



SER MÉDICO ...

y Director de la Fundación Lilly and Director of the Fundación Lilly



Transcurridos más de treinta años de ejercicio profesional como médico, desarrollando funciones asistenciales, docentes e investigadoras en el Hospital Clínico San Carlos y la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, y tras un muy fructífero y satisfactorio paso por la dirección del Instituto de Salud Carlos III, creí llegado el momento de intentar colaborar en el desarrollo de la biomedicina desde otro ámbito. Surgió entonces la oportunidad de cambio a través de diferentes propuestas que se me brindaron desde el sector farmacéutico y decidí aceptar la proposición proveniente de los laboratorios Lilly.

Se trataba de idear una forma de facilitar la presencia y participación del laboratorio en la sociedad, contribuyendo al desarrollo socio-sanitario, el progreso de la investigación y la mejor formación de los médicos. En aquel momento, los directivos de Lilly entendieron que la mejor imagen para una compañía farmacéutica sería hacer patente su compromiso con el conocimiento médico y científico, no solo ayudando a generarla sino facilitando su divulgación y acceso.

Pensamos entonces en la fórmula fundacional como la ideal para estos fines y, en coherencia con ello, las actividades de la Fundación Lilly¹ se diseñaron para cubrir tres ámbitos bien definidos, a saber: el apoyo al desarrollo

investigador, la edición de libros científicos sobre aspectos innovadores relacionados con las patologías más prevalentes o temas relacionados con el ejercicio y práctica de la medicina, y las actividades divulgativas a través de la organización de cursos, foros, simposios, etc.

Pienso que desde la Administración, todo esfuerzo para estimular la inversión privada en investigación debe ser alentado, pero no hay que olvidar que si bien el sector farmacéutico es habitualmente el primero en el que se piensa a estos efectos –de hecho es ya el que más invierte en I+D en nuestro país–, llama la atención, si nos ceñimos a la investigación biomédica o en salud, la escasa participación de otros sectores como el agroalimentario, mucho más potente financieramente, y que debería apostar por acrecentar el conocimiento sobre lo concerniente al tema «Alimentación y salud», desde sus numerosas facetas.

Respecto a la filantropía orientada a la investigación, ésta debería cuidarse, no solo desde el punto de vista fiscal, sino desde la transparencia y eficiencia en la utilización de los recursos. De lo contrario, no es de prever un aumento de aportaciones por esta vía y el potencial filántropo se verá cada vez menos atraído hacia este fin. El mecenazgo en España es una asignatura pendiente por muy diversas e históricas razones. Entre nosotros no está instaurada la cultura de que contribuir al desarrollo del conocimiento otorga el mayor de los prestigios al que lo hace, y que el mecenazgo científico, además de colaborar con una loable labor investigadora, lo está haciendo con la mejora de la salud y bienestar de todos sus conciudadanos. Falta sin duda esta filosofía, así como la inmediatez de los resultados visibles en otros campos como el cultural o el artístico.

En un futuro, la investigación en España debería proponerse como meta el crecimiento sostenido en términos de calidad y cantidad. No es fácil lograrlo y no debería ser nuestro objetivo llegar a equipararnos con la media europea. Y, no lo será, en tanto no se creen desde la sociedad, y se arraiguen suficientemente, instituciones científicas que marquen la ruta a seguir, y las administraciones sitúen –de una vez por todas– a la I+D en el lugar que debe ocupar si en el futuro queremos tener autoridad, voz y voto en el

concierto internacional. El camino emprendido, que resta competencias a la administración central y fragmenta nuestra escasa masa crítica, no es la vía para crecer y acercarse a nuestros vecinos europeos, sino más bien la de perder definitivamente el tren de la ciencia para España.

Pero, desde la Fundación Lilly, mi propósito es hacer énfasis en nuestro particular interés por la profesión médica, y con esta premisa, responder a la pregunta: ¿qué hace un médico dedicado a gestionar una Fundación?

Para ello, quizás deba comenzar por exponer como entiendo el papel del médico en la sociedad. En la memoria fundacional de la Cátedra Fundación Lilly-UCM de Educación Médica se destaca la «necesidad de lograr el máximo nivel académico y la excelencia permanente en la educación, formación y capacitación de los médicos...». Recientemente, desde nuestra Fundación publicamos el libro escrito por Sir William Osler, titulado *Osler's «A Way of Life» and other Addresses, with Comentary and Annotations*² (traducido al español por el Dr. Manuel Fuster Siebert) (fig. 1). Para muchos Osler ha sido, y es, el médico que más ha influido en la enseñanza y el desarrollo de la práctica médica en el siglo xx. Revolucionó a principios del siglo pasado el contenido curricular de los estudiantes de medicina en Estados Unidos y Canadá, incorporando las mejores virtudes de las

escuelas inglesas y alemanas, adaptándolas a las costumbres y usos americanos, menos clasistas, y llevando la enseñanza de los alumnos al lado de la cama de los pacientes. Defendió la idea de que la medicina se debía aprender practicándola y que por ello la instrucción clínica debía adquirirse con el paciente y terminarse con el paciente, sirviendo los libros y apuntes como herramientas de apoyo al servicio de este objetivo. Los mismos principios debían servir al aprendizaje en el laboratorio. Finalmente, a él se debe la introducción del sistema alemán de formación postgraduada, instituyendo la obligatoriedad de un año de internado general, seguido de varios años de residencia con responsabilidades clínicas progresivamente crecientes.

A través de su obra, Osler (fig. 2) nos permite entender el ejercicio de la profesión médica como lo que es: la aproximación e interacción entre una persona que posee los conocimientos, las habilidades y las sensibilidades necesarias, y otra que padece y sufre la enfermedad, y demanda su ayuda científica y humana.

En el capítulo 8 de *Gargantúa y Pantagruel*, François Rabelais (1494-1553), médico y sacerdote muy admirado por Osler, decía: «*Science sans conscience n'est que ruine de l'ame*» (*La ciencia sin conciencia no es más que la ruina del alma*). Esta idea es paralela a la opinión del propio Osler,

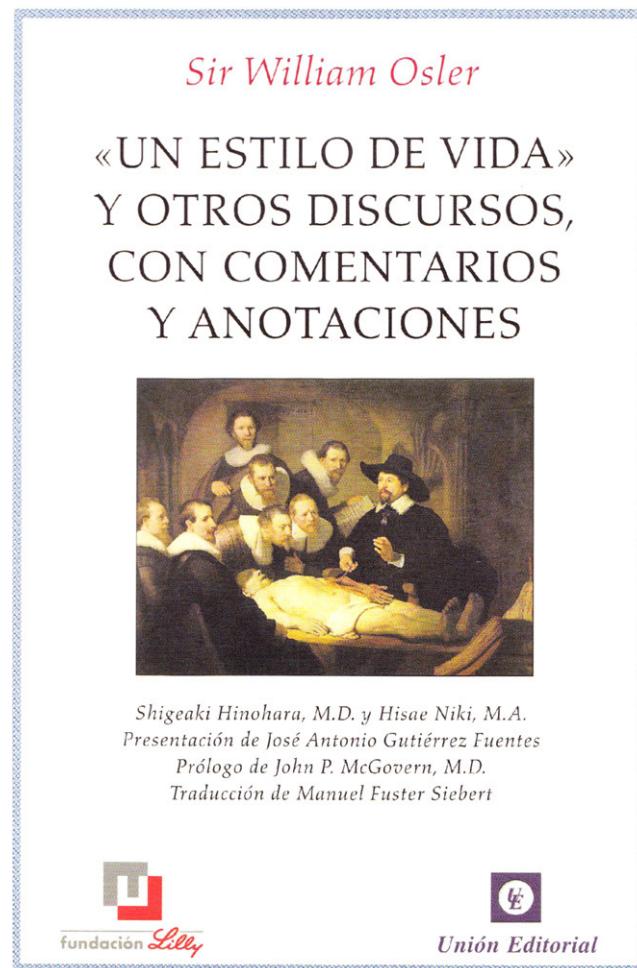


Figura 1 Portada del libro «Un estilo de vida» y otros discursos, con comentarios y anotaciones de Sir William Osler. Este libro ha sido editado por la Fundación Lilly.



Figura 2 Sir William Osler (1849-1919) tuvo una larga y distinguida carrera como médico y profesor en las Universidades McGill, Pensilvania, John Hopkins y, finalmente, como Catedrático Regio de Medicina en la Universidad de Oxford.

cuando sentencia: «*La práctica de la medicina es un arte, no un comercio; una vocación, no un negocio; una vocación en la que hay que emplear el corazón igual que la cabeza*», o, «*El ejercicio de la medicina exige tanto empleo del corazón como de la cabeza;...*».³

Pero la realidad actual es que los pacientes perciben cada vez más al médico como un técnico distante e insensible en lugar del habitual sanador humano y próximo. Y, dada la complejidad de la práctica médica moderna, se suscita la pregunta ¿es posible formar médicos más *humanos*? El pronóstico es reservado, dependiendo de la cooperación de los diversos actores en la educación y formación de los futuros facultativos⁴. Las respuestas van desde los que opinan que no debemos intentar hacer filósofos de los médicos, hasta aquellos que mantienen que es eso por lo que debemos apostar. A mi juicio, se hace necesaria una nueva pedagogía que combine los elementos cognitivos con los afectivos y que restaure las actitudes liberales y humanísticas occidentales, de manera que otorgue a cada uno de los estudiantes de medicina la capacidad de identificar unos presupuestos y unos valores, y las posibles alternativas en cada caso.

Aquellos que desarrollasen e hiciesen uso de esas capacidades actuarían como verdaderos filósofos, y serían el modelo de *médicos humanos* por el que deberíamos apostar.

Esta realidad liga con el concepto de *Bioética*, planteada como la disciplina que pretende regular la interacción entre el que posee el conocimiento y aquel al que se le ofrece y puede recibir la aplicación práctica del mismo, siempre orientada a ayudarle en la solución de los problemas que le aquejan. Ello reafirma la importancia, en la relación entre médico y enfermo, de que este último analice libremente y con plena autonomía (capacidad de pensar, decidir y actuar libre e independientemente), hasta donde su conocimiento se lo permita y aconseje, las implicaciones de los consejos y los tratamientos propuestos, y participe con el médico en las decisiones. No dejan de ser los pacientes quienes corren

los riesgos que surgen de la aplicación de una u otra prueba diagnóstica o tratamiento, y el médico el que se responsabiliza de su prescripción.

En este entorno, y en esta necesidad de saber qué hacer en cada momento, desarrollan su actividad y asumen su responsabilidad los médicos y enfermeras ante el paciente que sufre, en la mayoría de los casos agarrándose a su experiencia y a una «éтика», que afortunadamente aun se mantiene bastante próxima a la «frónesis» (*buen juicio, temple y confianza en sí mismo para saber elegir aquello que resulte más conveniente*) aristotélica⁵ y a la sabiduría, la prudencia y el sentido común de Tomás de Aquino⁶.

Sin duda la medicina, como hoy la vivimos, se parece poco a la que podía haber hecho predecir la evolución histórica de los conceptos hasta llegar a la *bioética*. Incluso en el corto lapso de tiempo de la vida profesional de algunos veteranos, los cambios resultan asombrosos y en muchos casos desconcertantes. Como hace ya más de veinte años advertía Roy Porter⁷, estamos de hecho ante una auténtica redefinición de la función del médico:

«*Yet as those expectations become unlimited, they are unfulfillable: medicine will have to redefine its limits even as it extends its capacities*. (Pero, a medida que las expectativas se hacen ilimitadas, las mismas resultan irrealizables: la medicina deberá redefinir sus límites aun cuando acreciente sus capacidades)

Las causas profundas de lo que sucede no se pueden reducir a un problema que afecte solo a la medicina o a los médicos, y residen en una crisis moral e ideológica más amplia y más grave que afecta a la sociedad en su conjunto. A una sociedad que no sabe muy bien ni lo que quiere ni lo que está dispuesta a poner en juego para conseguirlo, pero que, de momento, coloca a los médicos en una situación de grave ambigüedad frente a los enfermos.

Contrasta y resulta revelador recordar que al valorar en diferentes países la satisfacción de los pacientes ante la «prestación sanitaria», se repite con frecuencia la elevada consideración por la labor de los médicos, valorándose en ellos de forma destacada su actitud (interés, amabilidad...), por encima de otros ítems como la sabiduría, presencia, eficiencia, fama, conocimientos o habilidad. Es esta una enseñanza para meditar, que nos dice que el paciente no acude a la consulta solo en busca de la curación de su enfermedad. Busca también, y de manera fundamental, alivio, consuelo, comprensión y apoyo⁸.

En medicina, y desde el momento que se trata de la realización práctica del conocimiento que el hombre posee y aplica sobre sus semejantes, el acto médico trasciende la aplicación de la información científica. Surge entonces una relación interpersonal desde la que afloran la comunicación y la confianza, ingredientes fundamentales para el logro de una medicina efectiva. Es precisamente en el logro de dicha atmósfera, dónde radica el componente que de arte tiene el acto médico.

La educación médica tradicional ha puesto su énfasis en el desarrollo del conocimiento, las destrezas y actitudes, cuando en el mundo moderno no sólo se debe educar para la competitividad sino para la capacidad de adaptarse al cambio, de generar nuevo conocimiento y de mejorar continuamente nuestro desempeño⁹. Si bien la medicina se

ha definido como el «*arte y ciencia del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y el mantenimiento de la salud*», o también como «*el arte de prevenir o curar la enfermedad*», para algunos la medicina moderna no es ni «*el arte de algo*» ni ninguna ciencia, sino un agregado de artes y/o disciplinas. Es en este contexto que la educación médica debe tener muy bien definidas sus metas y los procesos para lograr hacer de los estudiantes personas con la capacidad de practicar la medicina¹⁰. Se trata de lograr que el aprendizaje no sea sólo una transmisión de hechos y contenidos, sino más bien un proceso activo a través del que, a la vez, se desarrollen destrezas y sensibilidades para toda la vida. Y, es en el logro de estas metas formativas donde la Medicina Interna debe jugar un papel protagonista partiendo del concepto de que es esta disciplina la que ve –y enseña– al paciente como un todo único e integra toda la información circundante a cada caso orientándola a la mejor solución para cada situación.

Esta especialidad debe orientarse a garantizar que los pacientes reciban el cuidado mas integrador y continuo posible, y los mecanismos de formación, entrenamiento y certificación de la especialidad deben velar porque así sea. En general, los pacientes buscan un médico que coordine su cuidado y con el que puedan compartir sus preocupaciones sobre el mantenimiento de su salud y la solución a su enfermedad. Desafortunadamente, cada vez es menor el número de los que quieren ser «integradores» (*comprehensivists*) con experiencia en el cuidado del paciente complejo. No obstante, la posibilidad de reconocer áreas de especial pericia o capacitación dentro de la Medicina Interna general, debería llevarnos a la reconsideración del proceso de entrenamiento y certificación que incremente el atractivo por esta especialidad integradora y el acercamiento con otras especialidades para ofrecer los cuidados que los adultos necesitan. Es desde esta doble visión, asistencial integradora y formativa, donde la Medicina Interna muestra sus fortalezas y se realiza como parte imprescindible del hacer y saber médicos.

Termino citando a William Osler⁴, quien en el año 1903, en una conferencia ante sus alumnos sobre «*La palabra clave en medicina*» decía:

«*Más que ningún otro, el médico puede ilustrar la segunda gran lección, que no estamos aquí para sacar de la vida cuanto podamos para nosotros mismos, sino para intentar hacer más feliz la vida de los demás. Es imposible que nadie tenga mejores oportunidades para vivir esta lección que las que vosotros vais a disfrutar.*

... *Con frecuencia lo mejor de vuestro trabajo no tendrá nada que ver con pociones y polvos, sino con el ejercicio de la influencia del fuerte sobre el débil, del justo sobre el malvado, del prudente sobre el necio...*»

A esta forma de entender la medicina y la formación de los médicos, dedica su esfuerzo la *Cátedra Fundación Lilly-UCM de Educación Médica*, que en buena parte justifica nuestro trabajo desde una fundación.

Bibliografía

1. <http://www.fundacionlilly.com>.
2. Osler W. *Un estilo de vida*. Fundación Lilly: Unión Editorial; 2008.
3. Osler W. La palabra clave en medicina. En: Osler W, editor. *En: Un estilo de vida*. Fundación Lilly: Unión Editorial; 2008. Cap. 14, p. 311.
4. Brújula para médicos noveles.
5. Gutiérrez JA. In: Osler W, editor. *Un estilo de vida*. Fundación Lilly: Unión Editorial; 2008. p. XX.
6. Tomás de Aquino. Suma Teológica, II-IIae parte, q. 47, art. 1.
7. Porter R. *The Greatest Benefit to Mankind*. New York: Norton & Company; 1998. p. 718.
8. Jiménez-Alonso J. Mi concepto del buen médico. *Rev Clin Esp*. 2010;210:517–20.
9. Sopeña B. El método de Sherlock Colmes en la era «high-tech». *Rev Clin Esp*. 2010;210:360–70.
10. Arnalich Fernández F. Adaptación del nuevo grado de medicina al Espacio Europeo de Educación Superior ¿Cuál ha sido la aportación de Bolonia? *Rev Clin Esp*. 2010;210:462–7.

J.A. Gutiérrez Fuentes

Médico Internista, Director de la Fundación Lilly
Correo electrónico: gutierrez_jose_a@lilly.com