiempo adecuada. El trabajo más complejo (el buen trabajo del médico de familia lo es), debería disponer de mucho más de diez minutos por consulta.

NO HAY CAMBIO DE ORGANIZACIÓN SIN CAMBIO DE CULTURA

Los cambios de cultura rara vez son rápidos, en especial cuando deben afectar a todos los actores (sociedad, profesionales, gestores, políticos). El fortalecimiento de la AP podría impulsarse desde la dirección de la

María, 82 años

Desde que murió su marido hace dos años vive sola. Tiene un cáncer de mama diagnosticado hace un año, y acaba de terminar el ciclo de radioterapia tras una mastectomía radical. Lleva varios meses con síntomas depresivos. Diabética diagnosticada hace más de diez años, tiene también una hipertensión relativamente controlada hasta que se inició el tratamiento de su tumor. Hace un mes comenzó con dolores en la espalda que fueron aumentando; el diagnóstico radiológico sugiere la existencia de metástasis óseas. No tiene ningún familiar cercano que le ayude, y llama con frecuencia creciente a su médico.

Jasmina, 69 años

No habla español. Lleva cinco meses en España; en teoría está arreglando su situación legal. Acude habitualmente con su hijo marroquí. En las últimas seis semanas ha acudido a consulta ocho veces por diversos motivos de consulta. Quiere ser atendida por una médica mujer.

Robert, 19 años

Estudia. Sale a menudo por las noches. Mantiene relaciones sexuales sin protección con diferentes personas. Consume algunas pastillas de forma esporádica, con amigos. Tiene síntomas urinarios desde hace dos semanas, y febrícula ocasional. No puede entender que tenga que esperar para ser visto por su médico. De hecho, no comprende como no puede solucionar su problema sin necesidad de ver a su médico, a través de Internet o del móvil, medios con los que soluciona casi todo. Ha contactado con diferentes páginas web donde le ofrecen solución a su problema; pero la solución no es la misma en todas (en ocasiones, contradictoria).

Lucía, 11 años

Es la hija de José, catedrático de universidad. Desde hace seis meses tiene dolores abdominales que aparecen casi siempre de noche, un par de horas después de cenar. Si está dormida le despiertan. El dolor a menudo es muy intenso. Lucía es muy buena estudiante. Como José tiene muy buenos contactos ha sido estudiada por los especialistas de gastroenterología infantil. Le han hecho una ecografía y una gastroscopia. No encontraron nada. Le pusieron tratamiento contra el *Helicobacter pylori*. No ha mejorado. Al volver a consulta le han dicho que será funcional. A Lucía le sigue despertando el dolor por la noche.

Hsiao es chino

Su familia tiene una tienda en el barrio. Llegó a España hace dos meses. Ha perdido cinco kilos de peso en un mes y medio. Tiene un exantema extendido por tronco, diarrea y fiebre. Apenas habla español.

Recuadro 3. Algunos ejemplos de la heterogeneidad de pacientes en atención primaria

organización, como ocurrió en el proceso de reforma de los años 80. Pero, para que los políticos opten por esa opción, tendrían que tener incentivos para ello, aparentemente ausentes en este momento. Menos probable aún es que se genere desde la propia sociedad, descubriendo las utilidades de los servicios de la AP, y demandándolos con la misma energía con la que hoy se solicita un hospital en cada población.

En cualquier caso, el elemento imprescindible de cualquier reforma es el interés de los profesionales en ello. Son conocidos los estudios sobre aversión

al riesgo de los seres humanos¹⁵. Y aunque los principales afectados por un debilitamiento de la AP sean sus profesionales, en este momento su situación es lo suficientemente cómoda como para no necesitar implicarse en mayores compromisos. Asumir "el reto de la mediocridad", del que habla Francesc Borrell, producido por la pérdida de la ilusión en el trabajo cotidiano, y ante la perspectiva de una vida laboral aún prolongada, tal vez sea uno de los escasos revulsivos que podrían desencadenar una nueva etapa de compromiso.

Notas bibliográficas

1. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary Care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care. Open University Press: Maidenhead, 2006.
2. Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Organización Panamericana de Salud. 2005.
3. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*, 1994; 344: 1129-1133.
4. Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2001; 19: 131-144.
5. Proyecto AP 21. Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
6. Chandler A. Strategy and Structure. Cambridge MA. Mit Press. 1962.
7. Bauman Z. Vida líquida. Paidós ed. Barcelona, 2007.
8. Roberts J. The modern firm. Organizational design for Performance and Growth. Oxford. Oxford University Press, 2004.
9. Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H. Left in limbo: patients' views on care across the primary /secondary interface. *Quality in Health Care*, 1999;8:16-21.
10. Rosenberg CE. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *The Milbank Quarterly*, 2002;80:237-60.
11. Hutchinson L, Marks T, Pittlo M. The physician assistant: would the US model meet the needs of the NHS? *Br Med J* 2001; 323: 1244-7.
12. Mariott J, Mable AL. Integrated health organizations in Canada: developing the ideal model. *Healthcare Paper* 2000; 1: 76-87.
13. Lane K. The longest art. London. George Allen and Unwin. 1969.
14. Jovell AJ, Navarro MD. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y contrato social. Fundación Alternativas. 2006.
15. Kahneman D, Slovic P, Tversky A (eds). Choices, values and frames. New York. Cambridge University Press. 2000.
16. Simó J, Gervas J, Seguí M, de Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada: 1985-2001: la atención primaria en España, cienicienta europea. *Aten Primaria* 2004; 34:472-81.
17. González B, Barber P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España: 2006-2030. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. 2006.
18. Estudio "Confianza en el Sistema Nacional de Salud". Fundación Biblioteca Josep Laporte y Universidad de Harvard. Barcelona 2006.
19. El País. La medicina que viene. Suplemento *Salud Extra*. 31-11-06.
20. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 303-9.
21. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 2003; 5: 47-53.
22. Smith R. In search of no disease. *Br Med J* 2002; 324: 883-5.
23. Tang H, Kwoon Ng JH. Googling for a diagnosis: use of Google as a diagnostic aid: internet based study. *Br Med J* 2006; 333: 1143-5.
24. Emery J, Hayflick S. The challenge of integrating genetic medicine into primary care. *Br Med J* 2001; 322: 1027-30.
25. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *Br Med J* 1999; 319: 753-6.
26. De Gaulejac V. La société malade de la gestion. Paris. Du Seuil ed. 2005.



MOTIVAR A MÉDICOS DE FAMILIA: UNA CUESTIÓN DE CONFIANZA

JUAN SIMÓ MIÑANA

Plataforma 10 minutos

El marco burocrático y controlador que rige la atención primaria se ha demostrado ineficaz para conseguir la motivación de los médicos de familia en nuestro país. Estos profesionales son conscientes de que se debe fomentar la autonomía responsable basándose en determinados estándares éticos como la confianza, el compromiso y la libertad en el desarrollo profesional. Estos valores permitirán el desempeño adecuado de la labor del médico.

La empresa sanitaria se mueve en un entorno social cada vez más complejo que incrementa la incertidumbre y hace que los mecanismos de control habituales (jerarquía, burocracia, remuneración,

derecho, incentivos extrínsecos, etc.) pierdan eficacia y gane importancia la necesidad de los estándares éticos¹. Nuestra atención primaria necesita evolucionar y pasar de ser una cultura organizativa convencional

orientada al control, a convertirse en una nueva cultura de valores de desarrollo humano y ético^{2,3}.

Los líderes no necesitan tanto poder de coacción ni control pues atesoran suficiente autoridad, humanidad y sabiduría

familia se sienten tratados como personas y no como meros recursos⁸ y atribuyen sentido a su trabajo

desarrollarán todo su potencial intelectual y emocional para generar productos o servicios de máxima calidad y satisfacción para los pacientes.

Para poder dar sentido al esfuerzo, generar bienestar ético y emocional y legitimar nuestra atención primaria, necesitamos superar el marco habitual tecnocrático (burocrático-controlador)^{4,5}. Del reglamento (regulación concretísima de la acción) hemos de pasar al

valor (orientación general de la acción)^{4,6}, pues sólo una atención primaria estructurada con respecto a valores puede permitir el grado de flexibilización, la capacidad de innovación, de imaginación y, por tanto, de creatividad y responsabilidad que una sociedad democrática y postconvencional demanda¹. Nuestra atención primaria no sólo se legitima por la producción de un servicio que satisfaga las necesidades de los pacientes (misión externa), sino que, también, debe satisfacer determinadas necesidades y activar el desarrollo de ciertas capacidades operativas (desarrollo profesional) y actitudes (virtudes éticas) en sus médicos de familia, relacionadas con la excelencia en el servicio y el compromiso con la institución (misión interna).

El grado de necesidad de control externo viene determinado por la calidad del sistema espontáneo

Si nuestros responsables y directivos ocultan o escamotean intencionadamente información, si desconfían de quienes les rodean para asumir nuevas responsabilidades, y si plantean su trabajo en clave de fiscalización y no en clave de

facilitación, quizá nos encontramos ante diligentes capataces, pero no ante líderes en dirección de personas⁷. Únicamente si los médicos de

MOTIVAR LA CALIDAD DEL COMPORTAMIENTO ESPONTÁNEO

El comportamiento espontáneo o libre del médico de familia (aquel que no se influye por el control externo mediante premios o sanciones) es muchas veces imprescindible para la consecución de los fines de la atención primaria (incluida la eficiencia). La resistencia a aceptar esta conclusión procede de una forma irracional de entender la dirección de personas que consiste en pensar que uno puede conseguir "cualquier cosa" que le pueda interesar de otras personas a través de la simple aplicación del poder coactivo (estímulos externos tipo premio o castigo) y del reglamento (formulación explícita de todos los aspectos de las acciones individuales significativos para el logro de los objetivos)⁹.

Con esta visión estrictamente mecanicista, muchos directivos realizan hipótesis muy simplistas en su enfoque de la dirección de personas, de modo que cuando se plantean por qué éstas actúan de una determinada manera, y desde su limitada teoría, el único modo con el que explican sus comportamientos (tanto los disfuncionales como los que contribuyen al logro institucional) se reduce al ámbito de la motivación extrínseca¹⁰. Por tanto, importa aumentar la calidad moral del comportamiento libre o espontáneo del médico de familia a través de la calidad ética de la estructura, los modos de operar, la cultura de la organización y la de sus directivos, pues todo ello influye en la calidad motivacional (sensibilidad a moverse por los diferentes tipos de motivos) de los profesionales¹¹.

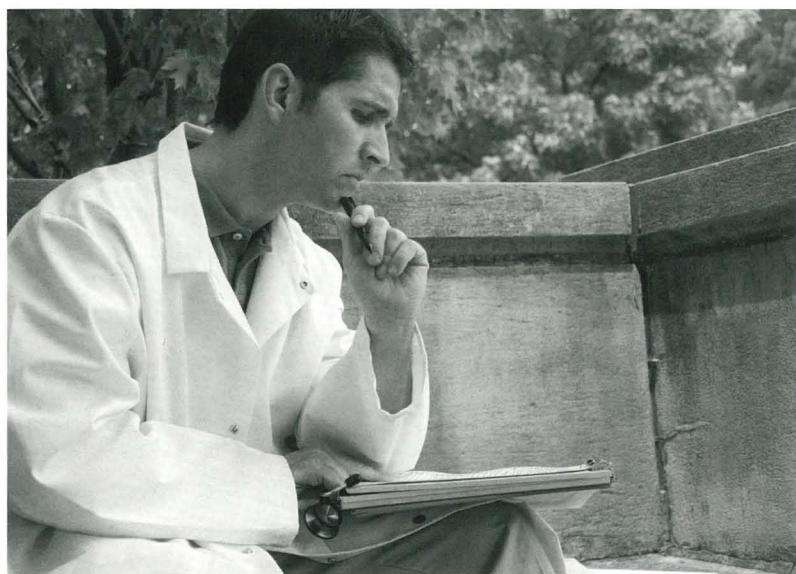
Debemos aceptar que el sistema de control externo tiene unos límites que reducen su capacidad para motivar

muchos casos notablemente superior a la de sus inmediatos superiores), no puede seguir instalada en esta hipótesis mecanicista del comportamiento humano en la empresa. Debemos aceptar que, al menos en la práctica, el sistema de control externo tiene unos límites que

reducen su capacidad para motivar adecuadamente a todos los médicos de familia pues una parte importante del logro se conseguirá mediante el autocontrol espontáneo de los profesionales. En nuestra atención primaria, este sistema espontáneo del comportamiento (también llamado dedicación) puede convertirse en el verdadero motor de la misma. La dedicación la forman todos aquellos comportamientos del profesional beneficiosos para la organización y no regulados ni por el contrato, ni por el sistema de control externo. La dedicación de los médicos de familia puede llegar a ser muy alta no tanto en función de la libertad y calidad motivacional de cada cual, sino también de la influencia del grado de calidad moral de la atención primaria como organización.

EL AUTOCONTROL ESPONTÁNEO PROFESIONAL EXISTE... Y LO LLAMAMOS DEDICACIÓN

Una organización como la nuestra en la que más del 70% de sus miembros poseen una cualificación profesional alta o muy alta (en



MEJOR CONTROL ESPONTÁNEO, MENOR NECESIDAD DE CONTROL EXTERNO

El grado de necesidad de control externo viene determinado por la calidad del sistema espontáneo. Y esta calidad depende de la capacidad de los profesionales de actuar por las consecuencias (utilidad) que para otros tengan las acciones que ejecutan en ausencia de coacción (positiva o negativa)¹¹. Se trata del grado de capacidad que el médico de familia tiene para actuar por motivos

trascendentes, es decir, de su capacidad para moverse por el sentido y el valor (valía) de su actuación en razón de que la misma sea útil para otras personas y contribuya a la misión -tanto externa como interna- de la organización. Es necesario que los directivos de atención primaria aumenten la capacidad de los médicos para moverse por motivos intrínsecos y, sobre todo, trascendentes. En la medida que así lo hagan, serán más directivos y líderes y menos capataces.

DE CAPATACES A DIRECTIVOS Y DE DIRECTIVOS A LÍDERES

Cuando los directivos de atención primaria no encuentran otra manera de mover a su gente más que mediante motivos extrínsecos (retribuciones, incentivos monetarios, etc.) o normas que bajan al mínimo detalle de los comportamientos, son tan malos directivos como aquellos médicos incapaces de otra cosa que atacar sin mayor investigación los síntomas referidos por el paciente. Así, cuando los gerentes "mueven" a su gente mediante la versatilidad y atractivo del trabajo que les ofrecen y del aprendizaje y desarrollo profesional efectivo que les proporcionan (motivación intrínseca), ya están en otro nivel gestor: ya no son tan sólo capataces sino que son directivos. Si, además, llegan a los motivos más hondos de la acción humana, haciendo ver a sus profesionales el valor y sentido (para otras personas) de lo que están haciendo, entonces, y sólo entonces, son líderes. Los líderes no necesitan tanto poder de coacción ni sufren tanto la incontinente necesidad de controlar pues

atesoran suficiente autoridad, humanidad y sabiduría.

EL PODER COACTIVO NO CONDUCE A LA EXCELENCIA

A falta de autoridad, humanidad y sabiduría, el poder, entendido como la capacidad de influir en el comportamiento de otras personas, se puede obtener a través de la coacción externa (poco importa que el estímulo coactivo sea positivo o negativo). Pero el poder por sí sólo no controla, necesita un "sistema de control" que relacione los estímulos con las acciones objeto de control. Un sistema de control difícil de conseguir cuando los resultados que se desean controlar escapan del campo de las variables meramente técnicas susceptibles de medición

El desarrollo profesional es una variable importante de la calidad de vida laboral

precisa⁹. Como sabemos, en medicina y sanidad existen muchas cosas importantes que no se pueden medir fácilmente, y quien piense lo contrario se instala en una forma grave de escapismo utópico o neurótico. Sabemos que el comportamiento espontáneo es necesario para el logro institucional. Pretender regular este comportamiento mediante burocracias, normas, premios y castigos es "pedir peras al olmo" pues se está pidiendo al instrumento (el control burocrático) lo que sólo el intérprete (el



profesional) puede dar (excelencia, dedicación, compromiso, etc.). Las burocracias y los mecanismos de control son necesarios en dosis mínimas de manera que no impidan la espontaneidad requerida para que los profesionales innoven, creen y tomen iniciativas alineadas con la meta institucional y la excelencia. Potenciar la excelencia hasta situarla en un primer plano no es fácil en estructuras organizativas rígidas como la nuestra¹². Estas

**Las burocracias y los
mecanismos de control son
necesarios en dosis mínimas**

estructuras, basadas en el control externo, pueden, en el mejor de los casos, asegurar niveles mínimos de calidad homogénea, demasiadas veces lindantes con la mediocridad. A la larga, y siempre que se considere más allá del corto plazo, la mejor manera de asentar la cultura de la calidad en nuestra atención primaria será impulsando el carácter ético de sus integrantes (directivos y profesionales), y de la organización y cultura que se desarrollan en ella.

CONFIANZA, UNA PALABRA AUSENTE EN LA JERGA DE GESTIÓN

La dificultad real para que los directivos de atención primaria se esfuercen en intentar gobernar la misma como líderes y no como capataces es su falta de confianza por la aversión al riesgo y a la incertidumbre. La confianza supone una actitud vital imposible de adoptar por personas u organizaciones éticamente inertes ya que sienten la misma como amenaza y no como valor. Esto explicaría que demasiadas veces se introduzcan sistemas de incentivos basados en la desconfianza hacia el médico. Ocurre así cuando se motiva únicamente de modo extrínseco (incentivos monetarios): los comportamientos acaban mercantilizándose, el puro cálculo de intercambios sustenta las decisiones y se refuerza la desconfianza¹³. En el extremo, la absoluta falta de confianza y de motivación ética convertiría a la atención primaria en un negocio oportunista, al directivo en un simple capataz manipulador de personas y al médico de familia en un mercenario. Así, los capataces terminarían siendo unos tiranos sin otro instrumento “gestor” que el puro poder coactivo, y los médicos de familia acabarían siendo más sensibles a la motivación extrínseca que a las necesidades de los

pacientes. Progresivamente, la atención primaria como organización se convertiría en una estrategia de diseño oportunista formada por un grupo inestable y desconfiado de personas conectado únicamente por intereses individuales temporalmente (o perdurablemente) complementarios (no necesariamente comunes) y, eso sí, aglutinados en torno a una hipertrofia de normas y procedimientos que le darían apariencia de institución.

UNA ATENCIÓN PRIMARIA QUE PERSIGA **EL DESARROLLO Y COMPROMISO**

Nuestra atención primaria debe también activar la motivación intrínseca y la trascendente relacionadas, respectivamente, con el desarrollo profesional y el compromiso con la organización. El desarrollo profesional es una variable importante de la calidad de vida laboral¹⁴ y es perfectamente objetivable si la organización promueve el desarrollo completo del perfil profesional del médico de familia¹⁵. La atención primaria debe lograr el compromiso de sus mejores profesionales. Esto se puede conseguir mediante la activación de la motivación trascendente. El verdadero compromiso del profesional con la organización sólo puede ocurrir cuando en su estructura motivacional predominan los motivos trascendentes y la organización promueve la satisfacción efectiva de los mismos. En el compromiso, el punto de encuentro entre los intereses de ambas partes (profesional y organización) se situaría en la satisfacción de necesidades de terceros partícipes o no de la organización. Para que se dé el compromiso, la organización tiene que ofrecer y facilitar oportunidades para que el profesional tome decisiones para satisfacer este tipo de motivos¹⁶. La motivación por motivos trascendentes

asentaría en la categoría ética de los profesionales que entienden la organización sanitaria como un medio que les permite utilizar sus capacidades personales y profesionales para satisfacer necesidades reales¹⁷.

DE LA GESTIÓN DE LA SOSPECHA A LA DE LA **CONFIANZA**

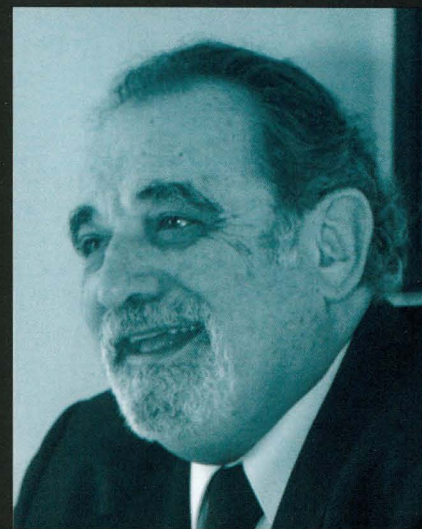
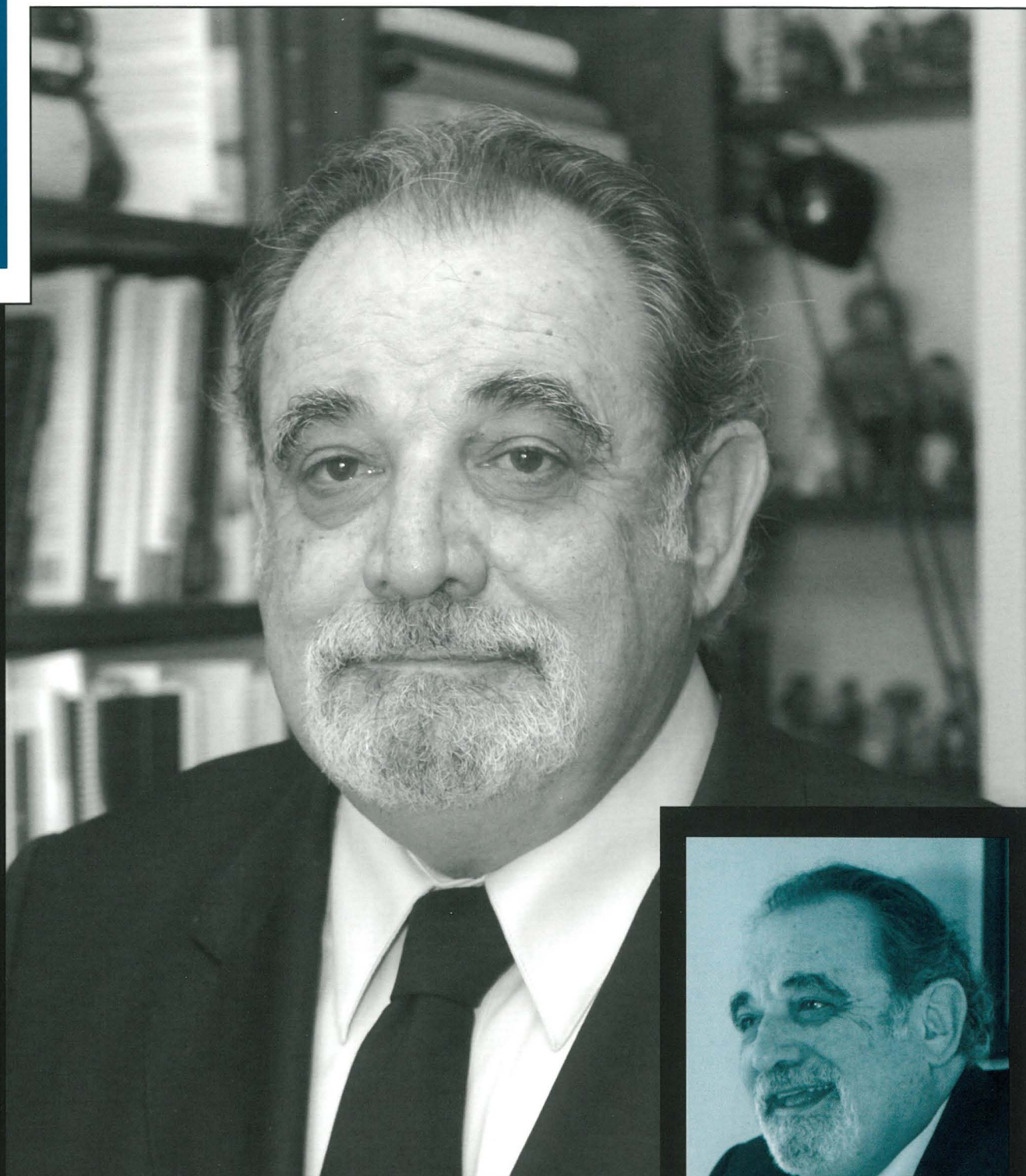
En nuestra atención primaria hemos de conseguir que sus integrantes asuman cooperativamente el proyecto común de la responsabilidad institucional relacionada con su misión. Para ello, necesitamos en primer lugar, descubrir, reconocer y potenciar las capacidades de los médicos de familia, devolviéndoles el poder a ellos, pues cada vez están más capacitados para responder a nuevos objetivos; en segundo lugar, clarificar las reglas de juego y los valores compartidos, pues la cooperación responsable no germina cuando la opacidad y la ausencia de veracidad y de coherencia entre lo que se dice y lo que se hace anidan en la institución (organización hipócrita); y, por último, sustituir una gestión de personas de la sospecha por una de la confianza. Pero este proyecto de responsabilidad compartida debe ir más allá de la cosmética y la fabulación. Si el cambio no es profundo, nos situaremos en una cultura o

gestión de la apariencia que, de cara al exterior, puede que dé un buen resultado inmediato (cuando la meta cortoplacista es la real) pero que, a la larga, agudizará la tensión entre la atención primaria real y la atención primaria fabulada. Por ello, los dirigentes de nuestra atención primaria harían bien en plantearse la siguiente cuestión: ¿vamos a mantener la estructura burocrática de control maquinal o vamos a desarrollar en serio la autonomía responsable -*empowerment*- de nuestros médicos de familia?^{18, 19}.

Notas bibliográficas

1. Cortina A. Ética de la empresa. Madrid: Ed. Trotta, S.A.; 2003.
2. García S, Dolan SL. La dirección por valores. Madrid: Ed. McGraw-Hill; 1997.
3. García S. Ética, liderazgo postconvencional y creatividad. *Dirección y Progreso* 2001; 180: 17-33.
4. Simó Miñana J, De Pablo González R. Los valores éticos libertad, igualdad y fraternidad en nuestra empresa sanitaria pública: la reforma sanitaria (¿revolución?) pendiente. *Salud 2000* 2005; 101:12-15.
5. García S. Dirección por valores y liderazgo postconvencional en el sistema sanitario público. *Cuadernos de Gestión* 2002; 8 (supl. 1): 4-12.
6. Vázquez Díaz JR. El valor de los valores. *Dimens Hum* 2002; 6: 53-56.
7. De Pablo González R, Simó Miñana J, Domínguez Velázquez J, Gervas Camacho J. La relación gestor-clínico: una perspectiva de médicos asistenciales. *Aten Primaria* 2004; 33: 462-470.
8. Simó Miñana J. Modernizar los recursos humanos: un *lapsus* de nuestro inconsciente colectivo organizacional. *JANO* 2004; 66 (1516): 25.
9. Pérez López JA. El poder... ¿para qué?. Cuadernos Empresa y Humanismo, nº 29. Instituto Empresa y Humanismo. Universidad de Navarra. Disponible en: <http://www.unav.es/empresayhumanismo/publicaciones/cuadernos/docs/Cuaderno029.pdf>
10. Chinchilla Albiol N. Rotación de directivos. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, 1996.
11. Pérez López JA. El sentido de los conflictos éticos originados por el entorno en el que opera la empresa. Cuadernos Empresa y Humanismo, nº 29. Instituto Empresa y Humanismo. Universidad de Navarra. Disponible en: <http://www.unav.es/empresayhumanismo/publicaciones/cuadernos/docs/Cuaderno004.pdf>
12. Palomo L. Los límites de la excelencia profesional. *Salud 2000* 2003; 15 (91): 23-26.
13. Obeso C. Sobre el comportamiento oportunista. *Siete Días Médicos* 1998; 370: 71.
14. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S, Cañas JJ. Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de Administración Sanitaria* 2002; 6: 527-544.
15. Simó Miñana J, De Pablo González R. Acerca de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de Administración Sanitaria* 2002; 6: 741-745.
16. Simó Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (I). *Aten Primaria* 2001; 28: 484-490.
17. Simó Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (II). *Aten Primaria* 2001; 28: 668-673.
18. Simó Miñana J. *Empowerment* profesional en la atención primaria médica española. *Aten Primaria* 2005; 35: 37-42.
19. García Sánchez S, Borrell Carrió F. Empowerment: el poder de una palabra. *Dimens Humana* 2002; 6: 74-79.

ALBERT ORIOL BOSCH



**a interacción entre el
médico y el paciente es un
instrumento terapéutico
importantísimo**

“Un paciente informado ayuda a calibrar el diálogo en la consulta y obliga a abandonar un paternalismo dominante”

ALBERT ORIOL BOSCH

Presidente de la Fundación Médica. Ex-Director General del Instituto de Estudios de la Salud (IES) de Cataluña

Albert Oriol, médico y científico, es uno de los nombres clave en la Educación Médica española.

Está convencido de que para formar a los médicos que la sociedad requiere, es imprescindible un marco conceptual en el que apoyarse. Entre otras, estas fueron las razones que le hicieron promover la educación médica en el ámbito internacional donde ha ocupado los más altos puestos a nivel europeo y mundial. Con el mismo objetivo, trabajó durante muchos años en puestos decisivos en los órganos de gestión sanitaria de la Generalitat de Cataluña. Su labor ha sido valorar las necesidades de salud de la población y encontrar la manera de “educar” al personal sanitario para satisfacer esas demandas. Ser médico, en palabras del Dr. Oriol Bosch, “no es un producto acabado” ni depende exclusivamente de la formación académica, sino de su evolución y adaptación a los cambios sociales, culturales y sanitarios. Un proceso determinado por una educación basada en la competencia profesional y en la constante revisión del concepto de profesionalización médica.

¿Está en crisis la profesión médica?

Yo creo que sí, pero habría que puntualizar esta afirmación. Si tenemos en cuenta que el contrato social de la profesión está caducando desde hace muchos años, sí podemos decir que la profesión médica está en crisis. Lo que ocurre es que

como cualquier otra, esta crisis constituye también una oportunidad ya que nos permite replantear la relación de servicio con la sociedad. Si somos capaces de hacer este análisis, de modificar las cláusulas no escritas de la profesión, estaremos aprovechando la crisis como una oportunidad de cambio.

¿Qué soluciones se deberían aportar?

Podemos quedarnos en las soluciones “proletarias”, dirigidas exclusivamente al aspecto económico, al “pago por horas” por decirlo de alguna forma, pero este no es el camino, sobre todo si entendemos la profesión como un tipo de ocupación en la que prima la vocación de servicio. La contraprestación económica se da por descontado, pero no supone la esencia de la relación profesional. A diferencia de la ocupación, la profesión no sólo se mueve por el lucro.

Sin embargo, los médicos se quejan de estar mal pagados...

Es que esta situación es la más entendible de nuestra crisis y, por eso, siempre es susceptible de convertirla en noticia o en debate, pero no es la verdadera causa de la crisis de nuestra profesión. Hay muchas más razones, aunque es cierto que si la contraprestación económica es baja o no satisface a los profesionales, es porque está fracasando el contrato social. De hecho, yo creo que tendríamos que analizar la relación que

obligatoriamente existe entre el descenso de la valoración de la profesión y el descenso en los salarios.

Usted ha dedicado muchos años de su vida a la educación médica. ¿Cuáles han sido sus objetivos?

Procurar la mejora profesional en todos los ámbitos y en todos los mecanismos evaluativos internos y externos, así como los que están relacionados con la capacidad de autocrítica y, por descontado, con los sistemas de regulación social y los procesos de acreditación. Mantenemos una serie de credenciales que sirven para demostrar de cara a la sociedad que el portador de ellas es competente. Pero frente al paciente, los médicos deberían obtener unas credenciales que fueran más allá de aquéllas que obtuvieron en su día y que le capacitaron para iniciar su vida profesional. Esas credenciales se concretan en tres vías. Primero, los conocimientos que le permitan entrar en esa profesión; segundo, un tiempo de práctica, y tercero, una vía importante que es la experiencia.

Usted ha vivido muchos años fuera de España ¿en qué se diferencian sus colegas europeos o americanos de los españoles?

En realidad, en muy pocas cosas. Sí es cierto que se aprecian algunas diferencias que corresponden a los patrones culturales de cada sociedad, pero lo curioso es que se encuentran muchos más factores comunes. ¿Existe un médico que, sin necesidad de que se vista de médico, sea identificable como tal en todo el mundo independientemente de donde haya aprendido su profesión? Esta pregunta fue la que nos hicimos hace cinco años cuando iniciamos un estudio en el que se pretendía definir cuáles eran las características de la profesión médica. Aunque el grupo de trabajo procedía de culturas muy distintas, logramos definir 66 rasgos comunes. Es muy interesante asumir este concepto global. Además, este grupo diseñó los instrumentos de evaluación necesarios para medir las características más significativas y se aplicaron en nueve facultades de medicina chinas, una cultura muy distinta. Pues bien, se pudo demostrar que estos instrumentos válidos en el

Un médico no es médico en ninguna parte del mundo si no defiende el espíritu de servicio



mundo anglosajón eran útiles como sistema evaluador también en China. Si en España se hiciera la segunda parte de este estudio, probablemente los resultados serían muy parecidos.

Díganos algunas de esas características comunes

La primera era la necesidad de poseer determinados conocimientos científicos pero como se trataba de un requisito tan obvio, la situamos en el último lugar de la lista. La segunda fueron los valores del profesionalismo: un médico no es médico en ninguna parte del mundo si no defiende el espíritu de servicio y si no sigue un código ético que le impida hacer un mal uso de esa capacidad que le confieren sus conocimientos para curar. Estas fueron las cualidades que se plantearon como identificadoras de estos profesionales. En realidad, se trata de redescubrir el juramento hipocrático, de reformular un compromiso con la sociedad. La sociedad necesita al médico, pero el médico necesita adaptarse a las necesidades de la nueva sociedad

y si no son capaces de hacerlo, entonces la sociedad inventará otro grupo que sustituya al médico.

¿Y cree que el médico se está adaptando a los cambios sociales y culturales que ha tenido nuestro país en los últimos años?

Desgraciadamente sí, y digo *desgraciadamente* porque está asumiendo unas nuevas circunstancias que le hacen abandonar el espíritu de servicio. Se está convirtiendo en un proletario de alta cualificación en el sentido sociológico de la palabra, pero no se adapta como profesional, no abandera los valores del profesionalismo como el liderazgo o el reconocimiento social. Sin embargo, exige mantener los privilegios de ese profesionalismo como la autorregulación de su propio trabajo.

¿Son suficientemente autocríticos los médicos?

Yo creo que sí, pero nunca se es suficientemente autocrítico. Es evidente que la autocrítica es el elemento clave para poder recomponer el nuevo contrato social. Una de las características de las profesiones es la búsqueda de la excelencia y a ello se llega por el análisis de los propios errores. No podemos olvidar que la profesión médica es peculiar. Es una de las más antiguas de la sociedad y tendríamos que remontarnos al sacerdocio para encontrar algo similar, sin olvidar que, a pesar de muchos valores similares, lógicamente los médicos dejan de creer en la fuerza salvadora del poder divino para buscar la fe en los aspectos científicos naturales.

¿Y no cree que los médicos han defendido ese estatus parecido al del sacerdocio durante muchos años?

Podría parecer, pero lo cierto es que desde hace mucho tiempo los pacientes acuden al médico con mucha información y esto ha modificado la relación médico-paciente. Es cierto que al principio esta relación más igual supuso un choque para el médico, pero yo creo que poco a poco hemos asumido que un paciente informado ayuda a calibrar el diálogo en la consulta y obliga a abandonar un paternalismo dominante. No podemos negar que cuanto más informado esté el paciente más fácil será conseguir el objetivo de la consulta.

Usted se ha referido en varias ocasiones a la desprofesionalización como una nueva problemática de la profesión médica ¿a qué se refiere con este término?

Los médicos están perdiendo algunos de los valores del profesionalismo, entre los cuales está su propia autoestima. Es un proceso de desgaste que va a continuar hasta que no se plantee un nuevo contrato social más ajustado a la realidad. La medicina ha pasado de ser en poco más de 50 años una actividad individual a convertirse en una actividad en la que se toman decisiones en grupo, en sistemas financiados públicamente. Incluso la medicina privada también se ejerce en sistemas organizados. El médico ha pasado de tomar decisiones en solitario a trabajar en equipos organizados, aunque la última decisión, la que

La contraprestación económica se da por descontado, pero no supone la esencia de la relación profesional

conlleva riesgo, la toma siempre uno individualmente. La interpretación de las pruebas, de los síntomas... siempre

es unipersonal, pero trabajar dentro de un sistema obliga a modular la autonomía profesional, lo que algunos interpretan como interferencias de los sistemas de gestión, pero en realidad se trata de aunar opiniones de distintos grupos profesionales.

¿Qué papel deben tener los colegios y las sociedades científicas en la autorregulación de la profesión?

En el sistema de acreditación de cualquier profesión deben participar otros agentes sociales que lo legitimen. En nuestra sociedad, los poderes



públicos son los que crean este sistema de regulación, pero hay que evitar que se conviertan en procesos burocráticos de la Administración que desresponsabilicen a los profesionales. No podemos olvidar que es entre los propios profesionales donde se encuentran los criterios de profesionalidad.

¿Cómo han afectado las tecnologías de la información al ámbito sanitario?

Yo creo que de manera positiva. Las nuevas tecnologías nos han ayudado en labores más rutinarias y nos han dejado tiempo para dedicarnos a

factores más emocionales, también muy importantes en la relación con el paciente. Gracias a la informática podemos imprimir rápidamente las pautas posológicas de un tratamiento y dedicar más rato a preguntar cómo

se siente el paciente, qué es lo que le preocupa y cómo se puede actuar sobre esos elementos.

Entre los propios profesionales es donde se encuentran los criterios de profesionalidad

¿Cree que los médicos están preparados para asumir esta nueva relación basada en la emoción?

Es evidente que los avances técnicos son una herramienta imprescindible de la que no podemos prescindir, pero dominar la técnica no es suficiente para ser un buen médico. Dominar la alta tecnología no está reñido con ser un profesional sensible, no son conceptos antagónicos. No podemos olvidar que la interacción entre el médico y el paciente es un instrumento terapéutico importantísimo. Una parte esencial de la labor médica deriva de la entrevista y de la historia clínica y no de las pruebas complementarias.

Usted ha vivido en primera persona cambios muy importantes en la sanidad española. ¿Cuál es el problema más acuciante que aún queda por resolver?

En el momento actual, creo que los problemas que tiene nuestro sistema no son los problemas cotidianos, sino los que se derivan del modelo sanitario. El modelo del estado del bienestar tiene que renovarse sin renunciar a ninguno de los logros obtenidos, debe enriquecerse incorporando un valor: el de la libertad del ciudadano, o lo que es lo mismo, la responsabilidad del ciudadano. El paciente tiene la responsabilidad de equivocarse, aunque el sistema debe aconsejarle, educarle, pero no sé si debemos imponer nuestros criterios, porque parece que con ello se consigue un cierto grado de desresponsabilización y esto genera la figura del "gorrón": si hay barra libre... utilicemos el sistema para cualquier cosa. Mire que curioso: la

Nuestro sistema está excesivamente regulado y eso disminuye la libertad y, por consiguiente, la responsabilidad

se sentirá responsable de casi nada. No podemos pedir al sistema la felicidad.

¿Por qué recomendaría a un joven indeciso que eligiera esa profesión?

A los jóvenes hay que darles oportunidades para experimentar, y la responsabilidad de que esto sea así es, en gran parte, de la Administración

consulta más frecuente entre los pediatras de la Costa Brava en verano son las picaduras de mosquito. Si cualquier contratiempo lo convertimos en un problema sanitario que debe resolverse por el sistema, la sociedad no

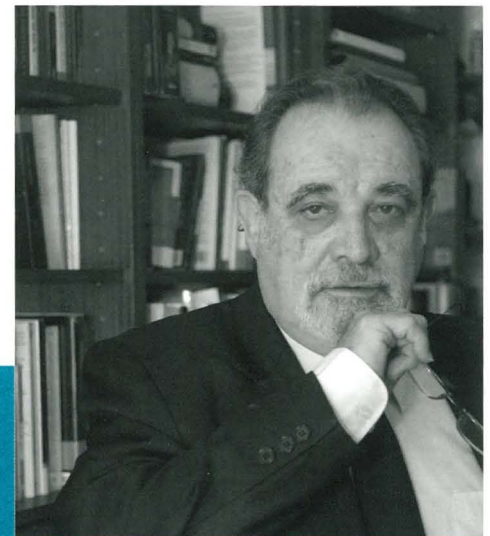
para que desregule y quite rigidez al sistema. Nuestro sistema está excesivamente regulado y aunque esté hecho con la mejor de las intenciones, disminuye la libertad y, por consiguiente, también la responsabilidad.

Profesión: médico

Albert Oriol nació en Barcelona en 1934. Allí estudió Medicina, pero completó sus estudios de postgrado en Hamburgo y pasó varios años en EE.UU. En 1964 se incorpora a la Cátedra de Fisiología que dirige el Prof. A. Gallego en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, como Profesor Adjunto.

En 1968 regresa a la Universidad Autónoma de Barcelona como Coordinador de Estudios y encargado de la cátedra de Fisiología. En 1976 es Decano electo de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense.

Desde 1982 hasta 2004 presta servicios en Comisión de Servicios especiales al "Govern de la Generalitat" de Cataluña como Director General en el Departamento de Sanidad con el encargo de poner en marcha y dirigir el "Institut d'Estudis de la Salut". De 1984 a 1986 es Director General de Ordenación y Planificación Sanitaria. Ha sido Primer Secretario de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM), presidente de las Sociedades Españolas de Ciencias Fisiológicas y de Endocrinología y vicepresidente de la de Bioquímica. También Presidente de la *Association of Medical Deans in Europe* (AMDE), consultor de la OMS (Oficina Regional Europea) en múltiples ocasiones en la década de los 80 y miembro del *Core Comité* del *Institute for International Medical Education de Nueva York* (2001) y del *Board of Directors* del *Project Globe Inc.* (2006).





Asensio López Santiago

*Jefe del Área de Innovación y Desarrollo
Fundación para la Formación e
Investigación Sanitarias
Consejería de Sanidad, Región de Murcia*



LA CARRERA DEL PROFESIONAL SANITARIO EN ESPAÑA

El desarrollo de la carrera profesional es uno de los grandes retos actuales del sistema sanitario español, que podría verse truncado si se deja gobernar por la aparición de intereses particulares. Una clara visión de cuál ha de ser su contribución para mejorar el servicio que se ofrece a la salud de los ciudadanos, será el mejor de los antídotos posibles.

El año 2003 se convirtió en el punto de inflexión para el desarrollo de la carrera profesional en el sector sanitario. Coincidieron la aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad de Sistema Nacional de Salud, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y la Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. En estas tres leyes se hace una referencia expresa y detallada a la necesidad de implantar la carrera profesional de los profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud, reconociéndose como “el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en

Una visión crítica de la formación en bioética en España

Rogelio Altisent

Profesor de Bioética en la Universidad de Zaragoza

El aterrizaje de la bioética en la formación académica española, hasta donde yo conozco, se sitúa en el Magíster de Bioética de la Universidad Complutense dirigido por el profesor Gracia Guillén en 1988. Con el paso de los años, otras universidades han incorporado estudios de postgrado en bioética que actualmente suman en torno a la decena, una oferta que llama la atención si tenemos en cuenta que se trata de una formación que difícilmente habilita para un puesto de trabajo, y que generalmente es cursada por profesionales ya establecidos. Este es un primer dato a tomar en consideración, pues significa que España dispone de una red aceptablemente dotada que se acerca al millar de profesionales, con titulación post-graduada en bioética, formados y motivados para el estudio de la dimensión ética de la actividad sanitaria, distribuidos por la mayoría de los hospitales y en bastantes áreas de atención primaria. Hay, por tanto, motivos para hacer una valoración optimista en este capítulo.

Donde las cosas no se pueden ver de forma tan positiva es en la formación continuada en bioética de los profesionales sanitarios. En mi opinión, ahí tenemos un problema. El caso es que el potencial de estos cientos de titulados en bioética no se ha traducido en un impacto docente proporcionado. Los cursos de bioética ofertados en los centros sanitarios a menudo se han nutrido de una minoría muy motivada de "ilustrados", y por jóvenes generaciones de enfermería en situación de interinidad, a la búsqueda de puntos para la promoción. Pienso, por ello, que no se ha llegado al "gran público", es decir, a esa "masa crítica" que es difícil de definir, pero que vertebraba las plantillas de los centros sanitarios. Es probable que algunos lectores frunzan el ceño ante este comentario y me reten con ejemplos de actividades de bioética muy exitosas. Acepto la réplica; yo también puedo contar experiencias muy positivas. Pero lo que ahora quiero señalar es el problema general que requiere un adecuado diagnóstico y tratamiento: la docencia y el aprendizaje de la bioética todavía no se ha vestido de largo en el escenario de la práctica clínica.

Hay dos indicadores que pueden servir para que cada cual evalúe la situación en su propio entorno: 1º) La incorporación del análisis de aspectos éticos en las sesiones clínicas, con la naturalidad con la que se discute sobre un diagnóstico diferencial o sobre alternativas terapéuticas. Y no tanto porque haya un "pepito grillo" que sale con el "raca-raca", sino porque los responsables de la docencia y los tutores preguntan por las cuestiones éticas cuando observan que se han pasado por alto. 2º) Actitud de los residentes que, en muchos casos, valoran como "prescindibles" los módulos de bioética que se han introducido en los programas de bastantes especialidades. Ambos indicadores están en el fondo muy relacionados porque la respuesta está en buena medida en la metodología docente. Tenemos que mejorar el modo de enseñar, o mejor dicho, el modo de promover el aprendizaje de la ética clínica. Este es el objetivo de los cursos *Bioética 4x4* organizados



por la Fundación de Ciencias de la Salud que se caracterizan, además, por una selección de temas que sintonizan con las necesidades reales de los profesionales. Sostengo la tesis de que los programas de bioética tradicionales han estado excesivamente sesgados hacia los intereses de los docentes, resultando poco atractivos para quien no tiene una especial afición por la bioética. Este esfuerzo por aproximarse a las cuestiones éticas que realmente preocupan en la práctica clínica también se ha plasmado en el curso *on-line* promovido por la semFYC, donde se desarrollan 10 temas a partir de casos prácticos reconocibles para cualquiera profesional.

Por último, una consideración esperanzadora sobre la docencia de la bioética en el pregrado. Hablo desde una gratificante experiencia personal al comprobar el interés de los estudiantes de medicina por entrar a reflexionar y estudiar la dimensión ética de su futura actividad profesional. En estos momentos, son pocas las Facultades de Medicina que tienen la Bioética como asignatura obligatoria, siendo optativa en la mayoría. Sin embargo, el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina ha solicitado que se promueva un programa longitudinal de aprendizaje en bioética, de tal manera que se impregne el conjunto de la formación a lo largo de la licenciatura. Los estudiantes entienden que la aportación de la bioética a la formación del médico va más allá de una asignatura. La formación en actitudes, la adquisición de conocimientos y el entrenamiento en habilidades, requieren un proceso de maduración personal que no se puede encerrar en unos meses de clases y prácticas. La idea es distribuir a lo largo de los seis años pequeñas dosis de recuerdo al hilo de las diferentes áreas de conocimiento.

las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios”.

Con la publicación de estas tres leyes se ha abierto un proceso encaminado a mejorar la gestión de los recursos humanos del sistema sanitario español. Sin embargo, el debate sobre la necesidad de articularlo viene de mucho tiempo atrás, precedido de un periodo de más de veinte años. Durante todo este tiempo se han sucedido los debates y las demandas procedentes del ámbito profesional, y se han dado a conocer diversos borradores y propuestas que apenas tuvieron implantación real en alguna Comunidad Autónoma.

No es fácil concluir por qué es ahora el momento en el que se está desarrollando la carrera profesional, aunque sin duda ha influido un cierto clima de malestar que se transmite entre los profesionales sanitarios. Abundan los mensajes de desgaste, desmotivación, sobrecarga asistencial, crisis del profesionalismo, pérdida del poder adquisitivo, falta de autoridad o de dificultades de los profesionales en la relación con los usuarios del sistema sanitario. Mensajes que, sin duda, han contribuido a facilitar la adopción de propuestas encaminadas a evitar una posible fractura entre las organizaciones sanitarias de nuestro país y los profesionales, siendo una de ellas el desarrollo de la carrera profesional.

En todo caso, más allá del contexto profesional actual, llama poderosamente la atención que una organización de servicios como es la sanitaria, que cuenta con cerca de doscientos mil sanitarios profesionales, no disponga de una política de recursos humanos que contemple la carrera profesional como herramienta capaz de mejorar las competencias profesionales y de transmitir los objetivos de la organización. Podemos atribuir esta carencia a una falta de sentido común o de impericia de nuestros gobernantes que, hasta la fecha, no han respondido a una de sus obligaciones fundamentales, como es gestionar de manera óptima a los profesionales que trabajan para el sistema sanitario público. Sin embargo, hemos de tener

en cuenta la complejidad en las estructuras de gestión de las organizaciones sanitarias, en las que el trabajo de los profesionales es capital para conseguir su producto final. Tal como veremos más adelante, la ausencia de una clara planificación en las políticas de recursos humanos, se ha compensando con un equilibrio inestable entre los intereses de los profesionales, de los usuarios y de la organización.

Una carrera con riesgos

No es exagerado afirmar que el desarrollo de la carrera profesional conlleva riesgos para el sistema sanitario. No debemos olvidar que uno de sus objetivos ha de ser el de instaurar un equilibrio entre los intereses de los profesionales, la organización y los ciudadanos, que se exprese en un resultado óptimo en el producto final. Entre las posibles amenazas que derivan del desarrollo de la carrera profesional, probablemente el riesgo más importante deriva de que su implantación acabe siendo ineficaz para el sistema sanitario, es decir, incapaz de aportar beneficios para el desarrollo de los profesionales ni de los intereses para la organización. Esta situación

sería preocupante porque se habría dejado pasar una buena oportunidad para mejorar el sistema sanitario. Sin embargo, el riesgo más grave sería que este proyecto terminara en un efecto nocivo y perverso para el sistema sanitario, en el que se acabaran premiando a los menos capaces, que

La autonomía permite a los profesionales perfeccionar sus habilidades, prácticamente sin sufrir interferencias

Dicen los pacientes

Nieves Barragán Brun

Grupo Comunicación y Salud

Médico de familia - CAP Vallcarca (Barcelona)



La comunicación es el instrumento necesario para que el médico pueda ser útil al paciente que solicita consejo. Pero nos preguntamos, ¿dónde aprenden comunicación los médicos? Por algún motivo, la comunicación no forma parte del currículum universitario de los estudios de medicina. Así pues, sólo algunos médicos han tenido la suerte de poder acceder a un taller de "entrevista médico-paciente", y sólo una minoría han podido ser tutorizados.

Por suerte, el saber popular y también la evidencia científica, ponen de manifiesto que los médicos que son buenos comunicadores consiguen mejores resultados en salud y, sobre todo, más satisfacción en sus pacientes. Así, a pesar del "olvido universitario", tanto los profesionales como la sociedad, mantienen vivo el interés por formarse en comunicación. A finales de los 80 y en la década de los 90, se configura en España el Grupo Comunicación y Salud liderado por Francesc Borrell. En 1989 se organiza el Primer Taller Nacional de Entrevista Clínica en Barcelona. Desde entonces se celebra cada año. En el 2003 se constituyó una "junta coordinadora" a nivel estatal con el ánimo de organizar la representatividad del grupo y poder dar respuesta a los múltiples encargos docentes. Aunque enmarcado dentro de los grupos de semFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria), el grupo es abierto e integra otros colectivos relacionados: enfermeros, pediatras, técnicos de salud, psiquiatras, psicólogos, etc.

La formación en comunicación se ha desarrollado fundamentalmente a través de las Unidades Docentes (UU.DD.) de Medicina de Familia. Aunque no constaba en el programa, se instauró la tradición de incluir "los talleres de entrevista clínica" para los residentes de familia. En algunas UU.DD. se ha desarrollado también el "taller de entrevista motivacional" y en 2002 se aprobó el nuevo programa de la especialidad de MFyC, en el que se considera, por fin, la comunicación como un eje central de la especialidad, y se le da contenido de igual forma que al resto de las materias clínicas.

Sin embargo, los residentes de otras especialidades tienen una formación más reducida en temas de comunicación, ya que aún son pocos los hospitales que consideran estas materias en la formación. Cirujanos, traumatólogos, dermatólogos, pediatras, etc. pueden acceder a un curso en su primer año de residencia según el hospital elegido.

Lejos del ideal formativo, algunas UU.DD. encuentran dificultades en esta materia. Los tutores pueden o no estar formados en comunicación y, actualmente, no existe un plan

reglado de formación de tutores en algunos lugares de nuestra geografía. De hecho, algunos, ni siquiera han hecho el curso básico de entrevista clínica.

Ante esta situación, hay que avanzar en formación y hay que homogeneizar, pero compaginar la asistencia y la docencia es una tarea complicada. La universidad debería aprovechar la oportunidad de la "declaración de Bolonia" para adaptar sus ofertas docentes a la realidad laboral y profesional, incluyendo novedades como la comunicación en sus materias troncales y en la oferta de créditos. La formación de los tutores de postgrado ha de ser una prioridad dentro de las UU.DD. para dar respuesta a los objetivos de los programas de las especialidades médicas. Y es que todas las especialidades médicas, incluidas las quirúrgicas, deberían tener formación en comunicación. También es necesario establecer sistemas de acreditación de docentes en comunicación e imprescindible que el sistema sanitario y las instituciones docentes establezcan contratos laborales "imaginativos" que permitan desarrollar la actividad asistencial y docente de una forma proporcionada sin detrimento de la relación con los pacientes.

La Fundación de Ciencias de la Salud tiene experiencia consolidada en el desarrollo de programas formativos relacionados con la comunicación médico-paciente, ya sea desde el punto de vista general hasta de manera específica por áreas terapéuticas.

aumentara toda la carga burocrática, o que se promovieran desviaciones con perjuicio sobre los usuarios.

Los legisladores han sido conscientes de estos riesgos. Las tres leyes enuncian y promueven la carrera profesional, pero sólo recogen algunas líneas marco de actuación. El espíritu de las tres leyes refleja un modelo de carrera profesional que podría definirse como un “instrumento para la ordenación de los recursos humanos, en atención tanto a los intereses de los individuos como de la organización, que permite planificar la trayectoria profesional que puede seguir una persona dentro de la misma, mediante requisitos, reglas y condiciones establecidos con carácter previo”.

Con esta definición de partida, y atendiendo al marco de regulación de nuestro sistema sanitario, se establecen los siguientes elementos en la carrera profesional: es un derecho individual del profesional al servicio del Sistema Nacional de salud; se integra en los diferentes sistemas existentes en nuestras organizaciones públicas; tiene carácter voluntario; es un modelo descentralizado sin perjuicio de los derechos de los profesionales para la libre circulación; constituye un elemento de motivación garantizado económicamente para el reconocimiento de los profesionales; pretende convertirse en un instrumento básico de ordenación del personal; se establece un periodo de cinco años para cada nivel; se asigna especial valoración al trabajo asistencial, pero incorporando méritos en investigación, docencia, formación y gestión clínica; y se constituye la Comisión de Recursos Humanos del SNS que velará por las garantías de cumplimiento en todas las administraciones del sistema sanitario español.

Sin embargo, quedan fuera de la regulación los aspectos más sensibles de su desarrollo. Elementos como la acreditación y evaluación de los méritos, las diferencias que existirán entre profesionales para la equiparación de los méritos según lugar de trabajo, criterios para diferenciar entre la gestión asistencial y la gestión administrativa, modelos de progresión profesional o cartera de incentivos diversificados, no exclusivamente retributivos (dedicaciones especiales, incentivos profesionales, etc). Algunos de estos aspectos ya han entrado en un proceso de negociación entre las

administraciones sanitarias y las organizaciones sindicales, aunque sin claros resultados hasta la fecha.

La complejidad de las organizaciones profesionales

Los sistemas sanitarios son organizaciones complejas en las que existe una tensión permanente entre los objetivos de los administradores y los objetivos de los profesionales. Los estudios de Mintzberg expresan con claridad

los equilibrios de poder en las organizaciones sanitarias y su importancia en la planificación de las políticas de recursos humanos. Afirma que el poder del profesional deriva de que su trabajo es demasiado complejo para poder ser supervisado por directivos o normalizado por analistas. El

control sobre su propio trabajo implica que el profesional trabaje con relativa independencia de sus colegas, pero en estrecho contacto con los pacientes. Ello le brinda al profesional una considerable autonomía en su trabajo. El profesional suele identificarse más con su profesión que con la organización donde la practica. Los profesionales no sólo controlan su propio trabajo, sino también ansían un control colectivo de las decisiones administrativas que les afectan, como la contratación de colegas, los sistemas de promoción o la distribución de los recursos.

Por otro lado, los directivos de las organizaciones profesionales se encargan de actividades secundarias, administrando los medios para la actividad principal realizada por los profesionales.

Una de las consecuencias más acusadas de la libertad de acción es la gran variabilidad en la práctica clínica

Formación en drogodependencias

José Zarco Montejo

Médico de Familia. CS Ibiza. Profesor Asociado de la UCM.
Coordinador del Grupo de Intervención en Drogas semFYC

La formación en drogodependencias en España ha seguido un desarrollo paralelo al de la atención sanitaria a los drogodependientes en los últimos 30 años. Se parte de una carencia de actividades formativas tanto en pregrado y postgrado como en lo que respecta a la formación continuada y, en primera instancia, intenta responder a las necesidades de los profesionales que comienzan a trabajar en la red de atención a los drogodependientes sin una formación ni cualificación previa. Ante esta situación, se ponen en marcha diferentes actividades formativas, generalmente como cursos presenciales, organizados por diferentes instituciones, administraciones públicas y privadas, universidades, etc., bien en forma de máster o como cursos de especialista en toxicomanías y/o drogodependencias.

Por otro lado, la precariedad del tipo de contratos en los dispositivos de atención a drogodependientes, la falta de reconocimiento profesional a la labor de los profesionales que allí trabajaban, y su escasa estabilidad laboral, dificultaban un desarrollo profesional específico con una formación adecuada.

Cabe resaltar la falta de implicación inicial de la red sanitaria pública en sus diferentes ámbitos de atención (atención primaria, especializada y red de salud mental) en el tratamiento de los drogodependientes. Éstos, especialmente los heroinómanos por vía intravenosa, eran considerados pacientes *non gratos* a los que sólo se les daba asistencia en contactos esporádicos, fundamentalmente cuando acudían a urgencias por sobredosis o por las consecuencias infecciosas de sus pautas de consumo (VIH/sida, hepatitis C y B...).

De forma excepcional, se iniciaron experiencias puntuales de tratamientos de mantenimiento con metadona en centros de salud, con resultados más que aceptables, que conllevaron actividades formativas para profesionales de atención primaria con la idea de hacer extensivas estas experiencias. No obstante, finalmente no tuvieron el desarrollo asistencial posterior para el que se habían diseñado. Así la participación de la atención primaria, en el mejor de los casos, se redujo a la dispensación de metadona en algunas áreas sanitarias muy concretas de diversas CC.AA.

En la actualidad, los efectos del sida, el desarrollo de nuevos tratamientos, la aparición de otras drogas en el mercado nacional, los cambios en los patrones de consumo de las diferentes drogas y la "normalización" de las mismas, han hecho que tanto las necesidades sociales como las que tenían los propios profesionales e instituciones, sean completamente distintas. De forma paralela las unidades extrahospitalarias de Salud Mental se han ocupado más del abordaje de diferentes aspectos de las drogodependencias, sobre todo, en el tratamiento del alcoholismo.

Un estudio liderado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), no sólo mostraba la intención de una mayor implicación por parte de los médicos de familia en este problema, sino que señalaba cualquier formación específica como el elemento diferenciador más significativo a favor de asumir un mayor papel y ser capaces de desarrollar más tareas. Así la Fundación Ciencias de la Salud y la FAD diseñaron un interesante programa formativo, Programa de Formación y Consulta Drogas y AP, dirigido a la formación de los profesionales de atención primaria cuyo contenido consiste en el desarrollo de situaciones clínicas



habituales en la consulta a través de videograbaciones que se analizan desde la perspectiva de la entrevista motivacional, programa adaptado a diversas CC.AA. y que se acaba de aplicar con mucho éxito en los profesionales sanitarios de las prisiones y que tiene el soporte del Plan Nacional sobre Drogas.

Las universidades, públicas y privadas, los Colegios de Médicos, las Agencias de Formación de las diferentes CC.AA., las ONGs, y gran diversidad de organismos, están realizando numerosas actividades formativas en relación con las drogodependencias, con acreditación oficial. Son cursos presenciales, a distancia o mixtos, pero la dispersión en la atención a los problemas relacionados con el consumo de drogas sigue siendo un hecho. Existen redes asistenciales y diferentes dispositivos que trabajan en líneas paralelas y sin la coordinación adecuada, lo que dificulta el desarrollo profesional en el abordaje de los mismos. Mientras tanto, la sociedad española reclama, cada vez con mayor intensidad, una respuesta integral e integrada, aún a pesar de que la realidad diste todavía mucho de cubrir esta necesidad.

La Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) incluye en su último programa de formación MIR en MFyC un área competencial sobre "conductas de riesgo adictivo" con un desarrollo ulterior en el reciente Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria y que es un ejemplo de cómo preparar a los profesionales de atención primaria para que puedan dar una respuesta más adecuada a esta realidad social. Por tanto, en espera de que el área de atención a los problemas relacionados con el consumo de drogas, legales o ilegales, se pueda concretar profesionalmente en una futura área de capacitación específica, la formación adecuada a cada nivel asistencial y su reconocimiento profesional son, hoy en día, los elementos claves para conseguir dar una respuesta adecuada a los numerosos problemas de salud relacionados con el consumo de drogas, en todas sus fases, promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación/reinserción, con la finalidad de conseguir una asistencia integral e integrada.

Una proporción del poder de la organización permanece en la parte inferior de la estructura de la organización, es decir, en manos de los profesionales. Como consecuencia de ello, los directivos y administradores de las organizaciones sanitarias tienen dificultades para controlar el producto final que los profesionales ofrecen a los usuarios y, por tanto, disponen de menos poder que otros sectores.

Este análisis nos permite identificar un claro flujo de intercambio de influencia en las estructuras de poder de las organizaciones sanitarias que se balancea entre los profesionales y los directivos. De esta forma parece pertinente esperar que existan responsabilidades compartidas de gestión entre los profesionales y los administradores, que han de tener una orientación bidireccional y deben ser tenidas en cuenta en el momento de planificar los criterios para la carrera profesional

Las organizaciones sanitarias proporcionan a los profesionales una extensa autonomía. Vemos como el profesional forma parte de una organización, pero es libre de servir a sus pacientes a su modo, limitado básicamente por las normas establecidas en su especialidad. Por tanto, los profesionales suelen ser individuos responsables y sumamente motivados, dedicados a su trabajo y a los pacientes que atienden. La autonomía permite a los profesionales perfeccionar sus habilidades, prácticamente sin sufrir interferencias. El profesional emplea la dedicación que considera necesaria para disminuir la incertidumbre en su trabajo y ofrecer un servicio de óptima calidad. En definitiva, los profesionales sanitarios tienen bajo su control su propio desarrollo profesional. Amparado en esta autonomía, el profesional puede decidir en qué áreas alcanzar su perfeccionamiento, ofreciendo poco margen de influencia por parte de la organización. Una consecuencia de ello es la escasa capacidad que tiene la organización de corregir las deficiencias que los profesionales hayan decidido pasar por alto. Esta situación condiciona seriamente a las organizaciones, pues se encuentran con dificultades cuando tienen que incorporar nuevas orientaciones en áreas relativas a coordinación, formación, libertad de acción e innovación.

La libertad de acción es una de las banderas defendidas por los profesionales y justificadas por sus capacidades para resolver los problemas de los pacientes. La libertad de acción requiere de una gran responsabilidad en manos de los profesionales y la existencia de un considerable uso de buen juicio. Este criterio de libertad de acción es adecuado para los profesionales competentes y preocupados por su desarrollo profesional, pero cuando esto no es así, la organización tiene serias dificultades para dar respuesta.

Una de las consecuencias más acusadas de la libertad de acción es la gran variabilidad en la práctica clínica. Nunca son idénticas las habilidades de dos profesionales, de modo que se puede esperar una cierta diferencia en el resultado final de su producto. Podemos encontrar ocasiones en las que el profesional

confunda las necesidades de sus pacientes con las habilidades que es capaz de ofrecerle, lo que le lleva a centrarse en algunos aspectos determinados de la formación, en perjuicio de otros.

Aún compartiendo el modelo de carrera profesional, existen aspectos que siguen sin tener una solución sencilla y en los que será preciso invertir recursos

En este contexto adquiere un valor excepcional la identificación clara de las competencias profesionales por parte de los colectivos que agrupan a los profesionales y a las organizaciones sanitarias y la importancia que ha de tener en el diseño de la carrera profesional incorporar criterios que orienten a la consecución de una mayor competencia profesional. Es la forma de

garantizar una confluencia entre el valor de la libertad de acción, muy importante en el trabajo de los profesionales sanitarios, el compromiso con los principios y valores que rigen la organización sanitaria, y los requerimientos de rigor y calidad de la práctica profesional.

Un modelo de carrera profesional

Las reflexiones expuestas nos indican que no será fácil establecer un modelo óptimo de carrera profesional capaz de dar plena satisfacción a todos los sectores implicados. No hay que olvidar que tampoco existen muchos modelos que sirvan de referencia en los países de nuestro entorno. En cualquier caso, sí

debería imperar un espíritu constructivo, que evite cometer graves errores, como algunos de los que parece se están deslizando en estas primeras etapas. Son demasiadas las tensiones que llevan a convertir la carrera profesional en una herramienta para reconocer la

Nunca son idénticas las habilidades de dos profesionales, de modo que se puede esperar una cierta diferencia en el resultado final de su producto

experiencia acumulada por los años de trabajo y conseguir mejoras en las famélicas retribuciones de los profesionales sanitarios.

Para evitar estas tentaciones de corto recorrido, la carrera profesional se ha de convertir en un instrumento capaz de conseguir una convergencia entre los intereses de los profesionales, los intereses de la organización y las necesidades en salud de los ciudadanos. Esto sólo es posible si se utiliza para conjugar los objetivos de la organización con el desarrollo de las competencias de los profesionales. Tal como destacan Casado y Simón, la carrera profesional debe ser capaz de motivar e incentivar; de potenciar el crecimiento del profesional; promover la excelencia del desempeño; mejorar la empresa; reconocer y premiar al mejor; promover la innovación; y aumentar la satisfacción profesional e, indirectamente, la de los pacientes.

Aún compartiendo el modelo de carrera profesional, existen aspectos que siguen sin tener una solución sencilla y en los que será preciso invertir recursos y dosis de creatividad e inteligencia. Uno de ellos se refiere a las modalidades

previstas para otorgar el reconocimiento profesional que, sin duda, han de tener un importante componente económico, pero sin olvidar otros como los tipos de dedicación profesional, las nuevas competencias o el reconocimiento social.

Otro de los aspectos, tal vez más relevante, es el relacionado con la evaluación del desempeño profesional, tanto en lo que se refiere a los instrumentos de evaluación (con la utilización de herramientas estandarizadas: auditorías de historias clínicas, pruebas de la evaluación de la competencia o portafolios) como a los criterios y las instituciones encargadas de la evaluación.

Bibliografía

1. Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona. Ariel, 1988.
2. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo, 10715. BOE 128; 29 de mayo de 2003: 20567-88.
3. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, 21340. BOE 280; 22 de noviembre de 2003: 41442-58.
4. Ley de Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 55/2003 de 16 de diciembre, 23101. BOE 301; 17 de diciembre de 2003: 44742-63.
5. Simó J, Casado V. Carreras profesionales, ¿algo más que reconocimiento? *Aten Primaria* 2006; 38(7): 405-8
6. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. La atención primaria. Coordinador: Iglesias Clemente JM. Documentos semFYC N° 20. Barcelona, 2005.
7. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. El portafolio: Una herramienta para mejorar la práctica clínica del médico de familia. Coordinación: Prados Castillejo, JA; Almendros Padilla, C; Guerra de la Torre, G. Documentos semFYC N° 22. Barcelona, 2006.

La aventura invisible

El tío Jero, que al acabar su carrera había ejercido un tiempo en el hospital, decidió al fin aceptar una plaza de médico en un lugar remoto de la provincia y cuando venía a la capital a visitarnos, muy pocas veces en el año, tenía un aspecto que suscitaba los reproches de mi madre: "Zamarra, boina, esas botonas que parecen de pocero y la cara abrasada por el sol, como los segadores." "Cumplió su voluntad, hizo su gusto", le respondía mi padre, y mi madre mostraba mayor desagrado aún: "Lo único que ha hecho es no tener paciencia. Pues menudo gusto ese de andar entre cerdos y boñigas todo el año".

Mi madre hablaba entonces del tío Jero con expresiones desusadas, o misteriosas, en las que yo sólo por el tono lograba descubrir una decepción evidente: "Se ha convertido en un rústico", repetía. Para mí, lo exótico del término oscurecía lo que tenía de crítica. Busqué en el diccionario y encontré unas referencias al campo, a lo propio de las gentes del campo. Sin embargo, la rusticidad no le había quitado al tío Jero el humor jubiloso. En aquellas ocasiones, tan escasas, de su visita a la capital, sus risas resonaban desde que llegaba, y siempre tenía ánimo para salir de casa: me llevaba al cine, daba conmigo paseos para ver la catedral o San Isidoro, me dejaba acompañarlo a recorrer el barrio húmedo para visitar alguna taberna de antiguos conocidos donde él bebía vino y a mí me

daban un refresco y un platito con aceitunas o patatas fritas.

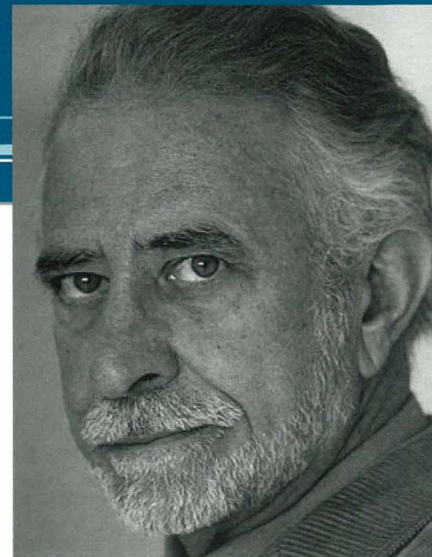
El tío Jero me había propuesto varias veces que fuese a pasar con él unos días en el pueblo donde tenía la plaza de médico, durante las vacaciones. "Te llevaré a pescar, haremos una excursión a la Cueva, subiremos al castro", decía, pero mi madre siempre ponía excusas para no dejarme ir, que si era demasiado pequeño, que si comía mal. Por fin, yo debía de tener once años, el tío Jero llegó al mismo tiempo en que comenzaban las vacaciones, decidido a llevarme al pueblo. "Se viene conmigo unos días, le sentarán estupendamente aquellos aires y allí hay muchos chicos para que juegue con ellos." Yo también manifesté mis deseos de marcharme con mi tío y mi madre no tuvo más remedio que acceder.

Aquel pueblo estaba, está, en una zona montañosa, con carreteras llenas de curvas y pequeños ríos de aguas transparentes y muy frías. El tío Jero me presentó a los chicos, que aceptaron sin reparos mi

En aquellas ocasiones, tan escasas, de su visita a la capital, sus risas resonaban desde que llegaba

José M. Merino

Escritor



compañía, acaso porque les fascinaba mi visor estereoscópico con imágenes de los animales de la selva, monumentos del mundo y planetas del sistema solar. Nos bañábamos en una poza del río, jugábamos al fútbol, echábamos carreras o imitábamos las hazañas de aquellos héroes del cine del Oeste que a mi me enardecían, las luchas con los indios en las películas que yo les contaba mientras me escuchaban con admiración.

Mi tío vivía en una casita con un huerto, una parte de legumbres y otra de árboles frutales. Había también jaulas de conejos y gallinas, y supe que eran el obsequio, sino el pago, de muchos pacientes. Hacía las labores de la casa y del huerto una mujer llamada Balbina, que me contaba a veces anécdotas de la vida por aquellos lugares y señalaba como principal adversario de mi tío Jero a un curandero de la comarca llamado Coletto. La verdad es que sus guisos me gustaron y no puse reparos a ninguna comida. Mi tío recibía a los enfermos durante la mañana, en su casa, y dos o tres tardes salía a visitar a los que no podían moverse. El primer día me enseñó sus medios de transporte: un mulo que le guardaban en el establo de la casa vecina, entre vacas y burros, y una moto Guzzi: "El mulo se llama Edipo", me dijo el tío, "lo utilizo cuando tengo que ir a sitios complicados, por trochas y caminos difíciles. En cambio la Guzzi es para la carretera y los caminos fáciles. Como ves, no me falta de nada".

Recuerdo nitidamente los gemidos, a veces gritos muy fuertes, de una mujer en una habitación en la que yo no entré

Ya habíamos hecho una excursión a la Cueva, y la linterna de mi tío había iluminado con pericia las enormes figuras aguzadas y blanquecinas que se erizaban en el suelo o colgaban del techo. Otra tarde ascendimos al castro, un lugar donde había vivido gente muy antigua, anterior a los romanos, y mi tío hablaba con entusiasmo de las vistas, y ahora comprendo que debían de ser magníficas, la cordillera a un lado y al otro las colinas que iban suavizando su aspereza hacia la planicie lejana, pero entonces no me interesaron ni esos paisajes ni las enormes piedras que formaban en lo alto una arruinada estructura circular.

La pesca quedó aplazada para otra tarde. Mi tío me había advertido de que ya no era época de pescar, pero que iba a hacer

una excepción, y que cometía con ello una falta, para que yo supiese lo que era intentar engañar a las truchas. Aquella vez almorzamos pronto. Iríamos en la Guzzi a un lugar del río, y Balbina nos

había preparado la merienda, con unos chorizos que el tío Jero se proponía asar al rescoldo de una hoguera. Sin embargo, cuando estábamos terminando de comer llegó una pareja de guardias civiles a hablar con él. “La pesca tiene que quedar para otro día”, me explicó luego, antes de mirar a los guardias civiles y hablarles con su habitual aire jocoso: “Quería enseñarle a mi sobrino lo que es pescar, aunque tenga que saltarme la veda”. Los guardias civiles no dijeron nada y se marcharon tras hacerle al tío Jero un saludo militar. “De todas formas, te vienes conmigo. Así verás lo que es mi trabajo”, dijo. “Nos vamos en la Guzzi. Estaremos allí en una hora, más o menos”.

Yo me sentía muy aturdido, pues era la primera vez que montaba en moto. Con mis brazos rodeando el torso del tío Jero, sentía el vertiginoso recorrido en el aire que mi cara hendía y en los bamboleos y sacudidas del vehículo al recorrer aquella carretera llena de baches. Mi tío no me había explicado nada y al llegar, tras desmontar y bajar el apoyo de la moto con un pisotón, me habló escuetamente: “Una parturienta primeriza, con problemas. Anda, que vas a ser mi ayudante.”

Era una casa pequeña y angosta, en una aldea. Recuerdo nítidamente los gemidos, a veces gritos muy fuertes, de una mujer en una habitación en la que yo no entré. Mi tío me encargó de vigilar la cocción del agua de una pota. Me había dejado su reloj y me había dicho: “Que me la lleven cuando haya hervido bien cinco minutos.” Yo controlé el tiempo de aquel hervor invadido por una idea de urgencia tan acuciante que no he vuelto a sentirla nunca más. Luego permanecí sentado en el escaño, mirando embobado el San Pancracio que presidía un gran vasar con cacharros. Tampoco olvidaré el momento en que mi tío entró en la cocina con un bulto en los brazos, un bebé de cara rojiza, envuelto en un paño: “Aquí lo tienes”, dijo, enseñándomelo con una gran risotada. “Está vivo gracias a nosotros. Como su madre”.

Nunca me había percatado de que mi tío tenía las hechuras de los aventureros de aquellos poblados del cine

Recuerdo también que la casa se llenó enseguida de gente. Al parecer, la mujer que solía atender los partos en aquellos lugares no había sido capaz de solucionar el caso y todos habían dado por muerta a la mujer y por perdido al niño. Querían agasajarnos, que nos quedásemos a dormir, a mi tío le hicieron beber vino y comer embutido, a mí la mujer silenciosa que había llevado la pota y atendido otros encargos de mi tío me preparó también una gran rebanada de hogaza con nata y miel, que comí sin perder la extrañeza que había sentido durante toda la tarde, pero después mi tío, que no dejaba de lanzar sus acostumbradas risas, dijo que teníamos que regresar a nuestra casa.

“Aunque la tarde es larga, vamos a volver por un atajo, la senda de los pescadores”, había dicho mi tío antes de ponernos en marcha, mientras yo me agarraba a su cuerpo. El atajo era un camino de tierra que iba bordeando el río. Por allí la moto no cortaba el aire con tanto ímpetu, pero se bamboleaba mucho más que por la carretera. Mi tío aceleraba en los tramos más llanos, y yo temía salir despedido. De repente sentí que volaba, y luego me encontré encajado entre ramas, como si me sujetase por todas partes una enorme mano vegetal. Estaba en medio de la copa de uno de esos árboles ribereños muy flexibles y tupidos, de hojas alargadas, creo que les llamaban mimbreras. Había quedado boca abajo, también imaginé esas

CON MANO **ajena**

telas de arañas gigantes de algunas películas de miedo, pero solo sentía una estupefacción que se mezclaba con la certeza del cumplimiento de mi temor.

Escuché enseguida la voz del tío Jero, insólita, quebrada, quejumbrosa: "Nacho, Nacho, donde estás, ¿estás bien?" "Estoy enredado en un árbol, pero no me ha pasado nada" "Ven aquí, anda, que yo no puedo moverme". Me liberé con esfuerzo de aquella maraña de ramas y descendí. El tío Jero estaba tirado cerca de la orilla, junto a unas zarzas. La moto había caído al agua. Era una zona pedregosa, muy poco profunda, y la corriente saltaba sobre los radios de las ruedas. Me acerqué a mi tío y comprobé que en su habitual gesto jubiloso había signos de dolor. "Me he roto una pierna, no me puedo mover" "¿Te duele?" Intentó una risa pero le salió un quejido: "Lo normal en estos casos. Estoy hecho polvo." Nos quedamos un rato callados, él tirado en el suelo, yo agachado a su lado, mientras el agua rumorosa



llenaba de brillos la Guzzi tumbada en el cauce, sobre las piedras.

"Mira, Nacho", dijo mi tío al cabo de un rato, "vas a tener que regresar a la aldea y pedir ayuda. Todavía queda bastante tiempo de luz, y calculo que en una hora, como mucho, puedes llegar allí. Sigues el camino que hemos traído y cuando salgas a la carretera tuerces a la derecha. No tiene pérdida." No dije nada, o acaso solo musité "Bueno", algo así, y eché a andar, comprendiendo que mi actuación era decisiva para sacarnos a mi tío Jero y a mí de aquel trance.

No sé si tardé una hora. En el cielo no dejó de haber claridad, aunque cada vez menos, pero el lugar, una vaguada estrecha, estaba sumergido en una penumbra que hacía borrosas todas las formas. En el ruido del agua parecían mezclarse ecos de voces chillonas y los sonidos de algunos pájaros resonaban con tono amedrentador. Claro que tenía miedo, pues los cuentos de la infancia habían hecho pavorosos aquellos lugares donde podían acechar las alimañas, o los maleantes, o esos seres mágicos que tanto se pueden llegar a temer aunque no se crea en ellos. Pero por fin llegué a la carretera, y luego a la aldea, sin contratiempo.

Mi información originó un gran revuelo. Tocaron la campana de la pequeña iglesia para convocar a la comunidad, muchos llegaron corriendo, y enseguida se puso en marcha un nutrido grupo de

CON MANO **ajena**

gente, con un mulo y un pequeño carro. Venía también aquel Coletto a quien tanto aborrecía Balbina. Cuando llegamos al lugar donde estaba mi tío Jero, ya era casi de noche, el tal Coletto le palpó la pierna: "Esto no lo puedo componer yo", dijo, y mi tío se echó a reír con una mueca dolorosa: "Bastante es que lo sepas, creo que tengo una fractura doble". Sacaron la moto del agua, la colocaron en el carrito, al lado de mi tío, y regresamos.

Aquella noche dormimos en la aldea, en una habitación con dos camas de hierro muy altas y estrechas, y al día siguiente, a media mañana, llegó la ambulancia de la capital. Yo iba sentado en un traspuntín junto a la camilla. Mi tío se quedó dormido enseguida, porque le habían dado un calmante, pero antes me dijo otra cosa que, como lo del niño que había nacido gracias a nosotros, nunca olvidaré: "¿Te has fijado, Nacho? Yo los cuido a ellos, pero ellos también me cuidan a mí".

Ahora me llega la noticia de su muerte y he recordado aquellos días con toda viveza. Tan aficionado como yo era a las películas del Lejano Oeste, nunca me había percatado de que mi tío tenía las hechuras de los aventureros de aquellos poblados del cine, en parajes que no desmerecían de los que servían de cobijo a los indios, viviendo aventuras que yo no fui capaz de ver. Yo estudié Derecho, como mi padre, he trabajado de funcionario público muchísimos años, y ahora, recién jubilado, comprendo que aquel parto azaroso y la caminata entre el crepúsculo para pedir ayuda fueron acaso las dos aventuras más intensas de toda mi vida.



La visión del paciente



Albert J. Jovell
Presidente del Foro Español de Pacientes

El hecho de ser enfermo propicia una visión diferente a la del usuario o consumidor de los servicios de salud. En algunas situaciones sus intereses pueden ser opuestos. También se distingue del hecho de estar enfermo. Ser enfermo supone que la enfermedad condiciona tu vida y determina ciertas dependencias. Estar enfermo implica convivir con una enfermedad, de forma que la persona afectada puede realizar una actividad cotidiana aparentemente normal delimitando las interferencias que la enfermedad pueda hacer en su vida. A veces, uno no tiene más remedio que ser enfermo porque la enfermedad produce un importante nivel de discapacidad y dependencia. Ambos estados presentan múltiples características comunes, entre las que destacan: la fragilidad física, la vulnerabilidad emocional y el riesgo de estigmatización social. Por eso, es bueno insistir en que la enfermedad tiene una triple forma de presentación: física, psicológica y social. Si no se contempla así, no se puede tratar de forma satisfactoria. Y un tratamiento incompleto es un mal tratamiento.

La enfermedad física es la presentación de la enfermedad a la que los profesionales de la salud están más habituados. Sin embargo, esta

El “hecho de estar enfermo” ya no puede diferenciarse en órganos y sistemas que son objeto de estudio de especialidades concretas

presentación está sujeta a múltiples complejidades, dado que cada vez es más habitual que el “hecho de estar enfermo” se asocie a la coexistencia de diferentes síntomas, factores de riesgo y patologías. Es en esa complejidad, en la que el “hecho de estar enfermo” ya no puede diferenciarse en órganos y sistemas que son objeto de estudio de especialidades concretas, donde alcanza un gran protagonismo la medicina interna y, sobre todo, la atención primaria.

Esta necesidad de tener una visión clínica global del enfermo y su entorno incluye una valoración y la adopción de una aproximación terapéutica apropiada para atender las consecuencias psicológicas y sociales de la enfermedad, tanto en el enfermo como en su familia. Y en la búsqueda de esa respuesta apropiada, la atención primaria, incluyendo en ésta a los

profesionales de la enfermería y a los trabajadores sociales además de los médicos, tiene un papel esencial. Los enfermos quieren un médico de cabecera en el que confiar y que lidere esa aproximación global a todo lo que supone el hecho de estar enfermo. Todo lo demás son aproximaciones incompletas. Y lo incompleto resulta insatisfactorio.

Visión de la profesión médica

El estudio sobre "Confianza en el Sistema Nacional de Salud", realizado en el año 2005 con 3.010 ciudadanos españoles, indicó que la de médico era la profesión mejor valorada y que mayor confiabilidad tenía entre un conjunto de diez profesiones¹. Esos resultados confirman el hecho de que ser médico, al igual que enfermero/a, constituye una de las profesiones de mayor prestigio en España. Mucho más que ser abogado, economista o político. Destacar ese dato resulta oportuno en un momento en que ha habido opiniones, no fundamentadas en ningún estudio científico, que hablan de la pérdida de prestigio de la profesión médica. Más

Es necesario reivindicar la figura del médico enfermo como un profesional que es capaz de situarse a ambos lados de la relación médico-paciente

aún, es posible que entre los pacientes esa confianza sea mucho más alta que entre la ciudadanía. En este sentido, uno de los datos interesantes del estudio sea que el 81% de los encuestados conocían el nombre de su médico de cabecera, mientras que sólo un 18% sabían cómo se llamaba el Consejero de Salud de su comunidad autónoma.

El miedo condiciona la necesidad que tiene el paciente de confiar en que su médico va a hacer todo lo posible por resolver su problema

Los resultados antes mencionados deben interpretarse, tal y como pretendía el estudio, en clave de confianza. Así, entre las más de 30 definiciones de confianza que existen, destaca aquella que caracteriza este sentimiento como "una necesidad emocional" que se hace desde una "situación de vulnerabilidad"². Este hecho define la relación médico-paciente en un contexto de dependencia psicológica y de asimetría de información. Así, en la ignorancia y ante la incertidumbre, el miedo condiciona la necesidad que tiene el paciente de confiar en que su médico, y por extensión los servicios de salud, van a hacer todo lo posible por resolver su problema. Esta confianza se basa en las elevadas expectativas depositadas en las diferentes virtudes asociadas a la profesión médica, entre las que destacan cuatro: competencia, honestidad, integridad y respeto. Obviamente, el paciente se siente más cómodo y mejor tratado cuando puede depositar esa confianza emocional en una persona a la que reconoce, y que le reconoce, con nombres y apellidos. Y ese rol en nuestro sistema sanitario le corresponde al médico de cabecera, o de atención primaria.

Esta visión de la relación con el médico como la de un acto necesario emocional y racionalmente, obliga a la

CON MANO **ajena**

profesión médica a actuar con un elevado sentido del deber y de la responsabilidad, aparte de otorgarle una elevada confiabilidad. En este sentido, la profesión médica se caracteriza por un conjunto de obligaciones morales que se han de poner al servicio de las necesidades de los pacientes. A diferencia de otras profesiones, la de médico se debe, en primer lugar, a los pacientes y a sus familias, en segundo lugar a la sociedad, en tercer lugar a un código ético de valores compartidos y, en último lugar, a los empleadores. Curiosamente, esta jerarquía de prioridades se suele comentar poco entre los profesionales y no es

objeto de excesiva atención en los procesos de formación de nuevos médicos y de especialistas.

Visión respecto a la atención primaria

La visión de los ciudadanos españoles respecto al sistema sanitario presenta "luces y sombras" según los resultados del estudio sobre la confianza antes mencionado. Las "luces" indican una elevada confianza, no sólo en el médico sino



en las otras profesiones sanitarias y en el centro de salud, aparte de la atención sanitaria pública. En contraposición, los ciudadanos expresaron, en un elevado porcentaje, su preocupación por el hecho de que los médicos de atención primaria estuvieran limitados en su capacidad de decisión o que no pudieran atender sus necesidades sanitarias o las de sus familias en el futuro. Estas opiniones expresadas por la ciudadanía exigen una mayor necesidad de comunicación por parte de la atención primaria sobre su rol dentro del sistema sanitario y sobre sus potencialidades y sus limitaciones. No es bueno para la atención primaria y para sus profesionales que la ciudadanía exprese dudas sobre su capacidad de actuar como legítimo defensor de su salud como pacientes.

Un segundo elemento de reflexión sobre la atención primaria, de los muchos que se pueden hacer, radica en esa necesidad de definir mejor el rol de los profesionales ante las nuevas realidades sociales que nos avocinan³. Así, los pacientes esperan que su médico de atención primaria se centre cada vez más en ese rol de gestor clínico del caso individual, lo que supone ofrecer una valoración global del estado de salud del paciente incluyendo las enfermedades orgánicas, psicológicas y sociales. Esta gestión del caso implica el liderazgo de un equipo multidisciplinario que coordine las diferentes visitas médicas, pruebas diagnósticas y tratamientos, garantizando el control de posibles interacciones, entre otras necesidades específicas. Además, el profesional de enfermería asume el rol de promover la tarea educativa relacionada con el cumplimiento terapéutico y el control de los factores de riesgo. Finalmente, los trabajadores sociales deberían implicarse en aquellas situaciones en las que un tratamiento "respetuoso con la dignidad humana"

A diferencia de otras profesiones, la de médico se debe, en primer lugar, a los pacientes y a sus familias

suponga atender situaciones de dependencia física o psicológica. En este sentido, conviene destacar que la atención primaria es el centro de referencia para casos complejos, a los que a condiciones clínicas adecuadamente diagnosticadas, se les asocian otros fenómenos sociales, como el envejecimiento y sus consecuencias, las adicciones y hábitos tóxicos, los estilos de vida poco saludables y la



inmigración, entre otros. Estos fenómenos incrementan la complejidad y afectan la efectividad de la atención primaria. Es en las áreas de ambigüedad terapéutica, o sea, en las que "el paciente" no es de nadie y es parcialmente de todos, donde la atención primaria debe asumir el liderazgo clínico del manejo del caso. ¿Quién, si no?

Reflexiones sobre la condición de médico y paciente

Una de las grandes paradojas de nuestro sistema sanitario es la incapacidad que existe en la política y en la profesión médica para reconocer que existe una amplia capacidad de mejora. Basta aproximarse a algún centro sanitario o tener acceso a alguna historia clínica para detectar puntos de mejora que no han de pasar necesariamente por un aumento de la financiación. Se trata de mejoras asociadas a cambios en actitudes y hábitos de trabajo de los que no se suele hablar entre los profesionales. Este proceso de ignorancia deliberada acaba promoviendo una desafección importante sobre en quién recae la obligación moral de corregir deficiencias y promover mejoras. Con independencia de quién detente el poder, la autoridad moral de confrontar esas situaciones recae en la profesión médica. Es eso lo que la sociedad y los pacientes esperan de esa profesión. De ahí que tengan la confianza más alta de la ciudadanía. Y para no perderla, la profesión precisa líderes afectivos⁴. Las universidades y los colegios profesionales tienen la obligación de responder a esa necesidad social de liderazgo.

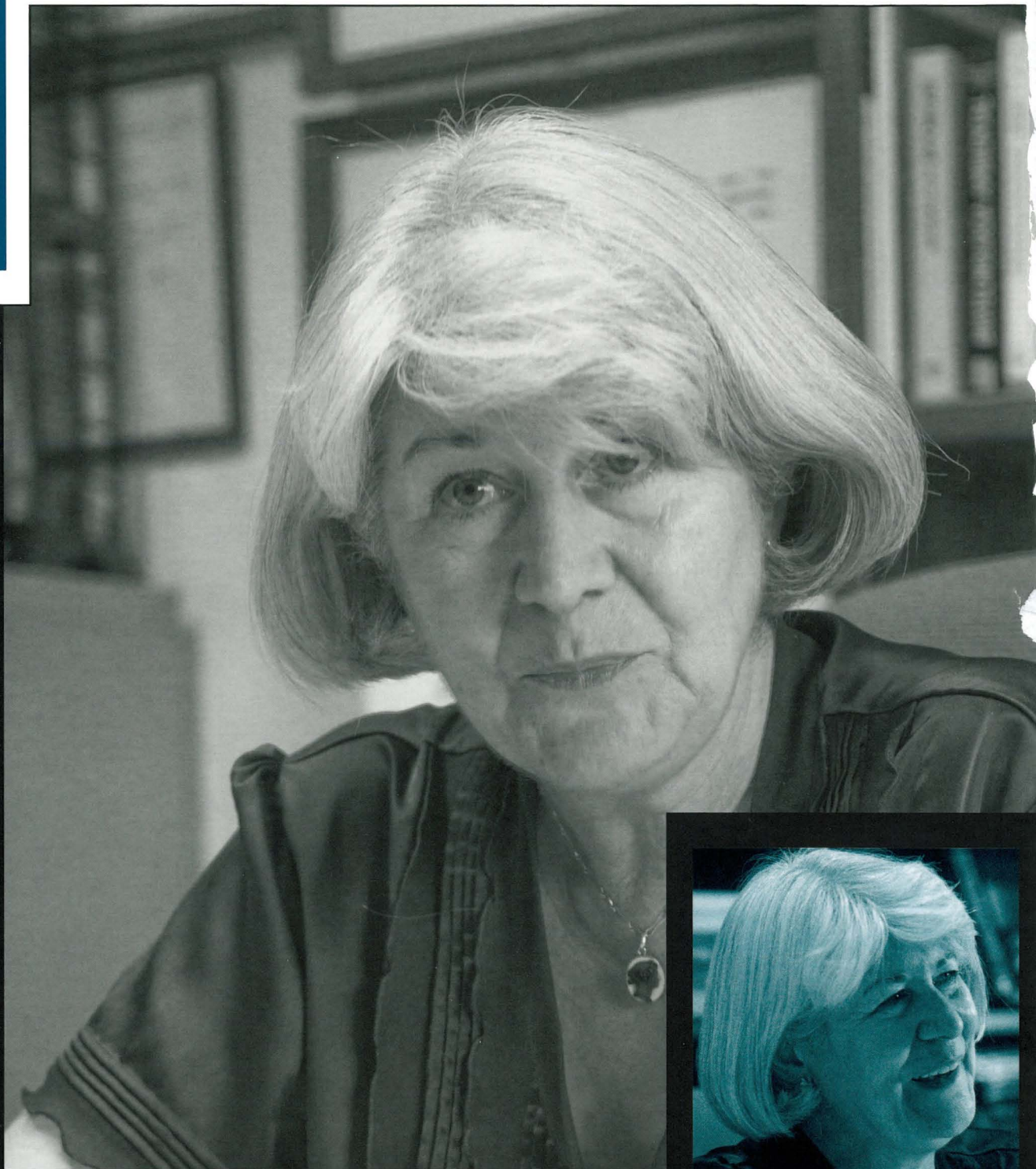
Finalmente, una de las situaciones más paradójicas que vive la profesión médica viene definida por la actitud de algunos profesionales a pensar o actuar como si aquella situación que vive el paciente que tienen "enfrente" no les pudiera pasar a ellos. Es por ello necesario reivindicar la figura del médico enfermo. No como alguien a quien hay que mantener escondido, sino como un profesional que es capaz de situarse a ambos lados de la relación médico-paciente. Sólo entendiendo ambas perspectivas se

puede contribuir a mejorar la calidad de la atención médica recibida. Y los médicos enfermos se encuentran en una posición inmejorable al haber estudiado dos carreras de medicina: una en posición vertical y otra en posición horizontal. Hoy me pasa a mí, mañana te puede pasar a ti.

Notas bibliográficas

1. Ver en www.fbjozeplaport.org
2. Jovell A.J. La Confianza. Barcelona: Plataforma Editorial, 2007 (en prensa)
3. Ver una reflexión al respecto en los documentos: Jovell A.J. El futuro de la profesión médica y Jovell A.J., Navarro Rubio MD. Profesión médica en la encrucijada (en www.fbjozeplaport.org)
4. Jovell A.J. Liderazgo afectivo. *All you need is love*. Barcelona: Alienta, 2007

MARÍA TERESA MIRAS



La Academia sirve de
plataforma de encuentro
entre la ciencia de base y la
ciencia aplicada

“En España hace muy poco que somos conscientes de que nuestros descubrimientos tienen valor económico”

MARÍA TERESA MIRAS

Presidenta de la Real Academia de Farmacia

María Teresa Miras Portugal nació en Carballiño (Ourense), un pueblo rodeado por una naturaleza exuberante, con paseo fluvial y bosques, entre montañas. Heredó unos ojos verdes que le regalan una mirada llamativamente juvenil. Tiene el aspecto de una mujer de ciencia, pero llama la atención la desenvoltura con la que se mueve como profesora entre las vetustas aulas de la Universidad Complutense de Madrid. Su despacho está repleto de libros de todo tipo y situado estratégicamente al lado del laboratorio donde un grupo de jóvenes investigadores trabaja en neurociencias, la disciplina en la que María Teresa Miras ha sido pionera con sus trabajos sobre los receptores y transportadores de nucleótidos en células nerviosas y su función en el desarrollo y mantenimiento neuronal.

Comenzó trabajando en botánica pero se pasó a la bioquímica ¿Qué le hizo dar ese paso?

La verdad es que nunca llegué a trabajar como botánica, pero es cierto que estudié farmacia porque me fascinaban las plantas. Me acerqué a las plantas como una afición, me encantaba clasificarlas, estudiarlas... Era una época en la que había menos asfalto, movieras los ojos hacia donde quisieras podías ver especies botánicas que hoy no se encuentran con tanta facilidad. Pero también me gustaba la química, y el deseo casi romántico de curar, de conocer la

enfermedad, me hizo decidir por los estudios de farmacia. Cuando empecé a estudiar me di cuenta de que la verdadera frontera era la bioquímica, era el fundamento mismo de la vida, lo que permitía explicar los procesos vitales. Desde un punto de vista científico, era apasionante. Los que trabajamos en ciencias de la vida en el fondo estamos buscando la explicación de las cosas y en ese punto ya no hay fronteras, y se necesita la cooperación entre todas las materias: la bioquímica, la genética, la farmacología, la biología molecular..., ya no tiene sentido la disciplina científica aislada, cada uno aporta un poco a este mosaico. Algunos tenemos la suerte de haber iniciado una carrera con idealismo y, años después, haber conseguido una profesión que responde a esos ideales. Yo creo que es una suerte seguir trabajando a mi edad en las cosas que me gustan. Lo considero un privilegio y una meta. En momentos más o menos difíciles siempre recuerdo una frase: “la ciencia no es la verdad, pero sí es el método para combatir la ignorancia”

¿A qué ha tenido que renunciar por ser científica en una nación llena de científicos?

Los hombres han tenido tiempo libre mucho antes que las mujeres, por la sencilla razón de que el trabajo de las mujeres era esencial. Los hombres solucionaban, y solucionan, los problemas del mundo en las tertulias, pero las mujeres se ocupaban de la educación de los hijos, del cuidado de los

ancianos, de los enfermos, de la alimentación... de las cosas realmente importantes de cara a la supervivencia. La mujer ha sido una fuerza laboral impresionante y ahora se empieza a conocer el valor de ese trabajo hecho de manera generosa y sin reconocimiento social. En la gran época del Renacimiento, las cosas aún fueron peor para las mujeres, pues incluso al estructurar estudios y profesiones y ser hechos por los varones, con mayor acceso a la cultura, la mujer incluso pierde los pocos privilegios que tenía. En nuestra área de ciencias de la salud, si se ocupaban de cultivar plantas medicinales o de recetarlas se las podía perseguir por brujas, no podían estudiar medicina o farmacia, y por tanto no podían ejercer ni desarrollar su propio talento.

Si nos centramos en el presente, a mi las cosas me han costado bastante más que a mis compañeros varones, pero no sólo por la disponibilidad de tiempo, sino por moverme en un ámbito muy masculino, donde los grupos, las asociaciones de cualquier tipo siempre han estado formadas por los varones. Hacerse un hueco en cualquiera de ellas ha sido difícil. En clave de humor, recordemos que la gran mayoría de asociaciones gastronómicas son muy

reacias a aceptar mujeres...y al fin y al cabo, es la cocina...

Pero ahora usted está en primera línea ¿Qué conlleva ser la primera mujer que preside una Real Academia?

Lo primero es un privilegio estar con la gente que estoy. Comparto lugar con mis maestros, y eso me hace sentir muy honrada. Ahora bien, ojalá

hubiera sido la décima mujer, porque creo que a estas alturas ya tendría que haber más mujeres en estos cargos. Somos muy pocas en las

academias, y eso que la de Farmacia es la que más tiene: cinco mujeres. Todavía es una proporción muy baja, pero de nuevo nos encontramos con que, además de las necesidades que plantea el mundo profesional, en el caso de las mujeres también se nos plantean las necesidades del mundo inmediato, y no es fácil compaginar estos ámbitos si uno tiene una familia.

Ha repetido que quiere seguir los pasos de su antecesor y situar la Academia en el siglo XXI ¿Qué proyectos quiere llevar a cabo?

Yo he tenido la suerte de suceder en el cargo a Don Juan Manuel Reol, un presidente que hizo mucho por la Academia, un personaje clave en el desarrollo de los medicamentos genéricos y de la legislación farmacéutica. Aportó una visión que a los científicos nos cuesta más, ya que nuestra

En la historia de España han surgido una serie de discontinuidades que han afectado mucho a la ciencia



propia profesión es más de puertas para dentro. Reol salió a la calle, hizo socialmente visible la Academia, y consiguió muchas ayudas para su funcionamiento y modernización.

En este momento nuestra Academia tienen dos frentes, uno es Europa, donde hay que asomarse sin complejos. Yo creo que en el momento actual hay estupendos científicos, pero en nuestra historia han surgido una serie de discontinuidades que han afectado mucho a la ciencia. Antes de la Guerra Civil, la Escuela de Anatomía del Sistema Nervioso liderada por Ramón y Cajal y sus discípulos y la de Fisiología donde se forma Severo Ochoa, eran del mismo nivel que las europeas, pero en España no nos dábamos cuenta de lo que teníamos. De hecho, los libros de Cajal yo los leí por primera vez en francés y en Estrasburgo. En el resto de Europa se ha potenciado mucho más la investigación, la calidad de los laboratorios, el papel de los profesores... En Europa y sobre todo en EE.UU. el conocimiento científico tiene un valor añadido y los descubrimientos se patentan si tienen aplicación práctica. En España es muy reciente la idea de que nuestros descubrimientos tienen valor económico para la nación y es un modo de crear riqueza, mediante las patentes. En las ciencias farmacéuticas este concepto es fundamental y la Academia sirve de plataforma de encuentro entre la ciencia de base y la ciencia aplicada. En estos últimos tiempos hemos incorporado un gran número de científicos europeos a nuestra academia y sus contribuciones y discursos son accesibles a través de nuestra pagina web.

Las ciencias y las humanidades no son excluyentes sino complementarias

El segundo frente es América Latina con la que tenemos muchos lazos históricos y culturales. El mes de mayo de 2007, nuestra Academia ha acogido en su sede el Segundo Encuentro de Academias de Farmacia Iberoamericanas y hemos visto que hay diferencias notables entre los países participantes, pero todos con gran potencial y una riqueza inexplorada en su flora con posibilidades terapéuticas. Tampoco olvidemos que algunos países de Iberoamérica tienen una gran tradición científica y con mas Premios Nobel que nosotros; la interacción entre nuestras academias puede aportar otra visión y todo un continente por explorar.



¿Qué relación tiene la Academia con el mundo del medicamento? ¿Se relaciona con otros estamentos como la Agencia Española del Medicamento? ¿Y con la industria?

A la academia nos están llegando muchas consultas de estos estamentos. También de laboratorios privados, pero lo curioso es que muchas consultas son del extranjero. Desde hace tiempo, y conscientes de este interés, organizamos una serie de mesas Redondas en las que participan miembros del Ministerio y de Farmaindustria y se discuten asuntos esenciales como la Ley del Medicamento, las patentes, los nuevos fármacos para diversas patologías, etc. Ahora bien, la Academia es un lugar de encuentro donde opinamos y hablamos todos. Además, muchos académicos hemos sido profesores de muchas de las personas que ahora ocupan puestos relevantes en estos sectores productivos, o cargos públicos. Para seguir siendo este lugar de encuentro, la Academia no debe nunca

tomar partido, pero sí ser el lugar donde todo el mundo se pueda expresar con claridad, sin miedos, y siendo sus límites el conocimiento de la materia.

¿Viven los académicos fuera de la realidad?

En absoluto, la Academia está llena de profesionales que han batallado en muchos y diversos frentes y que han sido capaces de sobrevivir, con un cierto éxito, eso no suele ocurrir por casualidad, sino por ser capaces de compaginar el estudio de su especialidad sin olvidarse del mundo real y conocedores de lo que se está "cociendo" en la sociedad. Pero sí es cierto que abunda sobremanera la gente idealista.

En el discurso que hizo de entrada en la Academia escogió un texto de Lorca, de La Zapatera prodigiosa, ¿por qué ese texto tan apartado de la ciencia farmacéutica?

En los clásicos está todo si los sabes leer de otro modo. Ahí se incluye una definición perfecta de lo que son las ciencias de la vida. El Zapatero disfrazado define su trabajo de actor como "*Yo enseño la vida por dentro*", se refiere al mundo de las emociones, pero en ciencias de la vida es lo que hacemos en el sentido mas literal del texto. Nosotros estudiamos la vida por dentro, célula a célula, y en neurociencias una de nuestras grandes ambiciones es la de poder explicar el mundo de las emociones y nuestra otra inteligencia "la emocional".

Aunque no es lo mismo la ciencia que las humanidades; creo que el desarrollo de las humanidades debe ir a la par que el desarrollo científico. Las ciencias y las humanidades no son excluyentes sino complementarias.

En Europa y EE.UU., el conocimiento científico tiene un valor añadido y los descubrimientos se patentan si tienen aplicación práctica

Incluso me atrevería a decir que la definición de humanidades se ha quedado anticuada. Hay muchas "humanidades", qué mayor humanidad que comprender el genoma humano, la evolución de nuestra propia especie, lo que supuso para el ser humano la

lucha contra la enfermedad y el sufrimiento. La gran conquista de cada medicamento, la aspirina, la penicilina... Todo esto, a mi entender, tiene una historia mucho mas apasionante que la historia



clásica de guerras y batallitas que sólo han traído miserias, seguidas por terribles hambrunas. Tendremos que redefinir las humanidades y creo que dentro de las humanidades está conocer al hombre en su entorno y el respeto a todos los seres vivos.

¿Está interesada la juventud por la carrera científica?

Yo discrepo de esa opinión generalizada que cree que los jóvenes no se interesan por nada y mucho menos por la ciencia. A mi me parecen magníficos y hay que saber motivarlos e inculcarles desde la escuela y los institutos lo divertido y apasionante

que son los experimentos y la riqueza y emociones que produce la observación de la naturaleza. Ese cambio de actitud se puede conseguir realizando la figura del profesor a todos los niveles y dotando los centros de laboratorios modernos. Este país tiene una deuda con las universidades

A veces creo que es más ágil la Academia de Farmacia que muchas universidades históricas españolas

históricas de donde han salido magníficos científicos que se han formado en laboratorios de prácticas indignos y tercer-mundistas. Las universidades necesitan agilizar sus procesos para captar a los mejores

alumnos. Lo cierto es que los mejores expedientes en general no se quedan en la universidad, por lo lento que es el proceso de sistema de ayudas. A veces creo que es más ágil la Academia de Farmacia que muchas universidades históricas en este país. Necesitamos flexibilidad para poder dar expectativas a nuestra gente y también ser capaces de predecir cual será su futuro profesional docente investigador, eso lleva implícito no cambiar la legislación sobre la contratación de los profesores una y otra vez. Si se han establecido unos parámetros, deben mantenerse de un gobierno a otro para poder dar una continuidad a los estudiantes y, sobre todo, para permitirles

trabajar con solvencia económica el tiempo que necesiten para completar sus trabajos de investigación. Nadie hará una ley perfecta, y ni siquiera una ley perfecta va a seguir siendo buena pasado un cierto tiempo, pero nuestra petición es que no se cambie de forma tan radical en tan poco tiempo.

¿Cuál es para usted la mayor revolución científica de este siglo?

El descubrimiento de la información genética ha permitido el avance en todo lo demás. Estos descubrimientos han hecho al hombre humano en el contexto de todos los seres vivos. Nos han dicho, eres uno más, has tenido una evolución diferente, y han conseguido que el ser humano sea más comprensivo frente a todo, algo que nos hace mucha falta. Sentirse uno más en la naturaleza.

La primera

María Teresa Miras Portugal es la primera mujer al frente de una Real Academia. Tomó posesión como nueva presidenta de la Real Academia de Farmacia el pasado 18 de enero de 2007 sustituyendo a Juan Manuel Reol Tejada. Anteriormente ocupaba la presidencia de la Comisión de Publicaciones de dicha institución. María Teresa es especialista en neurociencia, catedrática en Bioquímica y Biología Molecular, doctora en Farmacia por la Universidad Complutense de Madrid y tiene el título de doctora en Ciencias por la Universidad de Estrasburgo. Ha sido miembro de numerosos comités internacionales. Es catedrático de bioquímica en la Facultad de Veterinaria de la Universidad Complutense de Madrid, donde dirige a un grupo de investigadores que estudian los receptores y transportadores de nucleótidos en células nerviosas. Ha dirigido 16 tesis doctorales y ha participado en más de 180 publicaciones.

Ciclo de Conferencias *Con otra mirada*

Ignacio Martínez de Pisón

PRESENTACIÓN JAVIER PUERTO

El ciclo *Con otra mirada* está preparado por lectores y a él sólo acuden quienes admiramos especialmente, por su manera de expresarse y por los temas que desarrollan. El de hoy, aunque no es un niño, es uno de los más jóvenes que han pasado por aquí. Martínez de Pisón ha escrito colecciones de relatos breves, novelas juveniles, novelas y un ensayo histórico.

Para su editor, Jorge Herralde, escribe "con una prosa límpida, precisa y armoniosa, bajo la que, con frecuencia, se agazapan oscuros secretos, ominosos latidos. Como los latidos de su propio corazón". Es cierto. Todo en su escritura produce una sensación de extrema modernidad. La prosa, límpida, resuena en los oídos, como el viejo sonido que, según los clásicos, producían las esferas celestes en su armonía. La limpieza y la armonía, como

en la filosofía hipocrática, se deberían a la belleza; si para Hipócrates la naturaleza es justa, armoniosa y produce orden bello, ese mismo camino seguiría la prosa de Martínez de Pisón.

En el caso de la literatura de Martínez de Pisón, bajo su modernidad narrativa, aparentemente fútil, pero límpida y armónica, se esconden los diablos clásicos, como si quisiera producirse una equivalencia entre lo natural y lo literario en la unidad del acto de narrar. Los diablos clásicos de la tragedia, del dolor, del desencuentro, de la fantasía, hasta donde se llegan por caminos muy

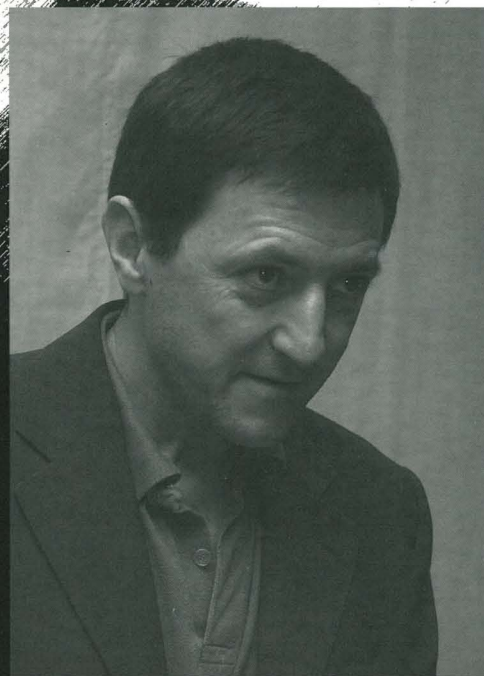
distintos de los tradicionales. La prosa de Martínez de Pisón es de seda, pero entre sus pliegues está la vida y esa, casi siempre, es dramática.

Sin andarme con tantos circunloquios y eruditismos, me gustan los textos de Martínez de Pisón, como me gustaron los de Cortázar o los de Camus, porque propone una esperanza para el ser humano retratado en sus páginas, a través de la belleza -no sólo formal, también ética- la clarividencia y, paradójicamente, el misterio o al menos eso me parece a mí. Su prosa sugiere, emociona y divierte. Martínez de Pisón es también un colega, porque ha escrito un libro de Historia y, como historiador quisiera efectuar un comentario a su *Enterrar a los muertos*. La suya es una magnífica narración histórica, en donde no sé si se ha permitido espacios para la invención, pero sí he advertido un gran respeto por el método. Ha utilizado bibliotecas, hemerotecas, archivos y fuentes orales. No sólo las ha empleado para conocer los hechos, sino que las ha expuesto en unas singulares notas que no molestan para nada la lectura y en una bibliografía final.

El suyo puede verse, tal vez, como complementario del muy exitoso también de Javier Cercas, donde el denominador común está en nuestro común amigo Andrés Trapiello. En *Soldados de Salamina*, todo el mundo era bueno o podía haberlo sido. El relato de Martínez de Pisón se ajusta más, a mi parecer, a la realidad de los hechos. Hay unos cuantos muy malos, algunos ingenuos románticos y una realidad muy difícil de digerir. Si los soldados dejaban un regusto esperanzado, los muertos enterrados nos proporcionan un terrible sentimiento de dolor. Su lectura me ha confirmado en la sensación de que los españoles, muy a menudo nos comportamos como sectarios o masoquistas. Se trata de la historia de un republicano de izquierdas, profesor de literatura en EE.UU., asesinado por los estalinistas. Quien ha leído a Azaña sabe que sus quejas sobre la pérdida de la guerra, las repartía entre los sublevados fascistas, y quienes quisieron hacer una revolución, socialista o anarquista, en la retaguardia, y los que sólo se ocupaban de sus realidades nacionales, catalanes y vascos. Se dejó fuera la purga desatada por los estalinistas contra anarquistas y troskistas. La mayoría de sus críticos aseguran que lo escribió deprimido, en Francia, después de la derrota: es cierto, pero como diría otro de nuestros invitados, Sánchez Ostiz, el llevar una

perdigonada de noche en las alas no le quitaba a Azaña la razón.

En algún lugar escribí que la única verdad sentimental de la contienda la tenían las víctimas y asuntos terribles los hubo en todos los bandos. Todos tenemos un antepasado asesinado por unos u otros. Si no se trata de hacer una nueva Causa General, en este caso a mayor gloria de lo que pudo ser la República y no fue; si tampoco de contabilizar muertos y declarar más maligno a quien más torturó y asesinó; el año entrante va a ser el de la memoria y el dolor. Martínez de Pisón ya ha empezado, con honestidad, a remover las llagas de la izquierda, de la derecha y de quien pasaba por allí, aunque claro está, a mí me resulta mucho más simpático el paseante Dos Pasos que el Gran Hombre Blanco, Hemingway. Se han vendido muchos libros de éste, que hace un reflejo tan honesto de la guerra, pero no tantos como de quienes han escrito una hermosa fantasía basada en una anécdota o un poético recuerdo del asesinato de un carpintero gallego. La verdad de uno, si resulta poco halagadora, si es dolorosa, si obliga a un esfuerzo de revisión y tolerancia, no suele gustar demasiado. A mí sí me agrada la manera, transversal y directa la vez, de decir sus verdades de este autor. Por eso es un honor tenerle hoy aquí en este aula venerable de la Residencia de Estudiantes y así, burla burlando, entre la ficción y la realidad, uno de los espacios de su obra histórico literaria, se convierte en ámbito de realidad donde va a hablarnos de su manera de hacer una visita al sanatorio.



Una visita al sanatorio

POR IGNACIO MARTÍNEZ DE PISÓN

CRÓNICA YOLANDA VIRSEDA

Tos con moco espeso y oscuro, a veces con sangre; fiebre, escalofríos y sudores nocturnos; fatiga y debilidad muscular; pérdida de peso; en algunos casos, sensación de falta de aire y dolor torácico. Son los síntomas de la tuberculosis, la enfermedad que más ha inspirado a escritores de los dos últimos siglos. La enfermedad que se convirtió en el símbolo de una Europa herida mortalmente por la Guerra y que removi6 la conciencia de muchos lectores que intuyeron que las toses, ahogos y el aislamiento de los enfermos que retrataban los escritores eran, en realidad, la agonía de una sociedad. Sobre esta enfermedad como motivo literario habló Ignacio Martínez de Pisón, nos llevó de visita a un sanatorio para tuberculosos, un viaje a las montañas mágicas de la literatura europea.

Hay algo en la obra de Ignacio Martínez de Pisón que conecta con la adolescencia, esa época de fin y de inicio, de ruptura y continuidad. Hay algo en su apariencia que recuerda también esos años en los que empezamos a luchar por los sueños. Como si este escritor hubiera conseguido mantener en su obra de madurez esa frescura sencilla que caracterizaba a los personajes de sus primeras novelas.

En su narrativa conviven la ternura y la sordidez, la melancolía y el humor, la huida y la necesidad constante de recuperar el pasado. Martínez de Pisón es un buscador de historias extraordinarias en lo cotidiano. "A veces tengo la sensación de que las historias están como flotando en el aire, a la espera de encontrar al autor que está destinado a contarlas", dice, y lo hace desde un profundo conocimiento de las emociones: "intento recrear emociones como si hiciera tiempo que las hubiera experimentado y hubiera conseguido librarme de ellas". Es la manera que tiene de remover en los lectores los recuerdos que muchos se han empeñado en olvidar.

Martínez de Pisón no es un escritor de moda. Escribe ajeno a las corrientes literarias. No le interesa la intelectualización de la literatura, sin embargo defiende como si se tratara de un ideario poético la sobriedad expresiva, y eso le permite profundizar en el significado de las relaciones que unen a sus diferentes personajes acostumbrados a moverse entre secretos y mentiras y a asumir acontecimientos que ponen patas arriba su existencia. Tal vez por eso, la obra de Martínez de Pisón es tan inquietante y atractiva, a pesar de su sobriedad y aparente sencillez argumental. Un juego de seducción que él mismo reconoce: la satisfacción aparece cuando el lector cree que el autor escribió ese libro especialmente para él.

En esta ocasión, Martínez de Pisón nos invitó a subir a una montaña en la que se encuentra un sanatorio para tuberculosos. Excusa literaria para muchos novelistas, esta

enfermedad ha "contaminado" muchas de las mejores páginas de la literatura europea y, a juicio de este escritor, ha condicionado casi un género narrativo con una producción extensa y unas características que se repiten: la enfermedad como metáfora del mundo, los sanatorios como cerradas sociedades burguesas, el protagonista que se adentra en un mundo diferente que le ayudará a ser más sabio... Un mundo literario que suele situarse en misteriosos sanatorios en la montaña.

La enfermedad como metáfora de una época

La literaria visita al sanatorio se inicia en el año 1944, un año que para el hispanista Juan Carlos Mainer está marcado por la escisión que produjo la Guerra Civil: los que habían ganado y los que habían perdido. España estaba enferma, y curiosamente muchas de las obras que se publicaron ese año se refieren a este estado patológico. "Dámaso Alonso publica *Hijos de la ira* donde se define a sí mismo como un pedagogo que se limita a "atornillar purulentos fonemas". Los años cuarenta fueron los años del hambre, del auxilio social y del piojo verde. Ciento de miles de españoles vivían fuera de su país o hacinados en cárceles".

La obra que mejor define la enfermedad como metáfora de la sociedad de su tiempo es *Pabellón de reposo* de Camilo José Cela

Para Martínez de Pisón, la obra que mejor define la enfermedad como metáfora de la sociedad de su tiempo es *Pabellón de reposo* (1943) de Camilo José Cela. A pesar de que en la novela no hay ninguna mención a las circunstancias históricas que rodean a sus personajes, es un reflejo de su época y la presencia de la enfermedad en la obra podría entenderse como una metáfora de la enferma España del momento.

Aunque para muchos críticos no es una obra muy lograda, lo cierto es que el carácter autobiográfico la dota de una credibilidad contundente. Se mencionan hechos como "la distribución de los enfermos según las tarifas que pagaban: en el pabellón del norte, el menos soleado, los más pobres; en

el del sur, los más ricos. Se alude al duro reglamento del centro que castiga con la expulsión a los pacientes que no obedecen la prohibición de fumar, hay

constantes referencias a los ataúdes apilados en el sótano, donde fueron transportados los protagonistas... Cela dibuja un paisaje lleno de escupideras, cubos, mantas, terrazas pero, sobre todo, de enfermos que se aferran a una vida que se les escapa".

Todas las conversaciones giran en torno al inagotable tema de la enfermedad. Los tuberculosos acaban por dominar el léxico médico porque, de hecho, "no hay tísico que no termine convirtiéndose en fisiólogo", destaca Martínez de Pisón. Todos saben interpretar los golpes de tos, saben que disnea es la dificultad de respirar, que hemoptisis es la expulsión de sangre... A pesar de su estilo delicado, se trata de una novela no apta para hipocondríacos: "y aunque no parece que el bacilo de Koch se transmita por la simple lectura, lo normal es que el lector acabe reproduciendo algunos de los muchos síntomas que en libro se mencionan".

El sanatorio como escuela vital

Pabellón de reposo tiene tantos puntos en común con *La montaña mágica* de Thomas Mann que los críticos han afirmado que Cela quiso hacer su particular versión de la novela.

La montaña mágica se inicia con la visita de Hans Castorp al sanatorio de Davos, en Suiza, donde se está curando su primo. Castorp ofrece la visión de un hombre sano en un mundo de enfermos. El sanatorio es un espacio aparte. En la montaña, los enfermos; en el valle, los sanos. Entre ambos mundos existe un abismo difícil de salvar, pero el mundo de arriba, pese a ser autónomo respecto al de abajo, no deja de reproducirlo a su manera y en él están representadas las clases sociales, las geografías más variadas, las distintas

orientaciones políticas y filosóficas, las más diversas manifestaciones artísticas...". En el sanatorio hay hueco para todos los sentimientos, incluido el amor -observa Martínez de Pisón- porque en ese espacio el protagonista inicia un camino hacia la plenitud no sólo a través del amor que siente

por una joven rusa enferma, sino también a partir de los conocimientos que adquiere en las conversaciones filosóficas con otros enfermos". Hans contrae la tuberculosis y se queda en el sanatorio siete años. Un periodo

iniciático que le convierte en un hombre mucho más sabio que cuando entró.

Un tiempo diferente

La montaña mágica es una larga reflexión sobre el tiempo. "Se diría que los enfermos tienen que elegir entre matar el tiempo o aguardar a que el tiempo les mate a ellos y casi siempre optaban por lo segundo, o lo que es lo mismo, la gratuidad y la espera que permite pasar el día", observa Martínez de Pisón. ¿Para qué buscar entretenimientos si lo importante es ver cómo el tiempo se escapa, algo que los entretenimientos sólo conseguirían ocultar? Los enfermos que vivían en el sanatorio habían aprendido a matar el

Cela dibuja un paisaje lleno de escupideras, cubos, mantas, terrazas pero, sobre todo, de enfermos que se aferran a una vida que se les escapa



De izquierda a derecha, Javier Puerto, Ignacio Martínez de Pisón y Pablo Martín Aceña

tiempo consiguiendo que el tiempo resbalase gracias a una especie de virtuosismo interior. Para ellos, era propio de necios refugiarse en los libros.

Para los enfermos, el pasado estaba abajo, en el valle, el presente arriba. Un presente que amenaza con ser breve y que se conforma a base de rutinas: paseos reiterados, conversaciones repetidas, horarios reproducidos a diario hasta casi perder la noción del tiempo. El lector percibe que Castorp se ha integrado en el sanatorio cuando su tiempo se aleja del tiempo real para acompasarse a esa medida diferente que reina en el sanatorio. "Se tenía en cuenta la sucesión del tiempo, se observaba el calendario, la sucesión de los días, pero medir y contar el tiempo aquí para cada individuo era una cosa unida al espacio, era un asunto de los principiantes y de los que estaban de paso, los veteranos prescindían de esta costumbre, era la eternidad imperceptible, el día que siempre era el mismo".

La estela de la montaña mágica

Thomas Mann inauguró una tradición novelística sobre sanatorios para tuberculosos. Thomas Bernhard también utilizó su experiencia con la tuberculosis para retratar los males de la sociedad que le rodeaba y así lo retrató en su novela *El aliento*. Ingresado en un hospital de Salzburgo, la novela narra de forma dramática la muerte de muchos de sus compañeros y critica ferozmente la actitud de los médicos a quienes acusa de alegrarse del fallecimiento de algún enfermo porque así dejaban la cama libre para otro. "Los médicos están del lado de la muerte y el hospital era una máquina anticuratoria, incluso aniquiladora de hombres". Las páginas de *El aliento*, escritas 20 años después de las vivencias que narra, parecen escritas desde el mismo núcleo del dolor. Son páginas en las que el dolor aparece en bruto, apenas destilado. Es el único ejemplo que conozco ajeno a la línea inaugurada por Mann, el único que no ha sucumbido a su poderosa influencia".

El sanatorio es un espacio aparte. En la montaña, los enfermos; en el valle, los sanos



Otro ejemplo de literatura de tuberculosis es la *Perorata del apestado* de Gesualdo Bufalino, un escritor italiano que nació en 1920 y contrajo la tuberculosis durante la Guerra. Este fue el tema de su primera novela, en la que comparte con Mann y Cela la carga autobiográfica, y referencias como el olor del sanatorio, o las conversaciones entre los enfermos sobre el sentido de la vida. El tema central de esta novela no es tanto la inminencia de la muerte sino la preparación para ella, el necesario aprendizaje al que se debe someter para abandonar el mundo de los vivos, pero el problema es que mientras que todos los de su alrededor mueren, él sobrevive y eso le obliga a iniciar un aprendizaje inverso.

Pero como en las demás novelas sobre sanatorios para tuberculosos, el fantasma de la guerra se mezcla con el de la enfermedad, como si la tuberculosis que padecen los protagonistas fuera el reflejo de la enfermedad que tienen las sociedades a las que pertenecen.

El sanatorio real

Ignacio Martínez de Pisón visitó para escribir esta conferencia el sanatorio de Agramonte, en pleno Moncayo, cerca del monasterio de Beruela, donde estuvo recluso durante mucho tiempo Becquer, el tísico más ilustre de nuestra literatura. Se

construyó en los años 40 y a él acudían enfermos de muchas capas sociales. "Aquel día de finales de febrero nevaba finamente. El color blanco

contrastaba con las paredes grises en ruinas. Puede que entre los restos del sanatorio sigan viviendo los fantasmas, pero lo que yo ví fue un edificio que conservaba poco de la alpina gallardía que sin duda había tenido". Visitó las salas, los dormitorios pequeños y grandes, las terrazas, la caldera, situada en el centro del edificio, donde se incineraban las pertenencias de los pacientes para evitar contagios.

Esa visita era un viaje al pasado, pero también al futuro, al escenario inexistente del capítulo de su próxima novela. Unos jóvenes con una moto le dijeron que allí había fantasmas, y quizá no se referían a los que habitaban esas salas sino a los que iban a instalarse en las páginas de su próximo libro en el que uno de sus personajes enferma de tuberculosis.

Vivir de la literatura

Cuando era muy pequeño, los Reyes Magos trajeron a Ignacio una pequeña imprenta con la que jugaba a componer páginas de una revista. Cuando se cansó de ese juguete, se apropió de la máquina de escribir de su padre y jugó a ser novelista: escribía historias en cuartillas que luego plegaba por el lomo para darles forma de libro... Si son ciertas las teorías de algunos psicólogos que defienden que un hombre feliz es aquel que consigue ser lo que soñó ser en la infancia, Martínez de Pisón debe serlo.

Nació en Zaragoza en 1960, donde vivió y estudió Filología Hispánica (empezaba a cumplir sus sueños) hasta que se trasladó a Barcelona en 1982 donde estudió otra carrera, Filología Italiana, retrasando quizá la posibilidad de dedicarse a la enseñanza, algo que nunca le ha gustado. Siempre ha vivido de su actividad literaria, pues según afirma, solamente ha cobrado una nómina durante dos meses en su vida, cuando trabajó como profesor de instituto. Con sólo 22 años su primera novela *La ternura del dragón*, a la que seguirían un volumen de cuentos *Alguien te observa en secreto* y dos novelas reunidas bajo el título de *Antofagasta*. Tenía por entonces 26 años y la crítica ya lo consideraba como una de las grandes revelaciones de la nueva narrativa española. Su extraordinario talento literario lo confirmó en sus libros siguientes: *Nuevo plano de la ciudad secreta* (Premio Gonzalo Torrente Ballester de novela, 1992), *El fin de los buenos tiempos*, *Carreteras secundarias* y *Foto de familia*, *El tiempo de las mujeres* o *Enterrar a los muertos*.

DEL PASADO **al presente**

Noticia histórica sobre la formación en las profesiones sanitarias



Une leçon clinique à la Salpêtrière, de A. Brouillet, que muestra la presentación de un caso de histeria por Charcot

José L. Fresquet Febrer

Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación
Universidad de Valencia, CSIC



La medicina, junto con otras profesiones del mundo sanitario, monopolizan hoy una serie de actividades asociadas a las ciencias de la salud, su titulación está reglamentada y se someten a normas y leyes. Para acceder a esta profesión, es necesario un periodo extenso de formación y adquirir una mínima experiencia. La enseñanza de esta profesión ha ido adaptándose a las necesidades de la sociedad.

Como sucede en otras disciplinas, cuando hablamos de "enseñanza" no podemos evitar referirnos a otro concepto, el de "profesión". Está ligado éste a la evolución o cambio, dinámica social y desarrollo de las sociedades. En las ciencias sociales se suele hablar de ocupación más que de profesión. La ocupación vendría a ser el conjunto de tareas que constituyen y delimitan la actividad humana. Como producto social resulta de la división de funciones en una sociedad y depende, por tanto, de su estructura y funcionamiento. La profesión es una característica de cualificación de la persona

DEL PASADO **al presente**

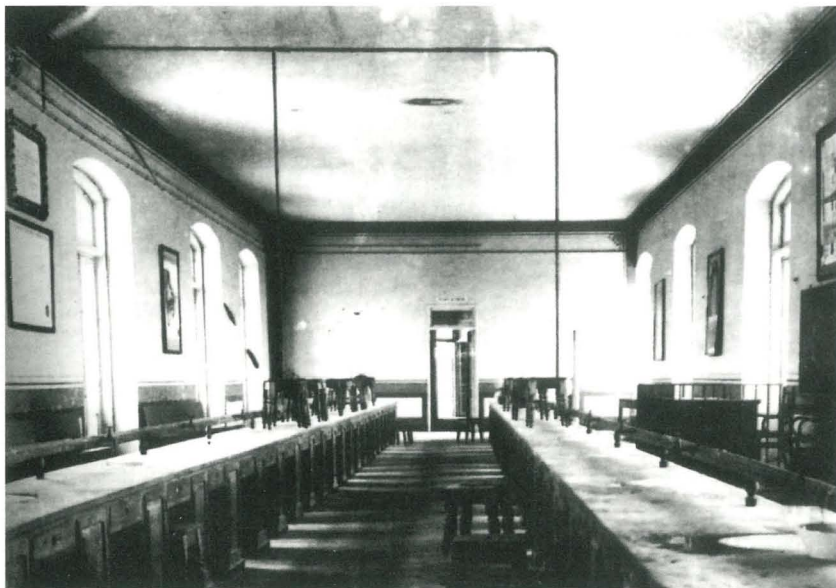
adquirida por formación o experiencia, cuyo reconocimiento social otorga derechos a ejercer ciertas ocupaciones retribuidas. Los historiadores de la medicina utilizamos el término profesión en un sentido estricto y casi esquemático, para referirnos a un tipo especial de ocupaciones que monopolizan una serie de actividades relacionadas con los saberes y sus aplicaciones prácticas y que tienen reglamentados sus mecanismos de socialización y titulación.

La medicina y otras profesiones médicas monopolizan hoy una serie de actividades asociadas a las ciencias de la salud, su titulación está reglamentada y se someten a normas y leyes. Hay que tener en cuenta, además, su estructura organizativa, sus vinculaciones con las estructuras de poder, la formación reglada y la actualización continua, así como la búsqueda de autonomía. El principal mecanismo de socialización es la enseñanza.

A veces se distingue entre enseñanza, educación y aprendizaje. La primera sería el proceso mediante el cual se comunican o transmiten conocimientos sobre una materia. Intervienen el docente, el discente y el objeto de

conocimiento, así como el uso de métodos, técnicas y herramientas de apoyo. La educación es un término más exigente e implica bidireccionalidad; no sólo se transmiten conocimientos, se enseñan también valores, actitudes, conductas y formas de actuar. Las nuevas generaciones de profesionales aprenden todo este conjunto cultural de las generaciones anteriores y crean otro nuevo. La educación implica, pues, un proceso de socialización. La palabra aprendizaje significa proceso por el cual se adquieren los conocimientos, las habilidades, actitudes, valores, etc. También puede concebirse como el proceso por el cual se entrena a una persona para que sea capaz de responder adecuadamente a determinadas situaciones o a dar solución a una serie de problemas. Comprende desde la adquisición de datos hasta la forma más compleja de recopilar y de organizar la información.

Hay que advertir que los tres términos se emplean frecuentemente como sinónimos pero conviene tenerlos en cuenta por separado, junto con todo lo que representan, porque son de gran utilidad para el estudio de la enseñanza, las profesiones y las ocupaciones sanitarias en el pasado y en el presente. Reflexionar sobre los mismos sería también de gran utilidad para los que diseñan nuevas estrategias educativas.

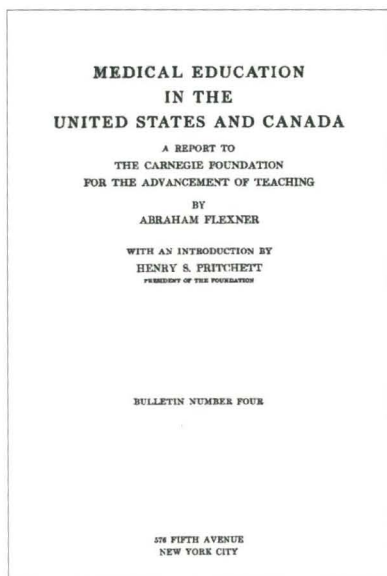


Laboratorio de la antigua Facultad de Medicina de San Carlos, Madrid. Las reformas francesa y alemana se realizaron en España con muchas deficiencias

Historia de una profesión

La medicina fue una ocupación en el mundo europeo durante la Antigüedad clásica y la Alta Edad Media. Convivió con otras ocupaciones de base empírica y mágico-religiosa cuyas acciones iban también dirigidas a curar enfermedades, prevenirlas o aliviarlas. A partir del siglo XI comenzó a tecnificarse

Noticia histórica sobre la formación en las profesiones sanitarias



Portada del Informe Flexner, que se considera el comienzo de la enseñanza médica contemporánea en Estados Unidos

lo que hasta entonces había sido un simple “oficio de curar”. Fue esto posible gracias a una autoexigencia, a la arabización, a la secularización y también a la racionalización. Profundos cambios socioeconómicos y políticos unidos a la asimilación del saber médico grecoárabe llevaron a la constitución de la profesión médica. La primera reglamentación del título fue promulgada en 1140 por Rogerio II de Sicilia, que estableció un examen oficial obligatorio para poder ejercer la medicina. En 1240, Federico II reglamentó en el mismo reino la enseñanza mediante una ordenanza que disponía que los aspirantes al título debían cursar tres años de estudios preparatorios y cinco de medicina en Salerno, y practicar después durante otro año junto a un médico.

En los siglos XII y XIII la situación pedía nuevas instituciones y métodos renovados para la

transmisión del saber. Se produjo el tránsito de las escuelas capitulares a los “Estudios generales” y a las Universidades, a las que se adscribió la enseñanza de la medicina. Al principio fueron agrupaciones de maestros y discípulos, semejantes a otros gremios, pero su importancia para el poder civil y eclesiástico hizo que fueran pronto controladas por los monarcas y que necesitaran un privilegio pontificio para que sus estudios fueran válidos en toda la cristiandad.

La herencia de la tradición del mundo clásico de considerar el trabajo manual como de inferior categoría condujo a que los médicos, como hombres de saber, estudiaran en las universidades, mientras que los cirujanos quedaron excluidos y reducidos a una ocupación artesanal junto a un maestro tanto por su formación como por su posición social. La estructura universitaria quedó formada por una facultad menor o “de artes”, con carácter preparatorio, y por cuatro facultades mayores: teología, cánones, derecho y medicina. Hay que señalar que en todas ellas la docencia era exclusivamente de tipo teórico y en latín. Debemos decir que la situación no era homogénea en todas las zonas hispánicas y que durante un tiempo ejercieron también médicos musulmanes y judíos.

Salvo el caso de los médicos-cirujanos y de la existencia de algunas cátedras de cirugía en Italia y en España, la separación entre médicos y cirujanos todavía se hizo más profunda en el siglo XVII. Pero la situación cambió en el siglo XVIII. El nivel artesanal no era suficiente para cubrir las necesidades de las monarquías absolutas que se regían según los principios del despotismo ilustrado. Ejército, navegación y hospitales necesitaban otro tipo de profesionales. En 1731 un decreto del monarca francés Luis XV creó en París la Real Academia de Cirugía. En la siguiente década fue equiparada a la Facultad de Medicina e, incluso, tenía capacidad para otorgar el título de doctor. Este modelo francés se extendió y se aplicó con alguna variante en el resto de países europeos. Gracias al catalán Pere Virgili, en 1748 se fundó en Cádiz el primer Colegio de Cirugía, destinado a formar cirujanos para la Armada. Siguieron después los de Madrid y Barcelona.

La mentalidad anatomoclínica

El siguiente hito hay que situarlo igualmente en Francia, después de la Revolución. Se rompió con las estructuras del *ancien régime* y se creó un

DEL PASADO **al presente**

nuevo modelo acorde con los supuestos de la mentalidad anatomoclínica que aún están vigentes en la enseñanza de la medicina. El centro de la misma, como señaló Antoine de Fourcroy, era la observación junto a la cama del enfermo y la sala de autopsias. La docencia debía consistir en *peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire*. Se fundaron así en 1795 las *écoles de santé* y poco después las *écoles de médecine*, que no tenían ninguna relación con las universidades. Más tarde, en 1808, éstas se integraron en un nuevo tipo de universidad como facultades de medicina. Este modelo se conoce como "napoleónico" porque fue Napoleón quien promulgó el decreto. La medicina se unificó con la cirugía y las facultades se vincularon a los hospitales,

donde la enseñanza clínica pasó a primer plano. Antes de obtener el grado, los estudiantes hacían internados en servicios hospitalarios. También se adoptó lo que conocemos como *leçon clinique* (lección clínica) como forma de exposición magistral de casos.

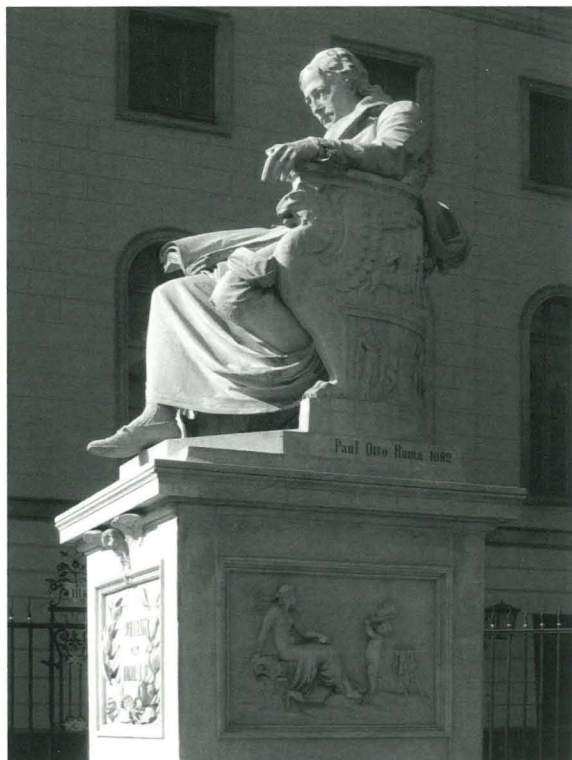
La reforma francesa llegó a Alemania pero con planteamientos algo diferentes. Wilhelm von Humboldt formuló las bases de una reorganización

Las otras profesiones sanitarias

Desde el punto de vista normativo, la situación de los practicantes y matronas como profesionales auxiliares de la medicina se consolidó en las últimas décadas del siglo XIX. En 1915 apareció la primera normativa legal que reconocía el título de enfermera, inicio de un proceso de socialización de un grupo de profesionales que les permitió desarrollar tareas asistenciales de atención y cuidado del paciente así como de asistencia social y colaboración sanitaria. En diciembre de 1953 se creó la figura del Ayudante Técnico Sanitario y con él la apuesta definitiva de un modelo profesional de enfermería centrado en tareas asistenciales de atención a la enfermedad. La figura clásica de la enfermera se extinguiría. Más tarde, en 1977 se creó la Diplomatura de Enfermería, que continúa hasta hoy.

En cuanto a la odontología, en 1860 se prohibió a los barberos y a los que no tenían título de practicante ejercerla. En 1875 se reguló la profesión de cirujano-dentista y se dejó constancia de que los practicantes no podían ejercer como dentistas. Más tarde, en 1901, se crearon en la Facultad de Medicina de Madrid las cátedras de odontología y de prótesis dentaria. Para estudiar odontología era necesario haber superado los dos primeros cursos de medicina. También podían ejercer como dentistas los licenciados en medicina que hubieran cursado las materias complementarias correspondientes. Frente al modelo odontológico se impuso el estomatológico en 1948. Se declaró a extinguir el título de odontólogo y se introdujo el de estomatólogo como una especialidad para los graduados en medicina. Finalmente ha acabado imponiéndose la odontología como profesión independiente de la medicina. La primera promoción se tituló en 1991, tras cinco años de estudios universitarios.

Noticia histórica sobre la formación en las profesiones sanitarias



Friedrich Wilhelm von Humboldt (1767-1835), formuló las bases de la reorganización de la enseñanza médica en la Universidad de Berlín en 1809

de la enseñanza médica en la Universidad de Berlín en 1809. Dos fueron los principios: adscripción de la formación médica a las facultades de medicina en universidades públicas, por un lado, y la asociación de la docencia con la investigación tanto para la selección del profesorado como para la práctica docente, por otro. Cualquier reforma sin apoyo económico y sin apoyo del estado se convierte en papel mojado. En Alemania, el Estado contrajo una responsabilidad económica y administrativa de primer orden con la enseñanza de la medicina. Surgió un nuevo tipo de profesionales dedicados en exclusividad a la enseñanza y a la investigación tras largos años de

preparación científica que culminaba con una "tesis de habilitación" que facultaba para la docencia. Las fuertes inversiones favorecieron la creación de un *Institut* para cada disciplina básica y de una *Klinik* para cada una de las asignaturas del periodo clínico. El modelo se extendió por toda Alemania, por varios países europeos y por EE.UU. No es despreciable la cifra de quince mil norteamericanos que se formaron como médicos en Alemania entre 1870 y el comienzo de la Primera Guerra Mundial.

El modelo alemán acabó consolidándose en EE.UU. En 1876 se fundó la *Johns Hopkins University* y en 1893 su escuela de medicina. Entre sus primeros profesores figuraron William H. Welch, que se formó en Berlín, y William Osler. En ella estudió Abraham Flexner quien en 1910 publicó un informe que se considera el comienzo de la enseñanza médica contemporánea en EE.UU.

Por el contrario, con excepción de Escocia y su Universidad de Edimburgo, seguidora de los esquemas renovadores de Leiden, los ingleses que deseaban adquirir una buena formación médica tuvieron que estudiar en Leiden en el siglo XVIII o en París en el siglo XIX. En 1827 se fundó la Universidad de Londres, pero funcionó como organismo examinador de los aspirantes que se habían formado en las escuelas vinculadas a hospitales. El informe del norteamericano Flexner influyó después en los cambios que habrían de venir.

Deficiencias en España

La situación en España vino marcada por la adquisición del modelo napoleónico y el modelo de Humboldt, pero con muchas deficiencias. Éstas han sido consecuencia de que el Estado, aún hoy, no ha asumido la universidad como una seria responsabilidad económica y administrativa. Incluso los planes más recientes se han desarrollado prácticamente sin coste. La falta de recursos humanos y materiales no ha hecho más que empeorar la situación.

La unificación del título se produjo en nuestro país de forma plena con el plan de 1843 y su reforma de 1845, aunque venía intentándose desde 1827. La enseñanza de la medicina dentro de un plan estatal y centralista

cristalizó con la ley Moyano de 1857 cuyas bases se han mantenido prácticamente vigentes hasta la actualidad. Hubo un pequeño paréntesis durante el sexenio revolucionario en el que se permitió crear "escuelas libres" y "escuelas provinciales de medicina". Desaparecieron con la restauración monárquica en 1875 excepto las que se convirtieron en facultades. La aportación francesa de la enseñanza práctica y su desarrollo en hospitales no se extendió en España de forma eficaz salvo alguna excepción. Las carencias económicas no permitieron crear institutos ni hospitales monográficos, ni la proliferación de profesionales dedicados en exclusiva a la docencia y la investigación. En algunas universidades se instalaron laboratorios y poco a poco fueron surgiendo nuevas asignaturas en los diferentes planes, pero la estructura seguía pivotando sobre la reforma Moyano. El modelo didáctico, además, se redujo casi siempre a la lección teórica, la memorización de manuales o apuntes y un aprendizaje clínico testimonial que ni siquiera merecía su evaluación.

Independientemente de cualquier situación o plan ha habido grupos o núcleos en los que la enseñanza de la medicina ha gozado de un buen nivel. Desde hace años se dice que la enseñanza de la medicina está en crisis pero no sólo en España, sino en todo el mundo. En nuestro país, además, las causas por las que las reformas francesa y alemana no se implantaron adecuadamente siguen vigentes y han llevado al fracaso a los últimos planes de estudio.

La aparición del fenómeno de la especialización unido a una serie de cambios políticos, económicos y sociales, desencadenó la necesidad de un posgrado. En 1977 se implantó el actual sistema de médicos y residentes (MIR) al que se accede tras la superación de un examen memorístico. Esta formación, al margen de las universidades, ha sido muy criticada.

Bibliografía

- Bernabeu Mestre, J.; Gascón Pérez, E., Historia de la Enfermería de salud pública en España (1860-1977), Alicante, Universidad, 1977.
- Bonner, T.N. Becoming a Physician: Medical Education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945, 2ª ed., Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2000.
- Danón, J. (Coordinador), La enseñanza de la medicina en la Universidad española. 2 vols, Barcelona, Fundación Uriach, 2001.
- Eserveri Chaverri, C., Historia de la enfermería española e hispanoamericana, 2ª ed., Madrid, Universitas, 1995.
- López Piñero, J.M.; Terrada, M.L., Introducción a la medicina. Barcelona, Crítica, 2000.
- Puschmann, T. A History of Medical Education from the most remote to the most recent times, Kessinger Publishing, LLC, 2007.
- Rozman, C. La enseñanza de la medicina, ¿debe cambiar de modelo? *Med Clin (Barc)* 1993; 100 Supl 1: 3-5.

DEL PASADO **al presente**

Del médico de cabecera a la Medicina de Familia en España



Sala de espera... (1870). V. Makovsky. Museo de la pintura rusa, San Petesburgo

Juan Riera Palmero

Departamento de Historia de la Ciencia
Universidad de Valladolid



A lo largo de la historia destaca el papel que el médico de familia ha tenido en el ejercicio de la profesión. La figura y perfil de estos facultativos coincide, a grandes rasgos, con los médicos de partido, surgidos en el siglo XVIII, que se transformaron en los médicos titulares del primer tercio del siglo pasado, más tarde llamados de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) y actualmente de Medicina Familiar y Comunitaria.

A lo largo del siglo XVIII tuvo lugar una creciente dignificación de la profesión médica en España. En anteriores etapas la asistencia médica contó con escasos graduados en Medicina, por lo que la atención al enfermo estuvo preferentemente en manos de cirujanos romancistas y, en otros casos, se recurrió a la medicina casera y a los remedios tradicionales de carácter popular.

El Setecientos y las reformas conducentes a la ordenación sanitaria empezaron a contar con un

mayor número de profesionales y mejor cualificados. A estas circunstancias debe sumarse las reformas quirúrgicas de la centuria y la equiparación en el reinado de Carlos IV de las profesiones médica y quirúrgica. El sistema sanitario del Antiguo Régimen mantuvo una clara diferencia profesional y competencial entre médicos, cirujanos y barberos, por lo que los médicos formaban un cuerpo con competencias claramente deslindadas del quehacer de cirujano. Todavía en fechas tan tardías como 1793, los médicos tenían prohibida la práctica de la cirugía, esta división acabará confluyendo a lo largo del periodo contemporáneo.

Los primeros médicos de atención primaria

Los primeros médicos de partido, similares en su ámbito competencial a los actuales médicos de familia y atención primaria, surgen en el Reinado de Carlos IV. Estos profesionales, la mayoría del ámbito rural, se rigen por el modelo de contrata de los vecindarios, con prestaciones recíprocas y con obligaciones específicas.

A lo largo del siglo XIX, estos antecedentes de la actual asistencia primera cristalizaron, en defensa de los intereses corporativos, en el nacimiento de las primeras asociaciones profesionales, superando los gremios tradicionales. Estas sociedades fueron el puente de transición entre los antiguos gremios y los colegios profesionales de finales del Ochocientos. El R.D. de 12 de Abril de 1898 se considera el punto de partida de los Colegios Profesionales de Médicos. En esta norma legal quedaba definida la clase médica en la que se incluían todos los profesionales que tuviesen el título de médico-cirujano, o cualquiera otro que legalmente estuviera habilitado para el ejercicio de la medicina o de la cirugía en toda su extensión.

El médico de cabecera, como se conocía al generalista en España, recuerda a los primeros médicos de partido del reinado de Carlos IV, que siguieron ejerciendo en el ámbito rural peninsular hasta fechas recientes. Eran los médicos de asistencia domiciliaria, que anticipan al actual médico de Familia y Atención Primaria. La situación de nuestros médicos de cabecera, sobre todo en el ámbito rural, fue difícil, cuando no dramática, durante el siglo XIX, lo que motivó el nacimiento de las asociaciones profesionales en defensa de

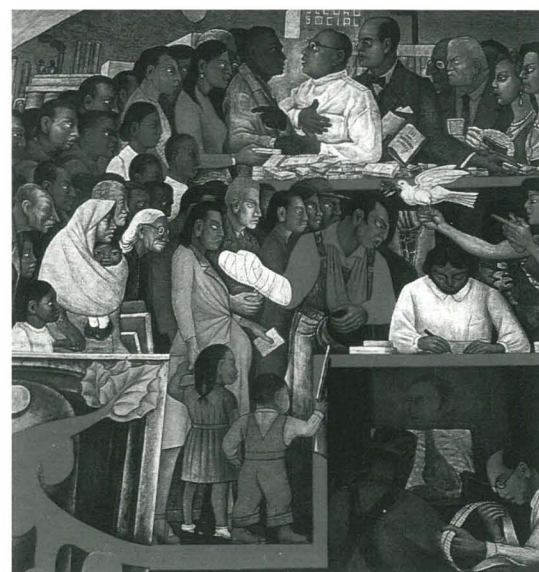
los intereses corporativos. La precariedad de estos médicos generales, afincados en la geografía española, fue denunciada de forma reiterada a lo

largo del periodismo ochocentista, especialmente en el *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*, en el segundo tercio del siglo

XIX, y a partir de 1854 en *El Siglo Médico*, sin duda el más firme valedor de nuestros médicos de cabecera en el ámbito rural. Durante toda la Restauración, incluso en fechas posteriores, siguió pendiente una solución al ejercicio en el ámbito familiar, incluso en los años de la Segunda República.

Dos hitos decisivos en las justas reivindicaciones de los médicos de partido fueron el Congreso de 1891 y la Asamblea de Médicos Titulares de 1917. El Congreso de 1891 fue el resultado del movimiento

El médico de cabecera recuerda a los primeros médicos de partido del reinado de Carlos IV



La medicina social. D. Rivera. México

Historia, medicina y ciencia en tiempos de la II República

mutualista y corporativo que se venía gestando desde los años centrales del Ochocientos. Recordemos algunas de estas organizaciones profesionales como el Instituto Médico Español (1840), la Confederación Médica Española (1847), y la Sociedad de Socorros Mutuos (1838) que contó hasta 1853, año de su disolución, con más de cuatro mil afiliados. Estas sociedades, nacidas para defender intereses profesionales, son el precedente de los Colegios de Médicos surgidos en 1898.

El ejercicio de la medicina general, sobre todo los médicos de cabecera, en la España decimonónica, estuvo condicionada por la existencia de los partidos médicos y el sistema de "iguales". Los "partidos" consistían en los contratos del vecindario, las "iguales", que aportaban los vecinos para la dotación

económica de la plaza de médico o cirujano. Este sistema de iguales ha persistido en España hasta los

primeros lustros de la segunda mitad del siglo XX. La precariedad, así como el caciquismo de los Alcaldes, fue denunciado reiteradamente en las páginas de El Siglo Médico. Algunos testimonios de primera mano son estremecedores, como el relatado por Luís Sánchez Granjel que, citando al vallisoletano Mateo Seoane y Sobral, refiere las penurias, abusos y dificultades de nuestros médicos de partido. Seoane, en 1819 refería que sólo en las capitales se podía



El doctor (1875). A. Milles, Maas Gallery, Londres

ejercer libremente la profesión. Seoane ejerció en Rueda (Valladolid), antes de su forzado exilio liberal a Londres en 1823. El médico, decía Seoane, estaba sometido al Alcalde y al Cacique, de forma que el facultativo percibía unos honorarios que en nada se correspondían con la servidumbre de sus tareas.

A fin de remediar estas penurias, se dictaron numerosas disposiciones legales que no alcanzaron a resolver el problema, desde la Ley de Sanidad de 1855, hasta los posteriores reglamentos de 1868, y 1873. La Asamblea de 1902 supuso el primer paso para la regulación. Carlos María Cortezo, desde la Dirección General de Sanidad, dictó la Instrucción de

1904 que regulaba los partidos, las condiciones y cometidos de estos médicos generales. En 1925, en los años de la Dictadura de Primo de Rivera, se promulgó el Reglamento de Sanidad que regulaba las competencias de estos médicos titulares.

Las movilizaciones republicanas

Durante los años de la Segunda República, los médicos titulares se movilaron con el objetivo de mejorar su situación, pero los resultados no fueron satisfactorios. Dos médicos miembros de las Cortes Constituyentes de 1931, Sánchez Covisa y César Juarros, intentaron sin éxito mejorar la sanidad municipal.

La Ley de Bases de Coordinación Sanitaria de 1934 consideró superada la concepción individualista de la medicina para imponer un criterio social, colectivo o de grupo, ideas que se recogerán en el Régimen nacido tras la Guerra Civil.

De nuevo en 1935 el Congreso celebrado en Zaragoza pretendió encontrar una respuesta legislativa, pero la Guerra Civil supuso un obligado paréntesis que fue nuevamente regulado en el sistema político nacido del conflicto bélico. La República dio modestos pasos legislativos como el *Reglamento de los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria* (1933), y la disposición normativa de 1934, "*Asociación del Cuerpo de Médicos Titulares*".

El médico era también el consejero, asesor y amigo que frecuentaba el ámbito familiar

DEL PASADO **al presente**

En el ámbito urbano las diferencias socio-económicas determinaron una distinta situación asistencial. Antonio Espina y Capo en sus *Memorias* describe al médico de cabecera con algunas referencias que pueden encontrarse también en las novelas de Felipe Trigo, en su relato autobiográfico *Médico rural*, y en la obra literaria del naturalismo español, desde Galdós y Clarín, hasta Palacio Valdés o Emilia Pardo Bazán. El médico de cabecera, recuerda Granjel, en sus estudios sobre la medicina ochocentista, celebraba en Madrid la consulta con la familia, escenificando con los parientes, amigos y paciente sus conocimientos clínicos, como si se tratase de una sesión académica. Menos formalista debió ser esta práctica de cabecera en el amplio y empobrecido ámbito rural español de la Restauración.

En la primera mitad del siglo XX, el médico atendía a la familia no sólo en los problemas de salud, sino en ámbitos más cercanos a los asuntos y decisiones personales. El médico de familia no sólo era médico, también era consejero, asesor y amigo que frecuentaba el ámbito familiar cuando era solicitada su presencia. En la actualidad, el médico de cabecera, menos cercano a la intimidad familiar dada su esfera más pública, constituye la base de todo el sistema sanitario y ocupa un lugar decisivo en la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria.

El nacimiento de la atención primaria

Los actuales médicos de familia y atención primaria, los antiguos médicos de cabecera, son profesionales que ejercen su trabajo en una clínica particular, hospital, clínica de emergencia, unidad o centro de salud que es el más cercano a una determinada población y, en muchos casos, es el único médico disponible para sus habitantes. En ocasiones tiene bajo su cargo el control sanitario y el cuidado, en el supuesto de enfermedad, de un grupo determinado de personas, área asistencial, o se halla destinado en un Centro de Salud. La actividad y cometido de estos profesionales se dirige en tres sentidos principalmente: la promoción de la salud, la identificación de riesgos y posibles daños sanitarios y, en última instancia, la atención médica en el supuesto de enfermedad. En los últimos años el papel del médico de cabecera ha empezado a asumir también los avances de la medicina paliativa.

El desarrollo de la medicina de familia en España ha dado un salto cualitativo y cuantitativo sin precedentes en el último cuarto del siglo XX. En la actualidad

es un campo prioritario de la Medicina Española. El eje de la medicina de familia gira en torno a las tres dimensiones antes citadas, su desarrollo se ha debido a la ampliación del ámbito de sus competencias, y a su inclusión cada vez más demandada en la docencia de pregrado y posgrado de la Enseñanza de la Medicina, así como a la creciente importancia de la dimensión investigadora en el ámbito de la Medicina de familia. Estas notas anteriores se sustentan en la amplia base sociológica, dado que los médicos de familia son el



Vacunación de niños (1898). V. Borrás. Museo del Prado, Madrid

colectivo mas nutrido de la profesión: una tercera parte de los médicos que ejercen en España. Asimismo, el 90% de los problemas asistenciales se resuelven a nivel de Atención Primaria y no podemos olvidar que la medicina de atención primaria y de familia aporta una visión global e integradora de la salud y enfermedad tanto a nivel familiar como en la esfera comunitaria

Del médico de cabecera a la Medicina de Familia en España



Ciencia y caridad (1897). P.R. Picasso. Museo Picasso, Barcelona

Estas razones explican la creciente revalorización que estos profesionales han alcanzado en nuestro país. Buena prueba de ello ha sido el nacimiento de sociedades científicas de medicina familiar de ámbito nacional y autonómico, la organización de congresos y el nacimiento de un vigoroso periodismo dedicado a la medicina de familia y atención primaria. Entre las publicaciones periódicas la titulada *Atención Primaria* está dedicada a la difusión de trabajos de investigación en su ámbito de la atención de salud, y es el órgano de expresión oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Desde el año 2000, la semFYC viene manteniendo estrechas relaciones con organizaciones extranjeras interesadas en la Medicina de Familia como la WONCA, o la CIMF, y sociedades como el *Royal Collage of General Practitioners*, y la *Associação Portuguesa dos Medicos de Clinica Gral*.

El marco legal

Los legisladores, conscientes de la relevancia social, asistencial, docente y científica de la medicina familiar y comunitaria, han regulado de forma cada

vez más precisa, el contenido competencial de esta figura profesional. Las novedades más importantes se han producido desde los años de la transición democrática española hasta nuestros días. En este sentido el R.D. de 28 de Diciembre de 1978, regulaba el sistema de formación de los médicos de medicina familiar y comunitaria, exigiendo cinco años de ejercicio en asistencia primaria y un cursillo de perfeccionamiento ante la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Desde 1984 (R. D. de 11 de Enero) pasó a exigirse la formación de la naciente especialidad en medio hospitalario. Mediante la Ley de 25 de Abril de 1985 se reconoció la Atención Primaria como primer nivel asistencial, concediéndole un papel fundamental en el ejercicio de la profesión en el ámbito individual y colectivo. La creación de la especialidad determinó la regulación de la formación mediante R.D. de Junio de 1995, y de otras disposiciones como el R.D. 1998, que clarificó la Sentencia del Tribunal Supremo de 17 de Septiembre de 2002.

En el ámbito social y profesional han surgido sociedades científicas, publicaciones, revistas especializadas y se asiste en los últimos decenios a una creciente toma de posiciones a favor de un mayor reconocimiento de la medicina de familia. En 1973 surge la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, en cuyo Primer Congreso de 1974 se reclama la formación como especialidad. En 1977 pasó a llamarse Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN).

En el siglo XIX, el médico estaba sometido al Alcalde y al Cacique

En la Declaración de Zaragoza en 2003, suscrita por los Decanos de Medicina, y la semFYC, se proponen medidas y principios para la integración de la Medicina de Familia en los planes

docentes de la Licenciatura de Medicina. La celebración de Congresos y reuniones avalan la pujanza de esta rama del quehacer profesional. En 2007 se celebra en Oviedo el XVIII Congreso sobre actualización, y en Valladolid en este mismo año en curso, se ha convocado el XXVII Congreso de la semFYC.

En 1982 surgió la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), fruto del movimiento asambleario de la coordinadora de Médicos

residentes de Medicina de Familia y Comunitaria que venía funcionando desde 1979. En este año se inició la formación de la primera promoción de Médicos Residentes de la especialidad. En Diciembre de 1983 se celebró el Primer Congreso nacional de la semFYC y, entre 1984 y 1987, se constituyen numerosas sociedades de ámbito autonómico.

Con los años, las asociaciones de ámbito nacional, la de Médicos de Atención Primaria y la de Médicos de Familia, acabaron fusionándose en el decenio final del siglo XX. En 1990 se llegó a un acuerdo que zanjaba las tensiones e intereses enfrentados. El R.D. 1753/1998 reunió, en un mismo colectivo a todos los interesados que trabajaban en este ámbito profesional.

Los primeros años del siglo XXI serán decisivos en orden a la mayor expansión, si cabe, de la Medicina de Familia, tanto en el pregrado y postgrado en el plano docente, científico y profesional. Estos facultativos de Medicina Familiar y Comunitaria, forman el primer eslabón en el sistema

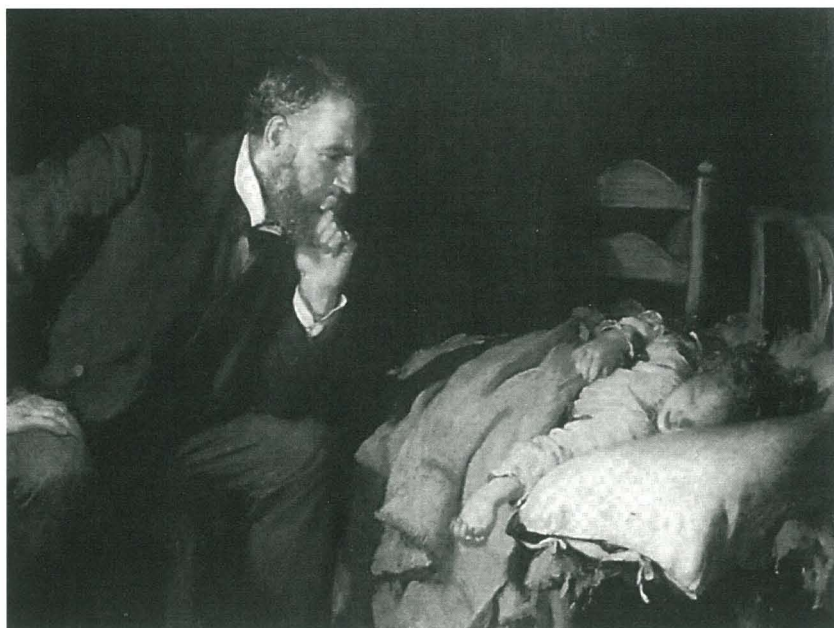
El desarrollo de la medicina de familia en España ha dado un salto cualitativo y cuantitativo sin precedentes en el último cuarto del siglo XX

sanitario, su función se define como el médico que atiende los problemas de salud de toda la población, en el ámbito individual, familiar, o en el

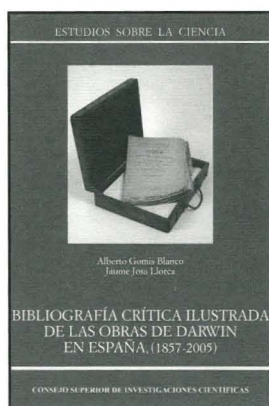
seno de una comunidad, y asume estas funciones tanto a lo largo de todo el proceso morboso como de toda la vida del grupo humano al que atiende.

Bibliografía

- Albarracín Teulón, A. La asistencia médica rural en la España del siglo XIX. *Asclepio*, 1969 (pp 35-42).
- Barona Vilar, J.L. Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945). Valencia, Universidad, 2005.
- Chavida García, F. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. (26-06-07) en www.semes-cv.org/documentos/doc/homenajer/semergen.doc.
- Galán Rodríguez, J. et al. Historia del Cuerpo Nacional de Médicos Titulares. Ávila, Colegio Oficial de Médicos, 1972.
- González, F. El médico de familia en el arte. Madrid, Ars Medica, 2005.
- Sánchez Granjel, L. El ejercicio médico. Salamanca, Universidad, 1974.
- Sánchez Granjel, L. Medicina Española Contemporánea. Salamanca, Universidad, 1896.
- Huertas, R. Política Sanitaria. De la Dictadura a la Segunda república. *Rev. Esp. Sal. Pub.* 2000 (74).
- Ortiz Manchado, O. Medicina General en la Atención Primaria. Valladolid, Junta de Castilla y León, 1991.
- Riera Palmero, J et al. Ejercicio profesional y medicina española contemporánea. Valladolid, Universidad, 2002.



El doctor (1891). Sir L. Fildes. Tate Gallery, Londres



Alberto Gomis, Jaume Josa

BIBLIOGRAFÍA CRÍTICA ILUSTRADA DE LAS OBRAS DE DARWIN EN ESPAÑA, (1857-2005)

Consejo Superior de Investigaciones
Científicas, 2007, 434 págs.
ISBN: 978-84-0008-517-9

Por Álvaro Girón

En esta *Bibliografía crítica ilustrada de las obras de Darwin en España, (1857-2005)*, Alberto Gomis, Director del Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales de la Universidad de Alcalá de Henares, y Jaume Josa,

biólogo e investigador del Departamento de Historia de la Ciencia de la Institución Milá y Fontanals-CSIC, ofrecen un estudio crítico-bibliográfico exhaustivo de obligada consulta sobre la materia. Una obra de cuya necesidad no cabe dudar. De hecho, eran muchos los investigadores que, habiendo faenado durante largo tiempo en las aguas del darwinismo en España, han tenido en ocasiones la sensación de haber navegado por ellas entre penumbras. La *Bibliografía* de Gomis y Josa se convierte así en una imprescindible "carta náutica", un paso previo necesario que, sin duda, servirá de estímulo para nuevos estudios del impacto de la obra de Darwin y el darwinismo en España, cimentados, a partir de este momento, en una base erudita de enorme rigor.

La *Bibliografía* de Gomis y Josa sólo puede ser entendida si se tiene en cuenta que los autores son destacados especialistas en la Historia de la Biología y apasionados bibliófilos. En cierta forma, este libro representa el resultado de un largo proceso de decantación de dos biografías marcadas por el amor al libro y a la ciencia. Alberto Gomis procede de una familia de libreros de viejo y la propia orientación que ha dado a su profesión refleja de

una manera u otra ese hecho fundacional. Jaume Josa, director durante años del Servicio de Publicaciones del CSIC, es un gran conocedor del mundo editorial. Ambos poseen una importantísima biblioteca privada sobre Darwin y el darwinismo. Ese sustrato biográfico hacía a los autores especialmente aptos para el desafío. No sólo por su profundo conocimiento de los mecanismos internos de la labor editorial, sino por su capacidad de generar una extensa tela de araña entre libreros, bibliotecarios, archiveros, profesionales de la Historia de la Ciencia, o simples aficionados a los libros raros y viejos. De manera análoga a como Darwin consiguió crear desde Down House una red mundial de informantes a través de la correspondencia, los autores han obtenido un gran caudal de información gracias al correo ordinario y electrónico, el teléfono, el fax o el contacto cara a cara. Una obra del calado de la reseñada, en que se descubren extensas áreas ignotas sobre la edición de Darwin en España, sólo se puede entender a partir de este hecho.

Como se sabe, el estudio de las ediciones de la obra de Darwin, había suscitado desde hace décadas la

atención de algunos autores. Tal es el caso de R.B. Freeman con su conocido trabajo *The Works of Charles Darwin: an annotated bibliographical handlist*, donde se hacía un estudio general sobre la edición bibliográfica de Darwin en todo el mundo, o los trabajos de Paolo Coccia en el caso italiano o de Ana Leonor Pereira en el portugués. En España, sin embargo, es patente la ausencia de un trabajo de tal calado. Es de justicia mencionar aquí que los pioneros trabajos de Diego Núñez y Thomas Glick -en muchos aspectos no superados- contribuyeron en su momento, no sólo a delinear cuáles eran los grandes temas del debate sobre el darwinismo en España en las últimas décadas del XIX, sino también a desbrozar el intrincado mundo de la producción editorial española relacionada con la obra de Darwin. No es menos cierto que una segunda oleada de investigadores, entre los que cabe destacar Miguel Ángel Puig-Samper, Francisco Pelayo, José Sala Catalá, Xosé A. Fraga, y los propios Alberto Gomis y Jaume Josa, han profundizado en el estudio del impacto del darwinismo en España en los últimos treinta años. Pero es esa misma labor colectiva la que ha hecho aún más patente la necesidad de un trabajo bibliográfico específico y exhaustivo de la edición de la obra de Darwin en España, que vaya de los en su momento extremadamente útiles listados de obras aparecidos en revistas como *Anthropos* y *Mundo Científico*. Existía, pues, una amplia zona de sombra, una patente laguna historiográfica que se intenta sustanciar -y se sustancia de manera admirable- en esta *Bibliografía crítica ilustrada de las obras de Darwin en España (1872-1905)*, donde tienen cabida, al decir de los

Los autores han profundizado en el estudio del impacto del darwinismo en España en los últimos treinta años

autores, todas las ediciones de las obras de Charles Darwin publicadas en España en cualquier lengua que se haya utilizado, con objeto de ser distribuidas en cualquier país del mundo.

La historia del libro científico

Una lectura detenida de la *Bibliografía* revela no sólo un conocimiento profundo de la historiografía española sobre Darwin y el darwinismo, sino que esos sólidos fundamentos se extienden a la literatura internacional sobre la materia, cosa nada sorprendente al encontrarnos con dos autores que han aportado sólidas contribuciones al *Dictionnaire du Darwinisme et de l'évolution*. Tal circunstancia no sólo fortalece decisivamente el aparato crítico, sino que en ocasiones permite a los autores detectar auténticas felonías editoriales. Tal es el caso, por ejemplo, de uno de los libros incluidos en ella, *Teoría de la evolución*, en que toma como base, sin indicarlo, una selección de textos de Darwin -*Théorie de l'évolution*- que en su momento hizo la conocida historiadora Yvette Conry, eso sí, con amputaciones de todo tipo en la desafortunada versión castellana.

Por otro lado, dicha monografía no es sólo útil para el estudioso del impacto del darwinismo en España, sino también para el investigador interesado en la emergente subdisciplina de la Historia del libro científico. Debe tenerse en cuenta, como dice Roger Chartier, que los lectores nunca se confrontan con textos abstractos, sino que manipulan objetos impresos: las formas particulares en que se difunden determinados

conocimientos científicos producen sentido. Ello otorga, según ese mismo autor, un lugar central en los campos de la Historia Cultural a los conocimientos eruditos más clásicos -estudios bibliográficos incluidos- porque permiten una descripción de

forma rigurosa de los dispositivos formales a través de los cuáles los textos llegan a sus lectores.

El libro de Alberto Gomis y Jaume

Josa, desde este punto de vista, entronca plenamente con una magnífica tradición de estudios bibliográficos en España, en que los nombres de Francisco Aguilar Piñal, José Simón Díaz o Antonio Palau Dulcet brillan con luz propia. La atención minuciosa al detalle de la obra reseñada, así, no sólo es ejemplar desde los criterios tradicionales de la crítica erudita, sino que resulta especialmente útil para aquellos historiadores que quieren ir más allá del análisis de texto en el estudio de la difusión de los conocimientos científicos. Téngase en cuenta, desde este punto de vista, que el libro contiene no sólo un índice de editoriales, sino

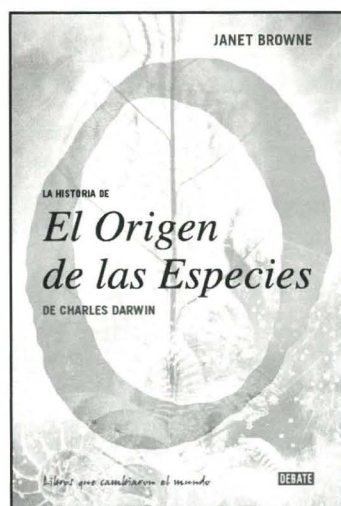
La monografía es útil para el investigador interesado en la emergente subdisciplina de la Historia del libro científico

también, de manera más extensa, un índice biográfico de prologuistas y traductores, editores, ilustradores, etc. de las obras de Darwin publicadas en España. El hecho de que estemos hablando de una bibliografía ilustrada

adquiere, además, un significado adicional que no debe quedar inadvertido, más allá de la explícita intención de los autores de crear una obra bella: en un

momento en que el libro parece estar siendo sustituido por textos en pantalla, las ilustraciones se hacen aún más necesarias. Como me comentó personalmente James R. Moore, uno de los grandes nombres de la historiografía darwinista, la bibliografía reseñada ofrece así al lector, la sensación de tener entre manos, casi de manera física, el *corpus* de la obra de Darwin en España. Mucho se debe al magnífico trabajo de Pablo Linés Viñuales, responsable de la mayor parte de las fotografías aparecidas en el libro. Una indicación, entre otras muchas -tipo de letra, maquetación, portada, calidad de la tinta, selección del papel, etc.- de que nos

encontramos ante una primorosa labor editorial. Se trata de un libro que, tanto por su contenido como su presentación, da especial prestancia a la colección dirigida por José Luís Peset, *Estudios sobre la Ciencia*. Una muestra más de la extraordinaria labor que en el terreno de la Historia de la Ciencia viene haciendo el Director del Departamento de Publicaciones del CSIC, Miguel Ángel Puig-Samper.



Janet Browne

LA HISTORIA DE EL ORIGEN DE LAS ESPECIES DE CHARLES DARWIN

Debate Editorial, 2007, 192 págs.
ISBN 978-84-8306-701-7

Por José M. Mato

Dice Richard Dawkins, en *The Selfish Gene* (1976), que si visitaran la Tierra criaturas superiores, la primera pregunta que se formularían, para averiguar el

nivel de nuestra civilización, es si habíamos descubierto ya la evolución. Dos naturalistas, Charles Darwin y Alfred Wallace, descubrieron la evolución de manera simultánea e independiente, y sus trabajos fueron presentados conjuntamente el 1 de Julio de 1858, en la *Linnean Society* de Londres, por los amigos de Darwin, el geólogo Charles Lyell y el botánico Joseph Hooker. Ese mismo año, los estudios de Darwin y Wallace se publicaron en el *Journal*

of the Linnean Society y un año después, el 24 de noviembre de 1859, vio la luz el famoso libro de Darwin *El Origen de las Especies*. Su publicación fue, sin duda, un acontecimiento editorial que modificó para siempre la manera de pensar sobre por qué existimos. Entre los méritos de *El Origen de las Especies* (su título completo es *On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life*), destaca el de ser

perfectamente asequible para el no especialista y que 150 años después continúa atrayendo a los lectores modernos. El año 2008 debería ser, por consiguiente, el año del descubrimiento de la evolución, y 2009 el año de Darwin (que por casualidad coincide con el 200 aniversario de su nacimiento), y celebrar, así, durante dos años consecutivos, el 150 aniversario de una transformación extraordinaria en el pensamiento científico.

El año 2008 debería ser el año del descubrimiento de la evolución, y 2009 el año de Darwin

El centenario de la publicación de *El Origen de las Especies* fue un gran motivo de celebración y recuperación de la obra de Darwin. ¿Cómo nos encontramos cuando nos hayamos a las puertas de celebrar el aniversario del descubrimiento de la evolución? Si introducimos en el buscador Google la frase, "*Charles Darwin new release books*", nos encontramos con aproximadamente un millón y medio de resultados, y si cambiamos por, *Alfred*

Wallace new release books, el número de resultados es aproximadamente de medio millón. Estos datos ponen de manifiesto que, 150 años después, el legado de los descubridores de la evolución sigue siendo de gran actualidad. De entre todos los desarrollos recientes que se han producido alrededor de la obra de Darwin, el más llamativo, por inesperado, es el resurgir de la literatura creacionista, y la proliferación en Occidente de un amplio número de teologías antidarwinianas. Así, si buscamos ahora en Google con la frase *Creationism new release books* nos encontramos con más de veintidós millones de resultados.

Aunque la teoría de la evolución no plantea en la actualidad más dudas que la teoría de que la tierra gira alrededor del sol, los occidentales hemos entrado en el nuevo siglo y milenio tan enfrentados como hace 150 años

Después de 150 años, muchos siguen defendiendo que una creencia religiosa es una verdad real

acerca de las implicaciones de un origen natural de las especies. Es decir, que si esas criaturas superiores a las que se refería Dawkins se preguntasen, para conocer más sobre el nivel de nuestra civilización, si una vez descubierta la evolución la humanidad había abandonado las ideas creacionistas previas, descubrirían que, 150 años después, muchos siguen defendiendo que una creencia religiosa es una verdad real.

Es importante seguir dando a conocer al conjunto de la sociedad la teoría de la evolución. De entre los libros publicados en los últimos años sobre Darwin con este objetivo destaca, en mi opinión, el de Janet Browne, licenciada en biología, historiadora de la ciencia, editora de la correspondencia de Darwin y, en la actualidad, profesora de la Universidad de Harvard; un espléndido libro (su título original es *Darwin's Origin of Species*) en el que, en menos de 200

páginas, de forma lúcida relata la historia de Darwin, la teoría de la evolución, la publicación de su libro y la controversia que suscitó a la vez que analiza su legado.

La Fundación de Ciencias de la Salud finaliza el año con varios encuentros enmarcados en la Semana de la Ciencia y distintas iniciativas que consolidan su dedicación a la formación de los profesionales sanitarios.

CLAVES

Jornada sobre imagen molecular. 5 de noviembre, Residencia de Estudiantes, a las 9:30h

*La percepción de lo real (ciclo *En tierra de nadie: conversaciones sobre ciencias y letras*). 12 de noviembre, en la Residencia de Estudiantes, a las 19:30h*

*Jornada sobre *Clostridium Difficile*. 27 de noviembre, en la Residencia de Estudiantes, a las 9:00h*

*Vivir con... Osteoporosis (ciclo *Vivir con...*). En diciembre, sede por determinar*

JORNADAS Y CONFERENCIAS

Jornada sobre Imagen Molecular

Coincidiendo con la Semana de la Ciencia, el objetivo de esta jornada es ofrecer una visión de los avances en imagen molecular aplicados al diagnóstico, desde los puntos de vista científico, técnico y económico. La jornada se organiza en dos mesas: en la primera se tratarán los temas de la producción de radiofármacos y las técnicas que se utilizan en el diagnóstico pre-clínico y participan Bengt Langstrom, de la Universidad de Uppsala; Ana Catafau, directora del Centro de Imagen en Psiquiatría de GlaxoSmithKline; Peter Morris, de la Universidad de Nottingham; y Kevin Brindle de la Universidad de Cambridge. La segunda será una mesa redonda sobre estos temas y participarán Manuel Desco del Hospital Gregorio Marañón, Carles Arús de la Universidad Autónoma de Barcelona, Iván Peñuelas, de la Clínica Universitaria de Navarra e Ignasi Carrió, Hospital Santa Creu y Sant Pau. Moderan, Emilio Díez, director del Centro de Investigación Básica de GlaxoSmithKline y Patrono de la Fundación de Ciencias de la Salud y Manuel Martín Lomas, director del CIC biomaGUNE. Bajo la dirección de D. José M. Mato, Patrono de la Fundación y Director General del CIC bioGUNE y CIC biomaGUNE, y con la clausura de D. Carlos Martínez A., presidente del CSIC.

La jornada se organiza en colaboración con el CIC-biomaGUNE y el British Council.

Fecha y lugar: 5 de noviembre, Auditorio de la Residencia de Estudiantes, c/ Pinar 21-23, a las 09:30 h.

En tierra de nadie, conversaciones sobre ciencias y letras

También en el marco de la Semana de la Ciencia se celebra la conferencia **La percepción del lo real**, del ciclo *En tierra de nadie*, iniciativa conjunta con la Residencia de Estudiantes que pretende reunir los puntos de vista "las ciencias" y "las letras" en torno a un tema de interés común. Participan como ponentes Enrique Baca, Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Clínica Puerta de Hierro y Enrique Vila-Matas, escritor. La moderación corre a cargo de D. Alberto Galindo, Presidente de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales y miembro del Consejo Asesor de la Fundación.

Fecha y lugar: 12 de noviembre en la Residencia de Estudiantes, a las 19:30 h.

Jornada Científica *Clostridium difficile*: un Patógeno Emergente

Recientemente se ha producido un aumento tanto en la incidencia como en la gravedad de casos de diarrea asociados a *Clostridium difficile* (DACD). Se presupone que este fenómeno puede atribuirse a la aparición de cepas hipervirulentas de *C. difficile* que producen altos niveles de toxinas A y B, así como a la presencia de una tercera toxina conocida como "toxina binaria". En esta jornada se revisará la epidemiología (situación nacional e internacional) y la actualización de las pruebas diagnósticas, los tratamientos médico-quirúrgicos disponibles y las medidas para su prevención. Está dirigida a investigadores, microbiólogos, gastroenterólogos, cirujanos, intensivistas y todos aquellos profesionales implicados en el tratamiento de un patógeno cuya incidencia y virulencia está en aumento.

Coordina la jornada D. Emilio Bouza. Jefe del Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y patrono de la Fundación de Ciencias de la Salud.

Fecha y lugar: Madrid 27 de noviembre, a las 09:00 en el Auditorio de la Residencia de Estudiantes

Vivir con Osteoporosis

La osteoporosis es una disminución de la masa ósea y de su resistencia mecánica que ocasiona susceptibilidad para las fracturas. Es la principal causa de fracturas óseas en mujeres después de la menopausia -y ancianos en general- y afecta a una mujer de cada cinco mayor de 45 años y a cuatro de cada diez entre las que sobrepasan los 75. La osteoporosis será el tema de esta nueva edición en el ciclo *Vivir con...*, en la que distintos expertos desgranarán sus causas, lo que sabe la ciencia básica y sus posibles tratamientos. La visión se completa con la experiencia personal de un afectado que da testimonio de su vivencia con dicho problema, en este caso una representante de AECOS (Asociación Española Contra la Osteoporosis).

El ciclo está dirigido por D. José M. Mato, patrono de la Fundación de Ciencias de la Salud.

Fecha y lugar: Madrid, en diciembre, sede por determinar

FORMACIÓN

Innovación en Atención Primaria 2007

Noviembre es la fecha del cuarto y último seminario sobre *Innovación en Atención Primaria 2007* para este año. Se trata de una iniciativa conjunta con la Fundación para la Formación de la OMC iniciada en 2005 y que este año ha estado dedicado a *La organización de los servicios en Atención Primaria*.

Cuarto seminario, mes de noviembre

Cambios en la organización y demanda derivada en atención primaria

Ponente: Luis M. García Olmos. Especialista en MFyC. Coordinador de Docencia del Área 2, Madrid. Presidente de la REAP

Contrapuntos: Juan Simó, especialista en MFyC, Centro de Salud Altavix (Elche); y Salvador Peiró, especialista en MFyC, de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.

Todo profesional que quiera participar puede hacerlo de manera virtual a través de las páginas web: www.fcs.es

Curso de introducción a la Bioética en la Práctica Clínica

Curso organizado por la Fundación de Ciencias de la Salud y la Agencia Laín Entralgo dirigido a profesionales de medicina, enfermería y farmacia del IMSALUD de Madrid, con un máximo de 20 participantes. Su objetivo es desarrollar una base de conocimientos teóricos y habilidades que permitan detectar y abordar los conflictos éticos del trabajo diario, con el fin de mejorar la calidad asistencial. Solicitada acreditación.

Dirigido por: D. Diego Gracia, Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud.

Fecha y lugar: 4, 5, 10 y 11 de febrero 2008, sede de la Agencia Laín Entralgo

Para más información
www.fcs.es



La Fundación de Ciencias de La Salud no se identifica necesariamente ni se hace responsable de las opiniones que los autores puedan expresar en sus artículos. Reservados todos los derechos. Quedan rigurosamente prohibidos, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las Leyes la reproducción total o parcial de los contenidos de esta publicación por cualquier otro medio o procedimiento.



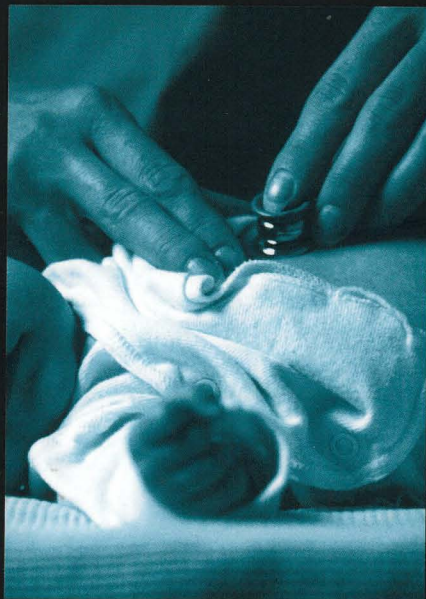
eidon se propone alcanzar los
más altos niveles de objetividad y
equilibrio científico en sus
contenidos.

eidon es una publicación
pensada para contribuir a mejorar
el conocimiento y la opinión de la
sociedad, en el ámbito de las
ciencias de la salud.

La publicación de este número ha
sido posible gracias a la
colaboración de GlaxoSmithKline.

www.fcs.es

eidon



www.fcs.es

número
25

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD