

DISCURSOS

PRONUNCIADOS EN EL ACTO DE
INVESTIDURA DE DOCTOR "HONORIS CAUSA"
DEL PROFESOR

CIRIL ROZMAN

UNIVERSIDAD DE GRANADA
MCMXCVIII

CURSOS
Nº 10

0
1
2
3
4
5
6
DISCURSOS

8 PRONUNCIADOS EN EL ACTO DE
9 INVESTIDURA DE DOCTOR "HONORIS CAUSA"
10 DEL PROFESOR

11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
CIRIL ROZMAN

UNIVERSIDAD DE GRANADA
MCMXCVIII

DISCURSOS

PRONUNCIADOS EN EL ACTO DE
INVESTIDURA DE DOCTOR "HONORIS CAUSA"
DEL PROFESOR

CIRIL ROZMAN

UNIVERSIDAD DE GRANADA
MCMXCVIII

DISCURSO DE PRESENTACIÓN EN EL ACTO DE
INVESTIDURA COMO DOCTOR HONORIS CAUSA
DEL PROF. CIRIL ROZMAN, QUE PRONUNCIA EL
PROF. JOSÉ RICO IRLES, CATEDRÁTICO DE MEDICINA
INTERNA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

© UNIVERSIDAD DE GRANADA

DISCURSOS ACTO INVESTIDURA DOCTOR "HONORIS CAUSA".

Edita: Universidad de Granada

Printed in Spain

Impreso en España

Excmo. Sr Rector Magnífico
Excmas. Autoridades académicas
Compañeros de esta Comunidad Universitaria
Sras. y Sres.:

A petición del Sr Rector y de mis compañeros de Departamento me corresponde hacer la presentación y "laudatio" del Prof. Ciril Rozman Bostnar, Catedrático de Medicina Interna y Hematología de la Universidad de Barcelona.

Quisiera exponer ante todo porqué surgió la idea de proponer al Prof. Rozman como Dr. Honoris Causa por nuestra Universidad. Muy sencillo: conocí al Prof. Rozman en unas oposiciones a cátedra, las primeras a las que nos presentamos, allá por 1964. Yo fui eliminado en el 2º ejercicio y él en el 4º si mal no recuerdo. Pero sin embargo, siempre recordaré su primer ejercicio, aquel que se llamaba el "autobombo". Con una fuerza y un coraje contenidos contó su vida. Era natural de Liubliana (Eslovenia), hijo de familia artesana (su padre era sastre), y fue uno de los muchos millones de personas que sufrieron las vicisitudes de la segunda guerra mundial. Así, arrojado de su hogar por los vaivenes de la guerra, en el puerto de Trieste, se encontró un día ante la disyuntiva de coger un barco que le llevara a otra parte del mundo. Y eligió España. Y desembarcó en Barcelona, donde, joven licenciado en Medicina, fue acogido con cariño por el gran patriarca

de la Medicina Interna de Cataluña y de España D. Agustín Pedro Pons. Allí, junto a él pasó los primeros años de postgraduado y por mor de la casualidad (hubo de guardar reposo de una grave enfermedad) aprovechó su convalecencia para asomarse por vez primera al microscopio (me figuro que monocular). Allí nació su vocación e inclinación por la Hematología, que junto con la Medicina Interna ha sido el campo de sus desvelos.

Hasta aquí lo que recuerdo de aquel primer ejercicio.

Años después, cuando obtuve la plaza de Prof. Agregado en Salamanca, llegué a la Clínica por donde él había pasado. Se conservaba un recuerdo entrañable. Introdujo la laparoscopia en el Hospital Clínico y sus estudios en Hematología dejaron huella imborrable. Allí conocí también a los Profesores Antonio López Borrasca y a Agustín Ríos, que le adoraban.

Por último, hace poco tiempo, un buen día leí en la prensa que se le había otorgado el premio Jaime Primero (Jaume Primer) por la Conselleria de Sanidad de Valencia. Me alegré enormemente. Ya había leído tantas y tantas cosas de su trabajo habitual. Y por eso me alegré. Y pensé que era hora de que una Universidad Española hiciera Doctor H.C. a una persona tan singular.

Y hago una sucinta exposición de sus méritos científicos.

¿Por dónde empiezo?

Porque el Prof. Rozman es conocido como Internista en toda España tanto a nivel de profesionales como de estudiantes, a través de su libro, el "Farreras-Rozman" (lo de Farreras como homenaje a su hermano mayor en la Medicina y extraordinaria persona y Hematólogo, Pedro Farreras Valentí). El citado libro ha sido objeto de 13 ediciones (la última en 1995) y es el primero que ha incorporado el CD-ROM en lengua española.

Y como Hematólogo su fama es conocida en todo el mundo. Baste citar que es uno de los expertos mundiales en leucemia linfática crónica, habiendo publicado su experiencia, entre otras, en el "Annals of Internal Medicine", en "Blood" y en el "New England Journal of Medicine", las revistas más famosas y con mayor índice de impacto en el mundo médico. Realizó en España, en 1976, el primer trasplante de médula ósea alogénico, tras haberlo aprendido del Prof. Thomas de EEUU, Premio Nobel de Medicina en 1990, habiendo efectuado en la actualidad más de 1.000 trasplantes. Ha contribuido a la creación del Registro Español de Donantes de Médula Ósea; así como a la creación de la "Fundación José Carreras" para la lucha contra la leucemia, etc, etc, etc. Para los no médicos, el trasplante de médula ósea ha supuesto un triunfo memorable de la Medicina en la lucha contra la leucemia. Desde su inicio se puede decir que la leucemia se puede curar. Y también otras enfermedades como la aplasia medular, la talasemia mayor, etc.

Para envidia de muchos docentes: su índice de impacto en las publicaciones realizadas hasta la fecha supera los 1.000 puntos. Y resumiendo sus méritos, prescindiendo de otros pormenores, en reconocimiento a su trabajo enorme, ha recibido el Premio Rey Jaime Primero de Medicina en 1995 por su labor en el terreno de la Inmunología y trasplantes; el mismo año recibió la "Encomienda de Alfonso el Sabio" del Ministerio de Educación y Ciencia. En 1996 fue nombrado por su tierra natal, Eslovenia, Embajador de la República de Eslovenia para las Ciencias.

La tierra que le acogió, Cataluña, también ha sido generosa con él, a pesar de recelos iniciales. Así, la Medalla "Narcís Monturiol" (1986), la "Creu de Sant Jordi" (1989), y recientemente la medalla "Josep Trueta" (1998).

Una gran figura. Naturalmente que detrás de ese gran hombre hay una gran mujer, siempre discreta, siempre en la penumbra.

Pero los diablillos de la información me han hecho saber que ella es natural de Linares (miren por donde sale el vínculo con Andalucía), médico y adaptada, como otros tantos y tantos andaluces a la vida de Cataluña. Para ella también nuestro reconocimiento. Con sus siete hijos y con el trabajo desbordante de su marido, ha mostrado en todo momento estar a la altura de lo que la vida le ha pedido.

Así, a grandes rasgos es la persona que hemos propuesto como Dr. HC por nuestra Universidad. Sus discípulos, repartidos por toda España y por supuesto por Granada, estarán contentos hoy por el honor que esta Universidad rinde hoy a su maestro.

Nosotros, en este momento de alegría, nos sentimos volver a aquellos años 60 en los que cargados de ilusión iniciábamos nuestro camino en la Universidad y en la Investigación y que ya en el otoño de nuestras vidas es sometido a juicio inexorable.

Esta es la persona que proponemos a la Comunidad Universitaria de Granada como Doctor Honoris Causa.

Gracias por acceder a nuestra petición.

He dicho.

DISCURSO PRONUNCIADO EN EL ACTO DE
INVESTIDURA DE DOCTOR "HONORIS CAUSA"
POR EL PROFESOR CIRIL ROZMAN DE LA
UNIVERSIDAD DE BARCELONA

MEDICINA INTERNA EN EL SIGLO XXI

Excelentísimo y Magnífico Señor Rector
Ilustrísimos Miembros del Claustro de Universidad
Queridos alumnos
Señoras y Señores

En estos momentos me embarga un sentimiento de profunda emoción, pues se cumple unos de mis grandes sueños. Desde muy joven aprendí y comprendí que las dos ciudades más emblemáticas de España son Granada y Salamanca, por lo mucho que han significado y significan en sentido histórico, cultural y académico en el mundo entero. Con el acto de hoy consigo mi personal vinculación con los claustros universitarios de ambas ciudades. Hace más de 30 años empecé mi periplo universitario oficial como Catedrático de la Universidad de Salamanca. Hoy tengo el extraordinario privilegio de vincularme de modo honorífico a la Universidad de Granada. Deseo expresar mi profundo agradecimiento a todos los componentes de esta venerable institución por su generosidad con mi persona. Y debo destacar en este capítulo a mi querido amigo, prof. José Rico Irlles quien junto a la iniciativa de esta distinción ha tenido la gran amabilidad de presentarme en esta solemne ceremonia.

Para una ocasión tan especial me ha parecido oportuno, más que discutir un tema estrictamente científico, exponer algunas reflexio-

nes personales sobre una materia que es objeto de numerosos debates: Medicina Interna en el siglo XXI. Tras analizar brevemente lo que fue la Medicina Interna en el siglo que se acaba, deseo realizar algunas consideraciones respecto a su futuro.

Medicina Interna en el siglo XX

William Osler, el gran maestro de la Medicina Interna estadounidense y mundial, predijo en 1897 que durante el siglo XX, la Medicina Interna sería la especialidad médica más completa, más solicitada y más gratificante, así como una elección vocacional excelente para los estudiantes de Medicina. Esta predicción fue válida, pero sólo para los dos tercios iniciales del siglo XX, pues a su término se inició la gran crisis de la Medicina Interna, la cual, en cierto sentido, no ha concluido. En efecto, en el último tercio del siglo que acaba, la Medicina Interna ha ido experimentando crecientes dificultades para perfilar su identidad y límites. Osler definía al internista como generalista plural y distinguido. La idea de que se trata de un médico con una visión amplia del paciente la subraya con dos vocablos: generalista y plural. Pero a la vez, incluye en su definición el concepto de profundidad de conocimientos, con el adjetivo de "distinguido".

De acuerdo con la predicción de William Osler, el prestigio de la Medicina Interna entendida en estos términos fue enorme durante los primeros dos tercios del siglo XX. Los internistas ocupaban los cargos del máximo rango tanto en la Universidad como en el Hospital y a ello se aunaba, habitualmente, el papel de consultor del mayor prestigio, con el consiguiente triunfo social y económico. En suma, el internista tenía dos características principales: a) por un lado, dada su profundidad de conocimientos, desempeñaba el papel de consultor de máximo rango; y b) por otro lado, por ser generalista y plural, era capaz de ofrecer a sus

pacientes una asistencia integral. En la mitad de la década de los años sesenta se inicia el proceso de la disgregación de la Medicina Interna de cuyo tronco común surgen con fuerza diversas subespecialidades médicas. El papel del consultor de máximo rango lo comienza a ocupar el subespecialista. El público se olvida progresivamente del internista general, para encumbrar en su lugar a los correspondientes cardiólogos, neumólogos, oncólogos, etc. A ello se une la aparición de una nueva figura, el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria quien compete con el internista en su segunda faceta, es decir, la asistencia integral, con lo cual, la función del internista parece haberse vaciado de contenido y la crisis queda configurada de modo definitivo. Esta evolución histórica se ha repetido en numerosos países. Así, por ejemplo, en España el prestigio en cierto modo mítico de los internistas acaba con la desaparición de sus dos máximas figuras: Carlos Jiménez Díaz en 1967 y Agustín Pedro Pons en 1971.

Medicina Interna en el siglo XXI

La Medicina Interna sigue siendo objeto de un gran debate y no rara vez los mismos internistas mantenemos puntos de vista distintos sobre numerosos aspectos de nuestro interés. Aquí pretendo exponer tan sólo algunas ideas acerca del papel que pudiera corresponder al internista durante el siglo que viene, en las tres áreas en las que durante el siglo XX ha desempeñado un lugar destacado: asistencia, docencia e investigación. Estoy convencido de que en gran medida la desorientación y los numerosos conflictos en el terreno de la Medicina Interna se originan precisamente porque no se separan con claridad las tres áreas señaladas. En todas ellas los internistas pueden desempeñar su actividad. Pero, es obvio que la dedicación a cada una de estas facetas varía notablemente según que el internista trabaje en un entorno universitario y, por tanto, en un hospital de referencia, o, por el contrario, su ámbito de actividad principal sea la comunidad.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL.- Es en esta faceta donde se han producido en los decenios recientes mayores cambios y es, además, la más importante porque a ella deben dedicarse en mayor o menor grado todos los internistas. Por ello me ocupo de ella con mayor extensión.

¿Quién es internista y cual es la esencia del internismo? Entre los diversos profesionales médicos surgen como eventuales aspirantes al calificativo de internista los cuatro siguientes: a) el médico general; b) el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; c) el especialista en Medicina Interna General; d) el especialista en alguna rama de la Medicina Interna o internista subespecializado.

Las primeras dos figuras, médico general y el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria tienden actualmente a su fusión. Este tipo de profesional se consagra al ejercicio de la medicina en la comunidad, no limita su actividad a ciertos procesos patológicos ni a ciertos grupos de edad y, junto a ello, suele tener una preparación menos profunda en las materias de Medicina Interna, pero por contra, una mayor disposición a las intervenciones preventivas y socio-epidemiológicas. Y digo que estas dos figuras tienden actualmente a su fusión, puesto que en numerosos países se está exigiendo tras la licenciatura, una formación adicional de 2-3 años que permita convertir al licenciado (en teoría médico general) en especialista en Medicina de Familia. Aunque este tipo de profesional comparte con el ámbito de la Medicina Interna alguna faceta importante como es la aproximación integral al enfermo, en general no recibe el calificativo de internista.

Quedan, pues, por considerar dos profesionales, el internista general y el internista subespecializado. Mientras que al analizar los "Boards" norteamericanos, ambos pertenecen claramente al amplio grupo de especialistas en Medicina Interna, en numero-

sos ambientes esta interdependencia no es tan clara. En efecto, numerosos cardiólogos, neumólogos, digestólogos, etc., no se consideran internistas ni son considerados así tampoco por los internistas generales. Estas actitudes originan innumerables conflictos institucionales a la hora de la distribución de las áreas físicas y de competencias funcionales. A mi juicio, sería deseable que los especialistas en diversas ramas de la Medicina Interna conservasen no tan sólo el nombre de internistas (en este caso subespecializados), sino sobre todo la preparación y la actitud que caracteriza a la esencia del internismo. Y esta no es otra que la capacidad de aproximación integral al enfermo, basada en profundos conocimientos científicos. Dicho de otro modo, sigue siendo internista un digestólogo, quien además de ser un gran conocedor de su área especializada, incluyendo el dominio de los métodos de exploración instrumental, mantiene la capacidad de realizar una anamnesis, exploración física y orientación diagnóstica de un paciente previamente no clasificado. En cambio, no merece el calificativo de internista aquel subespecialista que carece de esta capacidad, y que no rara vez contesta al enfermo: "Lo que Vd. me refiere no es de mi incumbencia". En definitiva, creo en la necesidad de que sigan existiendo los internistas generales cuyo papel va a estar en auge en un futuro lejano (fundamentalmente por razones económicas), y que coexistan pacíficamente con los internistas subespecializados, los cuales junto a su adiestramiento específico debieran idealmente mantener la capacidad de aproximación integral al enfermo para así seguir mereciendo el título de internistas. Ambos pueden ejercer la función de consultores, tanto respecto al médico de la comunidad como mutuamente. En este sentido, el subespecialista es particularmente idóneo en los procesos de su área, mientras que el internista general tiene su gran papel en las enfermedades que afectan simultáneamente a diversos órganos o sistemas, o en casos de multimorbilidad, los cuales debido al envejecimiento de la población son cada vez más frecuentes.

Una de las importantes modificaciones de nuestra actividad asistencial se refiere al cambio en la relación médico-enfermo. Durante siglos, la relación médico-enfermo era de tipo paternalista, es decir, el paciente simplemente obedecía lo que le mandaba su médico. En los tiempos más recientes, el enfermo reclama su papel más participativo en las decisiones que le conciernen, de lo que nace el consentimiento informado y, en conjunto, una relación entre dos personas adultas y autónomas. Esta nueva situación -que por otro lado caracteriza otros numerosos aspectos de la vida humana-, ha hecho que la relación médico-enfermo, más participativa, haya ganado en madurez, pero también en conflictividad. La confianza absoluta y sin límites que el enfermo depositaba en su médico se convierte no rara vez en recelo, el cual se traduce en frecuentes demandas judiciales por negligencia profesional. De ello nace la llamada medicina defensiva. El médico, en un intento de protegerse ante estas contingencias, multiplica hasta extremos insospechados la práctica de las exploraciones complementarias, lo cual hace el ejercicio médico no sólo más caro sino también más peligroso para el paciente, por los efectos indeseables que las citadas exploraciones pueden originar.

Esta nueva forma de asistencia debería modificarse y para ello se requiere el esfuerzo de ambas partes. Por un lado, es preciso que el médico adquiera y mantenga durante toda la vida la máxima competencia posible. Y esta no estriba tan sólo en una adecuada capacitación técnica, sino también en una buena disposición moral para atender al paciente en su dimensión humana. Dicho de otro modo, que el profesional además de buen médico, sea médico bueno. Pero por otro lado, el paciente debería participar en el proceso de rearme moral que sería deseable para todos. Si el espíritu ético impregna a toda la sociedad, las relaciones humanas serán más fáciles y, así también, la relación médico-enfermo volverá a los niveles de confianza mutua que jamás deberían haberse perdido.

Otra realidad a la que debemos adaptarnos es la gestión sanitaria. Los espectaculares avances en las ciencias biomédicas junto a una supervivencia cada vez mayor de la población enfrentan a los sistemas sanitarios de todos los países del mundo, incluidos los que disponen de más recursos, al reto de la dimensión económica. Todo lo que es técnicamente posible, ya no es económicamente asumible. Se impone una utilización racional de los recursos y así nace la necesidad de la gestión sanitaria. Esta (el "managed care" de los anglosajones), ha generado numerosos conflictos, ha convertido con frecuencia la labor asistencial del médico en incómoda y difícil y sigue generando numerosas preocupaciones en muchos países.

El sistema sanitario está orientado a la población general, que espera del mismo la máxima satisfacción en el mantenimiento de la salud y en la asistencia durante la enfermedad. La gestión sanitaria tiene tres niveles principales: a) macrogestión, a cargo de los políticos quienes deben marcar las grandes pautas del sistema; b) mesogestión, realizada en los Hospitales y otros servicios sanitarios por expertos en técnicas de dirección empresarial; y c) microgestión o gestión de la práctica clínica, realizada por los médicos en ejercicio. La ineludible implantación de la gestión sanitaria requiere unas grandes dosis de comprensión y respeto mutuo, por parte de todos los implicados. A mi juicio, un buen funcionamiento del sistema sanitario descansa en cuatro pilares: 1) Es preciso que el estamento político aborde (dentro de su "arte de lo posible"), con rigor y sentido de responsabilidad, y huyendo de los oportunismos partidistas, las reformas necesarias que posibiliten una macrogestión eficaz. 2) Los gestores, que suelen estar presionados por las autoridades sanitarias hacia la contención del gasto, deberían atender en sus decisiones, junto a razones económicas a otras humanas, a la par que mostrar una gran consideración por el estamento clínico. 3) El médico en ejercicio, debería realizar un gran esfuerzo en la actualización de su

competencia para que todas sus actuaciones fueran de la máxima calidad y se ajustaran al criterio de eficiencia, es decir, el de conseguir la mayor eficacia al menor coste. 4) Por último, la población general a la que se dirige el sistema sanitario debería comprender lo que puede realmente esperar del mismo. Ningún sistema sanitario es capaz de prolongar la supervivencia de modo ilimitado ni tampoco de modificar la esencia del ser humano, al que es consustancial un componente de insatisfacción e infelicidad.

Cualquier intento de desvirtuar la figura del médico en los sistemas sanitarios futuros está condenado al fracaso. La excelencia de las actuaciones médicas seguirá siendo la base de un buen sistema sanitario. Una historia clínica correcta (que jamás podrá efectuar el ordenador), una exploración física cuidadosa (que jamás podrá ser sustituida por la maquinaria de turno), el empleo de la inteligencia humana en el proceso de la formulación diagnóstica (que jamás podrá ser igualada por la inteligencia artificial), la bondad y el calor humano durante el contacto con el paciente y la comprensión para sus vertientes psicosociales (que jamás podrán sustituirse por la robótica), son condiciones imprescindibles para la calidad del acto médico y para que las personas atendidas se sientan tratadas como tales. El médico que realiza su actividad con estas características, es no sólo excelente como profesional, sino eficiente desde el punto de vista de la gestión sanitaria.

Recientemente se está insistiendo sobre la actividad asistencial basada en evidencia. En la época actual, el médico en ejercicio está obligado a justificar sus decisiones. Por esta razón, han surgido iniciativas que pretenden analizar el proceso de nuestras decisiones. Antaño, los clínicos solíamos estar muy convencidos de que nuestras decisiones se basaban en conocimientos científicos y de que en la mayoría de los casos eran correctas. Actualmente sabemos, en cambio, que numerosas decisiones están ba-

sadas en hechos no demostrados y que, por tanto, el ejercicio de la Medicina comporta una notable dosis de incertidumbre.

En 1980, los miembros de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de McMaster (Hamilton, Ontario, Canadá) publicaron una serie de trabajos y un libro, acerca de como analizar correctamente la bibliografía médica cuando se está al cuidado del paciente individual. En 1992, esta corriente fue bautizada con el nombre de "Medicina basada en evidencia". Tal movimiento ha generado un gran entusiasmo en algunos ambientes y una notable hostilidad en otros. Mientras que sus defensores la consideran como muy beneficiosa, los críticos la catalogan de "medicina basada en la bibliografía", pues según ellos, se antepone los conocimientos bibliográficos a la experiencia clínica. Para los críticos, sería especialmente peligroso aceptar con excesivo dogmatismo las llamadas "guías de la práctica clínica", con frecuencia promovidas por los políticos sanitarios y situarlas por encima de la autoridad del clínico.

Es obvio que nunca habrá un número suficiente de estudios epidemiológicos o ensayos aleatorizados para que todas las decisiones clínicas puedan basarse en evidencias matemáticas. Nuestra verdad es siempre sólo parcial y nunca sabemos tanto como nos imaginamos saber. De ahí que el ejercicio práctico -y éste es el componente del arte clínico- siempre deberá llevarse a cabo con una notable dosis de incertidumbre.

Y así mismo, dentro del clima de una nueva relación médico-enfermo, más madura y más adulta, es aconsejable que los médicos aprendan a compartir la incertidumbre con sus pacientes.

ACTIVIDAD DOCENTE.- Hemos destacado ya el gran protagonismo que en las Universidades han tenido los internistas durante el siglo XX. Durante muchos decenios, los diversos subespecialistas de Medicina Interna, apenas han accedido a la

función docente. Esta era en gran medida responsabilidad de los Catedráticos de Medicina Interna, que solían tener, además, el máximo rango en las Facultades y Hospitales Universitarios. En el último tercio de este siglo, la situación ha cambiado de modo muy notable. El creciente prestigio de los subespecialistas se ha acompañado de la creación de numerosas cátedras específicas (de Cardiología, Hepatología, Nefrología, etc) con la consiguiente entrada de los citados profesionales en la carrera docente. Por otro lado, se han iniciado numerosos debates sobre los diversos aspectos de la Educación Médica, que voy a comentar brevemente.

De forma esquemática, la educación médica se puede clasificar en 3 fases: 1) formación de pre-grado o período de licenciatura; 2) período de posgrado o de formación de especialistas, y 3) formación médica continuada, es decir, aquella labor que un médico en ejercicio emprende con la intención de mantener y mejorar su competencia profesional. A pesar de esta subdivisión que no es sólo teórica, sino que suele tener su correspondencia administrativa, hay que afirmar inmediatamente que la educación médica es un proceso en continuidad. Dicho de otra forma, las tres fases de formación médica se influyen mutuamente y defectos de un período repercuten en otros. Por esta razón, las tres fases se han de planificar conjuntamente y coordinar después.

¿Cuáles son los objetivos de los tres períodos?:

Durante el pregrado, el bachiller se convierte en médico, durante el posgrado, el médico se transforma en especialista y durante la formación médica continuada, el médico en ejercicio mantiene su competencia profesional, adquirida durante las fases precedentes.

Respecto a la formación pregraduada, se está produciendo un gran debate sobre los criterios de admisión, objetivos y modelos educativos. Existe un acuerdo general sobre la necesidad de re-

gular la admisión de los alumnos a las Facultades de Medicina y ajustar el número a las necesidades de cada país. El objetivo principal de la formación pregraduada estriba en conseguir profesionales que puedan servir de forma adecuada como médicos de la comunidad. Hoy en día se acepta que éste es el profesional básico hacia cuya formación debe ir dirigida toda la fase pregraduada. Con todo, dicha formación debe ser lo suficientemente amplia, al objeto de que el licenciado pueda realmente dedicarse a la Medicina Familiar y Comunitaria, para lo cual se requiere una especialización ulterior, o bien a otras ramas de la Medicina, incluida la investigación. Se está abandonando, pues, la idea de que el título de Licenciatura equivale al de médico general, sino que constituye la acreditación de una fase formativa básica, independientemente de la dedicación profesional ulterior que vaya a seguir el Licenciado.

El aspecto más cuestionado es el modelo educativo. Hay una tendencia creciente a abandonar los modelos clásicos, centrados en el profesor y en la clase magistral, para hacer un progresivo énfasis en la necesidad de que el alumno no sólo adquiera conocimientos, sino que se entrene, además, en habilidades y adquiera actitudes idóneas para su ejercicio profesional. Nuevos modelos educativos están centrados en la resolución práctica de los problemas clínicos, en potenciar la capacidad autoformativa (tan necesaria para el resto de la vida profesional) y en el aprendizaje de modernas técnicas de tipo informático y telemático.

En cuanto a la formación posgraduada, en numerosos países se han impuesto los programas de residencia que han constituido uno de los avances más importantes de la educación médica. Durante ellos, el aspirante queda integrado en los grupos de profesionales y adquiriendo responsabilidades progresivamente crecientes, pero con constante supervisión, llega a dominar tras un variable período de años la especialidad elegida. Como queda ya

señalado, la tendencia actual es a que todos los alumnos que terminan el pregrado reciban una formación especializada adicional. Para un número importante, tal especialidad será la Medicina Familiar y Comunitaria. El resto se distribuirá en diversas especialidades médicas, quirúrgicas y otras, según las necesidades de cada país.

Por último, hay un progresivo énfasis en la necesidad de la educación médica continuada, que garantice la capacitación profesional idónea durante el resto de la vida. Actualmente se considera conveniente que el médico realice una recertificación periódica, para seguir mereciendo la licencia. En este sentido, están surgiendo ya las iniciativas para estimular al profesional mediante incentivos diversos a que participe en actividades de formación médica continuada. Con todo, la faceta de educación médica continuada más importante es la autoformativa. Por esta razón es tan importante que durante el período de pregrado, el alumno se entrene en actividades de autoformación.

Respecto al papel en la docencia, creo que todos los internistas tienen un lugar idóneo en ella. En la fase pregraduada son, sobre todo los internistas generales, los que más fácilmente transmiten al alumno la necesidad de una aproximación integral al enfermo, mientras que en los programas de residencia, específicos de cada subespecialidad, los internistas subespecializados tienen un papel preponderante.

ACTIVIDAD INVESTIGADORA.- El objetivo de la investigación es descubrir nuevos conocimientos, es la búsqueda de la verdad. Y ello tiene un gran valor intrínseco, pues los intentos de acercarse a la verdad honran al ser humano. Pero, además, conseguir nuevos conocimiento tiene utilidad productiva contribuyendo al bienestar de la población. Los países que no poseen petróleo ni otras fuentes de riqueza natural, deben producir más en el campo de la investigación, al objeto de asegurar su desarrollo.

Uno de los descubrimientos recientes más notables e inesperados de las ciencias económicas de los Estados Unidos es que el crecimiento económico depende en una importante proporción de los avances científicos y tecnológicos. El economista Robert Solow del Massachusetts Institute of Technology recibió el premio Nobel en buena parte por haber cuantificado esa dependencia. En efecto, dicho autor pudo concluir que desde la segunda Guerra Mundial los descubrimientos científicos y tecnológicos fueron responsables de la mitad, aproximadamente, del desarrollo económico del país. Pero la relación causal entre los fondos invertidos en investigación y desarrollo (I + D) y el desarrollo económico no es una peculiaridad de los Estados Unidos, ni está limitada a países tecnológicamente avanzados. Un ejemplo notable es el de los países recientemente industrializados de Asia (Corea, Malasia, Hong Kong, Singapur y Taiwan). En dos décadas han aumentado su inversión en I + D del 0,1% al 1,6% del producto interior bruto (PIB) y han pasado así de países subdesarrollados a potencias industriales. En suma, los países que incrementan su inversión en investigación y desarrollo, al cabo de pocos años reciben el beneficio de un crecimiento de su PIB. Pero, además, "el cultivo serio de la investigación tiene el valor de asegurar un capital de mentes preparadas para hacer frente al desafío de lo inesperado, cada vez más frecuente en el mundo actual" (Sols).

Voy a centrarme en algunos aspectos de la investigación biomédica, y en el papel que le corresponde al internista. El objetivo primario de la investigación biomédica debe favorecer el interés del enfermo, al objeto de proporcionarle una vida más larga y mejor. Todos los demás objetivos deben estar subordinados al primario.

¿Cuál es el papel del internista en la investigación? Todo profesional de Medicina Interna que ejerza en la Universidad está obli-

gado a investigar. Sin investigación no hay Universidad. Para que tenga la seriedad y profundidad necesarias, debe acotar lógicamente los campos de su investigación.

Dentro del Departamento de Medicina Interna, la unidad de investigación más natural, más espontánea, es sin duda una subespecialidad. Cumplir adecuadamente la tarea investigadora no le es excesivamente difícil al internista subespecializado, siempre que tenga una adecuada motivación. Así, no suele caer en la tentación de saltar de flor en flor y su campo de investigación queda acotado como mínimo por los límites de la subespecialidad. Su información bibliográfica y sus contactos a través de las reuniones científicas se establecen fácil y prontamente. Su material clínico suele estar concentrado y a mano y, no rara vez, le es facilitada la investigación por la accesibilidad a los gabinetes de exploración complementaria y a los laboratorios relacionados con su subespecialidad. En aquellos Departamentos de Medicina Interna en los que se ha fortalecido el desarrollo de las subespecialidades, en general ha mejorado pronto la producción investigadora auténtica. Si los argumentos de asistencia y docencia especializada no fuesen suficientes, la mayor facilidad en el cumplimiento de la tarea investigadora constituiría una razón adicional para que se favorezca la estructuración de la subespecialidades en los Departamentos de Medicina Interna.

¿Y cuáles son los problemas del internista general universitario respecto a la investigación? Su situación es más difícil y de ello se resiente no rara vez su currículum. Las dificultades que encuentra el internista general en la investigación son numerosas. Así, su campo de investigación no queda delimitado. Sus pacientes son de tipo general, mezclados, no ordenados por el diagnóstico y, por tanto, su material clínico tampoco facilita la investigación. La información procedente de los congresos y de la bibliografía es asimismo muy amplia, sin ningún tipo de concentración

preestablecida. Su accesibilidad a los laboratorios o gabinetes de exploración es menor. Por añadidura, algunos grandes maestros han defendido la idea de que no se puede ser un buen internista general si se profundiza en exceso en alguna área especial de la Medicina Interna. Por último, se ha sostenido que la propia mentalidad del internista general, quien debe integrar con gran criterio sólo los conocimientos más fundamentales de la Medicina interna, no es propicia a la investigación.

Para solventar las dificultades que encuentra el internista general en el desempeño de su función investigadora se han sugerido cuatro posibles soluciones: 1) Que el internista general dirija la investigación sin realizarla personalmente; 2) Eliminar al internista general de los Departamentos de Medicina Interna; 3) Liberar al internista general de las tareas investigadores y 4) Que el internista general también investigue. Considero que la solución idónea es la última y ello se puede conseguir perfectamente. Hay numerosos internistas generales que son investigadores prestigiosos en campos bien delimitados como puedan ser el LES, las vasculitis, las enfermedades musculares, la HTA, el SIDA y otros.

El sistema de residencia norteamericanos está ensayando la puesta en marcha de programas específicos al objeto de generar distintos subtipos de internistas:

- 1) Programa de capacitación clínica, al objeto de formar profesionales con capacidad de actuar principalmente como consultores.
- 2) Programas que al lado de la capacitación antes señalada, confieran la formación en investigación clínica y epidemiológica.
- 3) Y, por último, programas que al lado de la capacitación clínica, ofrezcan la formación en diversos aspectos básicos, como p. ej., la biología molecular.

En los tiempos recientes se ha llamado la atención al hecho de que están reduciéndose los recursos dedicados a la investigación clínica. Se ha hablado de que la "investigación clínica es una ciencia en peligro". En ello intervienen dos factores fundamentales: 1) por un lado, la gestión sanitaria parece constituir una amenaza para la investigación, como cabe deducir de algunas experiencias al respecto; 2) por otro lado, la citada investigación, esencialmente los ensayos clínicos, van siendo costeados cada vez con mayor frecuencia por la industria farmacéutica, estableciéndose numerosos conflictos de intereses. En efecto, las prioridades comerciales pueden ocasionar sesgos a la hora de la planificación, seguimiento, análisis y publicación de los resultados. En conjunto, el número de profesionales que se dedican a la investigación clínica se va reduciendo cada vez más, mientras que va creciendo la fracción de investigadores básicos. Dada la complejidad creciente de la investigación, es altamente probable que en el futuro, la única opción auténticamente eficaz sea la constitución de equipos multidisciplinarios que coordinen sus esfuerzos a diferentes niveles, desde los más clínicos hasta los más básicos, para conseguir auténticos progresos en las ciencias biomédicas. Con todo, es fundamental no perder de vista que el objetivo último de la actividad investigadora en este campo, debe ser el beneficio de nuestros enfermos.

Conclusión

Y deseo aprovechar la solemnidad de este acto para formular un deseo a modo de testamento para las generaciones futuras. El espíritu del internismo que ha impregnado nuestra profesión durante el pasado es de enorme importancia para el ámbito sanitario en sus distintas facetas. Es imprescindible que los médicos del siglo XXI adquieran esta conciencia y revitalicen dicho espíritu en sus actividades profesionales.