

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO NUMERARIO

ILMO. SR. DR.

D. Justo Medrano Heredia

EXCMO. SR. PRESIDENTE,
ILMA. SRA. SECRETARIA,
ILMOS. SRAS. Y SRES. ACADÉMICOS,
ILMAS. AUTORIDADES,
SEÑORAS Y SEÑORES:

HOY ES YA BIEN SABIDO que nuestra Real Academia con casi dos siglos de existencia, es una de las instituciones culturales y científicas más antiguas de Valencia y por tanto de nuestra Comunidad, que ha sabido actualizarse al ritmo de los tiempos y cubriendo sus objetivos propios, saber actuar en armonía y sinergia con las demás instancias que se ocupan y preocupan por la Medicina y la Sanidad. Por todo ello goza de una respetuosa consideración en nuestra Sociedad.

El prestigio y el nivel científico que desde siempre ha tenido la Medicina en la Ciudad de Valencia y el que se ha ido generando en los cuatro últimos decenios en las Provincias de Castellón y de Alicante, hace que cada vez sean más los científicos y brillantes profesionales que puedan incorporarse a las tareas de esta real y longeva Institución.

Ya con mis primeras palabras deseo manifestar la satisfacción por poder compartir con mis compañeros académicos y con todos Vds. señoras y señores presentes, un acto tan relevante motivado por la entrada del nuevo académico en nuestra Institución. Porque supone poder participar conjuntamente en el merecido reconocimiento oficial y público a una persona por su obra y por el hecho de que viene a contribuir con su personalidad a las tareas propias de esta Real Academia.

La tradición y el protocolo establecen que el discurso de entrada del Académico Electo sea contestado por un Académico de Número, con el objeto de presentar los méritos que le acompañan y de valorar el contenido de su Discurso de Recepción. Por ello he de agradecer al Presidente, a la Secretaria y a mis compañeros de Junta el que me hayan cedido el privilegio de asumir dicha función, en torno a una persona admirada por su obra quirúrgica y sus valores personales.

El nuevo Académico portador de un bello apellido que se hunde en la historia de los Reinos de Valencia y Aragón, nació en El Palmar de Murcia. Siendo el mayor de una familia de once hijos creada por Isabel y Agustín, ésta pronto se trasladaría a Santa Pola su pueblo adoptivo, donde él fue creciendo en unos tiempos severos, difíciles y no tan lejanos, que los mayores recordamos. Tiempos en los que cuando el pan se caía al suelo, se recogía enseguida, se besaba y se ponía de nuevo sobre la mesa. En aquel contexto fue construyéndose a sí mismo un proyecto existencial, en el que desde una actitud de noble superación siempre quiso ser más y hacer más.

Fue chico de los recados del Juzgado de Paz de su pueblo, más tarde pinche de cocina y camarero, pero al tiempo que crecía consiguió hacer de forma libre el bachiller en el Instituto Jorge Juan de Alicante, para más tarde obtener la titulación de Ayudante Técnico Sanitario en la Escuela de ATS de la Diputación de Alicante. Y ya a continuación se trasladó a Valencia trabajando primero de estibador en su puerto, hasta que entró en el antiguo Hospital Provincial, primero como camillero y después como ATS. Paralelamente iniciaba los estudios de Licenciatura en Medicina y Cirugía, siendo pronto alumno interno por oposición de la Cátedra de Anatomía y más tarde de Cirugía en el Servicio de Cirugía General, dirigido por el Prof. Narbona. Se licenció con 16 matrículas de honor y una media de Sobresaliente en 1980, doctorándose con sobresaliente cum laude, siendo Premio extraordinario de la Universidad de Valencia y Premio Nacional de Doctorado de la Real Academia Nacional de Medicina.

Tras obtener por examen nacional el MIR de Cirugía General y del Aparato Digestivo con un buen número, decidió quedarse en Valencia

y en su Hospital General para continuar su formación al lado del Prof. Benjamin Narbona Arnau. Durante ese período realizó estancias en los Departamentos de Cirugía de Lausanne con el Prof. Saegesser y de Maguncia con el Prof. Frank. Posteriormente continuaría como Médico Adjunto y Jefe de Sección del Servicio de Cirugía General del mismo Hospital, hasta que en 1993 obtuvo por concurso oposición el puesto de Jefe de Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital General de Requena, donde permaneció hasta 1997. En 1995 ya se había adentrado precozmente en el novedoso campo técnico de la Cirugía laparoscópica, obteniendo la Diplomatura Universitaria en Cirugía Laparoscópica por la Universidad de Montpellier. En el Hospital Provincial crearía la primera Sección de Cirugía Mínimamente Invasiva y posteriormente el primer Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria de la Comunidad Valenciana y uno de los primeros en nuestro País. Sus experiencias condicionaron el que fuera uno de los fundadores de la Sociedad Española de Cirugía Laparoscópica y de Cirugía Ambulatoria. En 1996 a través de un proyecto de investigación docente patrocinado por la Unión Europea, conjuntamente con las Universidades de Montpellier, Catania y Atenas, organizó la Euromediterranean School of Endoscopic Surgery (EMSES), mediante un sistema de televideoconferencia de la compañía France Telecom. En ella se diplomarían más de 250 cirujanos, por la Universidad de Montpellier.

Es Profesor Asociado de la Universidad de Valencia desde 1987, Evaluador de la Escuela Valenciana de Estudios de Salud (EVES), ha impartido y dirigido Cursos de Doctorado sobre Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía Mínimamente Invasiva e Investigación Biomédica. Es autor o coautor de 22 libros o capítulos de libros, de 120 publicaciones, de 450 comunicaciones a congresos. Ha obtenido 13 becas de investigación y 30 Premios científicos y tiene una Patente europea de malla quirúrgica 2009.

Es miembro de 22 sociedades científicas nacionales e internacionales, Académico correspondiente de las Reales Academias de Medicina de Granada 1981, Cataluña 1985, Valladolid 2000 y Valencia 2007. Así como Académico de la Real Academia de Doctores de España

2006, de la Academié Nationale de Chirurgie de Francia en 2016 y de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao 1982, Miembro Honorífico del Instituto Médico Valenciano en 1988 y Colegiado de Honor de los Colegios de Médicos y de Enfermería de Valencia. En el 2005 le concedieron la American Medal of Honour del American Biographical Institute. Ha sido Asesor del Ministerio de Sanidad de Panamá para Cirugía Mayor Ambulatoria, Miembro de Honor de la Asociación Española de Médicos escritores y artistas. Desde 2015 es Jefe de los Servicios de Cirugía General y Digestiva y CMA del Hospital General Universitario de Valencia.

Nunca perdió de vista sin embargo el cuidado de otros aspectos para él importantes en su vida, como son en primer lugar la atención y el cuidado a su esposa e hijos y a toda su familia, así como la dedicación y ayuda a los demás. Por su compromiso social y su decidida actividad en la cooperación internacional se desplazó en varias ocasiones a los campamentos de refugiados saharauis de Smara, Dagla y Auser ubicados en Tindouf en el desierto del Sahara argelino, para intervenir quirúrgicamente a ciudadanos de aquellas poblaciones. Entre sus aficiones está primero la Cirugía, pero también el tenis y el motorismo, sin olvidar su pasión por los toros.

El discurso de Cristóbal Zaragoza tiene el valor de las cosas atrevidas y nuevas, presentando la nueva imagen de una Cirugía que de nuevo vino a cambiar y radicalmente el acto manual del cirujano, al mismo tiempo que como médico humanista que es, se ha adentrado en el análisis de la esencial tarea médica junto al enfermo en una época de crisis.

La Cirugía goza hoy de un alto reconocimiento como consecuencia de la confianza que hoy la Sociedad tiene en ella, por ser un procedimiento médico seguro y eficiente, que ha venido a mejorar la salud, las expectativas y la calidad de vida de las personas. Pero el camino hasta aquí ha sido largo, plagado de enormes dificultades y ha estado cubierto de impresionantes esfuerzos por ir superando lo desconocido.

Alude con orgullo a su excepcional relación con su Maestro el Prof. B. Narbona, pues tuvo el privilegio de ser su amigo durante más de veinte años, hasta su jubilación y aún después. No se quedó a su sombra sino que se cogió del brazo de un gigante de su tiempo. Destaca el hecho de pertenecer a su Escuela quirúrgica de tal forma que su relato invita hoy aquí también en nuestra Academia a reflexionar sobre las Escuelas médicas. Unas Escuelas enmarcadas en la cultura, conocimientos y creencias de cada momento, que como toda obra y función humanas han tenido sus luces y sus sombras, pero que más por lo segundo, sin conocimiento ni reflexión suficientes han venido siendo denostadas por algunos.

En ese largo devenir las Escuelas han ejercido una función excepcional. Hipócrates nos dejaba entre sus aforismos el que “La vida es corta y el Arte es largo”, ya que toda obra humana empalidece ante la permanente transformación, de ahí la importancia de preservar una tradición en el ejercicio del arte médico, lo que implica la recepción y la transmisión de capacitaciones, saberes y valores aceptados y el cuidado de criterios éticos. Las Escuelas, por supuesto todas las Escuelas Médicas y Quirúrgicas, esencialmente dirigidas por personalidades sobresalientes si no excepcionales, han supuesto el interés de un colectivo en la búsqueda de la verdad científica, al servicio del buen hacer y han sido un estable bastión de la ética médica.

La Cirugía como Ciencia basada en la acción manual científica está existencialmente unida a una tradición, que mantiene su oculta armonía con el permanente cambio que condiciona la dictadura de cada presente, haciendo no solo que tradición y cambios sean compatibles, sino necesarias como la noche con respecto al día. La tradición une a generaciones a través del tiempo, en un permanente dar y tomar aquello que en el cambio generacional mantiene su validez, por lo que tiene una función no solo conservadora, sino progresista porque selecciona lo válido y de ahí que sea un progreso preservado. Ello hace que en el acto médico solo permanezca aquello, que viene sirviendo a las necesidades de la vida y fundamentado en el Etos de la Humanidad. Para Georg Heberer las Escuelas “son rocas en el torrente fluido del tiempo”, en ellas los más jóvenes tras una

larga fase de escuchar, observar y aprender, podían luego con un criterio crítico propio irrumpir, incluso rompiendo, sabiendo que quien se queda en la costa, no puede descubrir océanos. Enseñar y aprender mutuamente no significa copiar ni imitar, sino en armonía a principios éticos y técnicos sometidos a la crítica del método científico y por tanto de la razón, permitir que los demás también construyan y progresen.

Y la Cirugía valenciana que siempre estuvo en la primera frontera de la Medicina europea, puede esgrimir también aquí con sereno orgullo sus méritos. Ya Luis Alcanyis en 1462 creó una de las primeras de Europa, “La Escola de Cirurgia”, que se continuaría poco después con el “Privilegi per la Dissecció”. Desde entonces en Valencia tenemos el legado de las contribuciones de tantas personas abnegadas que vinieron a resultar decisivas. Los Maestros que ya se fueron transmitían sus conocimientos a través de su formación, su propio estilo racional y sus emociones, convenciendo con su ejemplo de trabajo y de vida.

Por no extenderme y parecer olvidarme de otros, cito hoy aquí solo expresamente a Don Carlos Carbonell Antolí y a Don Francisco Gomar Guarner, sin menoscabo de los Maestros de las excelentes Escuelas Médicas valencianas, muchos de los cuales antes que nosotros estuvieron aquí sentados. Y cómo no la Escuela de donde procede el nuevo académico y a la que pertenecen también notables cirujanos como Sancho Fornos, Enrique Fuster, Dávila, Olavarrieta, Villalba, Lloris,... entre otros más.

En los últimos 50 años la Escuela Médica como concepto, con el avance de la Medicina, el cambio de modelo asistencial, la explosión demográfica y económica, y los cambios técnicos y socioculturales ha experimentado un drástico cambio. Ciertamente muchas de sus estructuras y condiciones laborales de ayer hoy no son aceptables, pero sin ellas no se hubiera llegado hasta aquí. De las Escuelas surgieron pronto los primeros Jefes de aquellas llamadas Residencias, hoy Hospitales con Servicios que son o pueden ser Escuelas y que a su vez luego dieron el relevo a otros líderes, formando nuevas genera-

ciones. Hoy cada vez surgen más y nuevos conocimientos en cada vez campos más pequeños y ya ni quien dirige un Servicio o Sección, ni nadie puede ya por sí solo abarcar el amplio campo de cada Especialidad. El aprendizaje médico de las Especialidades se realiza hoy a través de nuestro exitoso MIR. Por lo que de un Jefe que asume participar en la formación de otros, se espera también compromiso, dignidad, destacada capacitación profesional y una actitud ética contagiante.

Es cierto también, que ahora las fuentes de formación son variadas, se viaja más, se visitan otros Centros y que a veces la informática puede suplir al maestro como fuente de documentación y de conocimiento. También es cierto que en los Cursos de entrenamiento de técnicas laparoscópicas o endoscópicas, propiciadas por agentes comerciales, se puede aprender mediante videos y prácticas el instrumentario a propiciar y los detalles técnicos. Sin embargo en ellos la responsabilidad médica y la coherencia con principios éticos se quedan muy cortos.

En los últimos tiempos hemos visto cómo la Cirugía ha ido perdiendo progresivamente agresividad, ya no se practican amputaciones pélvicas o mastectomías suprarradicales. El avance técnico es incesante, con incisiones mínimas de menor agresión biológica, hemos pasado del bisturí, las tijeras y el lino a sistemas modernos de coagulación, láser y máquinas que cortan y cosen al mismo tiempo, quirófanos perfectamente monitorizados, ergonómicos, inteligentes e instrumentos con representación tridimensional del área anatómica.

El Dr. Zaragoza nos ha descrito con precisión todos los aspectos modernos de la Cirugía Mayor Ambulatoria, donde la filosofía fundamental es la reducción de la agresión hospitalaria y quirúrgica, mediante intervenciones con nuevas tecnologías endoscópicas y los máximos cuidados. Con ello se consiguen mayores niveles de eficiencia y una mayor satisfacción laboral al contemplar de principio a fin la resolución de la patología del enfermo. Como él afirma el futuro de la Cirugía Mayor Ambulatoria está garantizado siempre que mantenga las ventajas actuales para el paciente, menor altera-

ción de su entorno vital, menor impacto emocional, menor infección nosocomial, menor riesgo de tromboembolismo, una asistencia más directa, personalizada e integral y en la que la calidad asistencial ha de ser un indicador de seguridad sanitaria. De ahí también la decisiva importancia de la indicación operatoria. La Cirugía Mayor Ambulatoria ya no es una alternativa a la Cirugía con ingreso, sino una Cirugía de primera elección.

En ese futuro habrá que tener en cuenta también ya, que los robots cirujanos computarizados con la telemedicina están llegando. Tras el Leonardo da Vinci el robot STAR solo probado experimentalmente en cerdos, de momento ejecuta ya la laparoscopia y aunque el médico le indica donde debe suturar y lo hace bajo supervisión por sí solo, supera en precisión a los cirujanos en las anastomosis. Se puede pensar que podrían desplazar en el futuro al cirujano del quirófano y ello a pesar de los enormes costes. La tecnificación de la Cirugía —adelantaba René Leriche, maestro de Dos Santos y La Fontaine— tiene el peligro de que le haga perder su alma, porque nos distancia de otras personas. En todo caso el acto quirúrgico seguirá siendo un acto racional a través de las manos, aunque las manos robóticas ocupen su lugar en el interior corporal, en una interacción mano humana-robot y artefacto quirúrgico.

No es casual pues que el Dr. Zaragoza haya llamado también la atención en torno a la crisis de una adecuada relación médico-enfermo, en la que ya no participa solo el médico, sino la familia, la administración y la enfermería entre otros estamentos y donde los cambios circundantes pueden haber venido a afectarla estructuralmente. Sus reflexiones nos obligan a todos, personas e instituciones a pensar, para al menos aventurar a aproximarse a un análisis de sus causas. Porque aquí y más que antes una adecuada relación médico-paciente es especialmente necesaria ante todo acto quirúrgico y que ha de fundamentarse en la confianza, ya que supone una vivencia única en la vida de una persona y el enfermo espera que el cirujano lo y le comprenda.

Como nos recuerda el Dr. Zaragoza la Medicina surgió antes que los Hospitales y es aquí donde más se aprecian los signos de esa crisis relacional. No es sino hasta el siglo XIX cuando se sustituyen los Hospicios, se desarrollan la Anatomía Patológica, la Medicina Interna y la Cirugía e irán apareciendo avances como la asepsia, la anestesia, luego los RX, antibióticos, etc., Pero el Hospital tal cual hoy conocemos, es un invento más bien americano de la postguerra del s. XX para la mejora de la salud de la ciudadanía. Un sistema heterogéneo plagado de personas completamente diferentes en sus actitudes, donde se trabaja en equipo bajo nuevas modalidades asistenciales y se incorporan diferentes disciplinas y mayores recursos. Hasta entonces la relación médico-enfermo nunca había estado enmarcada en un escenario así y ni siquiera similar.

Mientras en un principio en Europa la Administración parecía estar amparando las tareas de los médicos al servicio de la población como objetivo de las instituciones hospitalarias, su influencia envuelta en el pensamiento político de cada momento fue aumentando con el coste económico. Luego desviaría su atención, asumiendo el control de aquellas tareas en una transición –quizás obligada– pero sigilosa. Ya está establecido un sistema en el que entre el médico y el paciente se ha situado la Administración y en el que priman argumentos económicos y orientados al beneficio o al control de pérdidas. Hoy en una era de ejercicio médico gestionado administrativamente en los aires políticos –a veces cambiantes– las opiniones de los médicos y de los propios enfermos están sometidas a las de los administradores, economistas y burócratas, situados en medio de la relación médico-enfermo.

En su evolución social la asistencia hospitalaria ha explotado en una manera inusitada para los viejos del lugar. Cada vez hay más gente involucrada en la atención al ciudadano, en una Institución donde todos y nadie es responsable. Aumenta el distanciamiento entre el médico y el ciudadano paciente, quien a veces se pierde en el sistema y busca recomendaciones sorteando la solidaridad y la confianza colectiva. Cada vez hay más aparatos de Medicina que se sitúan entre el médico y el paciente, que no permiten o hasta impi-

den verlo, si acaso a distancia o por encima de una pantalla. El informe de la máquina “ad hoc” es más importante que la propia expresión del paciente sobre su enfermedad. El galopante progreso de la Medicina, de la Tecnología y el crecimiento de una población que ejerce sus derechos junto a una insaciable demanda, han condicionado obligadamente una cobertura desajustada y costes cada vez más elevados. La tecnificación, la especialización, junto a la burocratización de la Medicina han provocado la pérdida de visión de conjunto, provocando la despersonalización de esa relación.

Y ello en un sistema que considera que todo está programado, el número de enfermos o de intervenciones, el tiempo para cada uno y para cada acto médico, en un mercado donde prevalece la relación coste-efectividad sobre el humanismo médico y se condiciona al médico para que sea más productivo, como si fuese en una fábrica de medicar y operar. La inflación de datos conduce a una burocratización del sistema sanitario y éstos se tienen como una medida de su eficiencia, prestigio y éxito, mientras bajo el ejercicio administrativo se está seguramente privando la dedicación al enfermo de un tiempo precioso. Hay que admitir que la rigidez de tiempos y horarios laborales contrasta con el espíritu y dedicación serena, que se espera de la prestación médica responsable de un médico motivado. No es cuánto, en cuanto a cifras y tiempos sino el qué, en el sentido de seguridad y el cómo, en el sentido de la indicación operatoria, el tratamiento postoperatorio y sus resultados en la salud integral de una persona y en el marco de una dedicación personalizada.

Ya no es posible como antes lo fue, que un enfermo disponga de un mismo médico como referente permanente durante su estancia hospitalaria, que le aconseje y apoye, vaya explicando datos, hallazgos y evolución. Actualmente no siempre puede el paciente elegir a su cirujano, aunque sí el hospital que se le asigna y ha de dejar al azar el médico o cirujano que les toque y la Sociedad ha de confiar en que los criterios de formación y capacitación oficialmente establecidos, se cumplen.

En el contexto descrito hoy, tanto o más que antes parece resultar mandatoria una cuidadosa preparación en reflexiones éticas, de los que mañana serán nuestros médicos, tanto durante sus estudios como en su posterior formación como especialistas. Se puede leer mucho, aprender de libros y cursos de técnicas y se puede tener mucha Ciencia médica y sin embargo con ello – sólo–, no se es médico. Ya Billroth “ afirmaba que procedía diferenciar correctamente la Medicina científica del Arte médico. El saber adquirido no es hoy tampoco un fin en sí mismo, hay que ser técnico o científico, pero también médico en una misma persona. Es preferible encontrarse con un profesional humanitario bien preparado, que con uno científico pero deshumanizado. Antes que los principios bioéticos específicos, el aprendizaje de los éticos deben ser básicos en la enseñanza de la Medicina y de la Cirugía. Si no, en la búsqueda esforzada por un devenir profesional personal, ante la inevitable presión asistencial, administrativa y social que les acompañará, ¿cómo han de compaginarlo todo con actitudes éticas?

A su paso a la vida hospitalaria o profesional los jóvenes médicos podrían estar expuestos a mimetizar actitudes inadecuadas, si no han sido formado previamente. Allí las Comisiones éticas de los Hospitales no estarán ya en condiciones de superar ese déficit.

Mientras por razones de mercado, se siguen creando nuevas Facultades de Medicina, es posible que algunas se hayan quedado atrás en sus objetivos institucionales. El objetivo institucional no ha de ser aprobar un examen como el MIR español, sino formar al médico que ha de atender a la Sociedad y que ésta necesita y espera. En muchas de ellas aferradas a una formación memorística basadas en asignaturas estanco a modo de mosaicos, sin coherencia, ni vector cohesionante final, la formación ética y humanística puede ser cuestión de azar. Es muy difícil aprender algo, que no te enseñan. El comportamiento ético médico no se adquiere por medio de una pura enseñanza teórica de conocimientos, sino que se interioriza como una actitud a través de un amplio proceso de vivencias. El valor del histórico Juramento de Hipócrates, ha de enmarcarse ya en La Declaración Universal de Derechos Humanos. Todo hombre por razón

de su dignidad posee unos derechos inalienables. Se ha roto la asimetría histórica, como consecuencia del cambio sociocultural y aunque uno sabe más que otro, la información es patrimonio de la ciudadanía, la relación es más madura y al mismo tiempo también más conflictiva. Ello implica el que en sus actitudes cotidianas el médico —como todo el personal sanitario—, ha de esforzarse en alcanzar la excelencia profesional, tanto en los aspectos técnicos ligados a su profesión como en los éticos. Ello obliga a seguir aprendiendo a manejar de manera equilibrada los dos principios éticos que a menudo entran en conflicto, los principios de beneficencia y de autonomía.

El paciente ya no puede ser tratado como alguien “infirmus”, es decir como alguien sin firmeza no solo física, sino también psíquica y moral. De agente pasivo ha pasado a una posición más activa, aumentado sus exigencias y expectativas y su deseo de ejercer su autonomía con una mayor participación a la hora de establecer la indicación y el modo de un tratamiento y espera al mismo tiempo que el Sistema Sanitario permita al médico armonizar adecuadamente el ejercicio de una asistencia técnica y científica médica con el humanismo.

Es bien sabido que el diálogo abierto y confiado entre paciente y médico sigue siendo antes como ahora la base de una confiada esperanza y puede ser que a veces esté distorsionado. Una buena calidad de la relación médico-enfermo afecta a la respuesta emocional, la conducta y la evolución del proceso del paciente, aumentando su confianza y su compromiso. Los pacientes esperan como siempre un médico que inspire confianza, sea comprensivo, amable, franco y respetuoso, que tenga tiempo para escuchar con empatía y comunique atendiendo a su nivel cultural. En este sentido los médicos debemos mejorar las técnicas de comunicación con los pacientes y sus familiares, por lo que es indispensable el aprendizaje de aptitudes de comunicación eficaces.

En el caso de la Cirugía cuando ésta ha de entrar en acción, la cosa se pone seria para el paciente o es seria su situación. Se puede sentir hasta temor o miedo al percibir, que se ha de estar bajo anestesia.

sia, presentir que se habrá de estar inerte en manos del médico, del personal, del sistema. Lo que suceda entre inducción y despertar se lo contarán otros. La intervención es casi un misterio, un enigma. El cirujano tendrá acceso al interior corporal de las personas, que a otros seres no le son permitidos. Después le quedará, en principio solo una cicatriz, el postoperatorio y el pronóstico. Todo paciente que entrega su confianza a un cirujano le confía mucho, su salud, su autodeterminación, su futuro. Por eso hemos de saber qué piensan nuestros conciudadanos de nosotros y de nuestros actos, en el escenario organizativo en el que hemos de atenderles. Una de las publicaciones más interesantes al respecto es la que ya hizo el Dr. Zaragoza en el 2003... “Ansiedad y preocupaciones prequirúrgicas en el paciente y su cuidador familiar en Cirugía Mayor Ambulatoria”.

En esa interacción las expectativas pueden ser a veces enormes y no es de extrañar, que no todas se puedan cumplir. De un lado la grandeza humana del arte médico de la Cirugía, estriba en que el cirujano asume la inmediata responsabilidad por el devenir de una persona, que hasta ese momento le era desconocida y con el que inicialmente al menos, no existe tiempo para crear un lazo afectivo. Del otro sabe que si algo va mal durante la operación, puede tener consecuencias graves para esa persona, también para sí mismo, por lo que estará bajo los focos mediáticos. Paralelamente la creciente introducción del Derecho actual en el ejercicio de la Medicina, puede acompañar a esa relación, pudiendo eventualmente invitar a una Medicina defensiva.

Mientras persisten quejas y reclamaciones ajustadas a Derecho ante la Administración, aumentan los agradecimientos de la población a médicos y cirujanos. Pero cada vez hay mayor masificación e incremento de listas de espera, en las que puede parecer que el médico es el responsable como administrador público y ello ante un paciente cada vez más informado y exigente. No es justo a la hora de evaluar actuaciones, que se confundan actos atribuibles al Ente gestor de la Institución de un Sistema Sanitario, con actos médicos como ocurre a menudo.

Claro que hay que controlar el gasto, las demoras, los desajustes y los actos inadecuados, pero para ello hay que investigar cuáles son las causas y preguntarse después si ésta, la actual Arquitectura organizativa de la Atención Sanitaria en Europa constituye –causalmente– el estroma más adecuado. La cuestión es si en este último corto medio siglo, algo no se ha construido bien, porque algunas de las variables que intervienen no hayan sido bien consideradas. Aún están por venir nuevas oleadas de avances médicos, técnicos y científicos, por lo que persistirá la obligación ética de reflexionar políticamente sobre la ineludible necesidad de encontrar para el mundo venidero, un nuevo y más adecuado escenario de la atención a la salud y la enfermedad de la Humanidad. Intuimos que ese necesario escenario no se encontrará ahora, ni hoy, porque parafraseando a Einstein: “Los problemas del mundo no pueden ser resueltos por las cabezas de las personas que los crearon”.

Nuestro José María López Piñero en 1982, joven, dejaba escrito “La Medicina es su Historia, la Historia de un largo, emocionante y fascinante movimiento humano, no terminado y además interminable, que enfrenta al Hombre con su último destino. Por todo lo dicho ante un mundo estresado, que está entrando en un cambio de Era, es necesario transmitir ese mandato ético médico preservado durante milenios, en el que ante el progreso, el médico siempre ha de estar para mantener la dignidad del ciudadano enfermo, procurarle alivio y prestarle sus conocimientos y apoyos.

Reconforta saber, que existe constancia de que a pesar de los temores e incertidumbres que nos acompañan a todos, en Europa y por tanto igualmente en España, los médicos pertenecen a unos de los más respetados grupos profesionales de la Sociedad. Recientemente el Foro de la Profesión Médica (FPME) ha iniciado el procedimiento formal de solicitud, para que la relación médico-paciente sea reconocida como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad a salvaguardar por la Unesco. Es de esperar que se consigan los apoyos adecuados para que ese objetivo se vea pronto cumplido.

Conociendo al Dr. Cristóbal Zaragoza Fernández y sabiendo el largo camino de donde viene, no nos sorprende el tema ambivalente que hoy nos ha ofrecido, invitándonos a todos a hacer una parada y pensar. Nos felicitamos por poder acogerle como nuevo miembro de ésta longeva, vital y activa Real Academia, porque viene a enriquecernos con su Bonhomía y su saber hacer y porque nos consta que él es sabedor, de que quien más sube y más tareas asume, no es más libre, sino más responsable.

Gracias.

Bibliografía

ARRUBARRENA VM. La relación médico-paciente. *Cirujano General*. 2011; 33 (Supl 2) 122-5.

BEGER H.G., Die chirurgische Schule zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Deutsche Ges. Chirurgie Mitteilungen*. 104-108.

EVAN C. Contexto social de la educación médica. En : Cox, Kr.,Evan CE, Eds. *La docencia en Medicina*. Barcelona: Doyma, 1990; 10-16.

HEBERER G. Chirurgie in Spannungsfeld des technischen Fortschritts und des ärztlichen Auftrages. *Deutsche Ges. Chirurgie Mitteilungen*. 1988; 4: 122-125.

HERNÁNDEZ-TORRES I, FERNÁNDEZ-ORTEGA MA, IRIGOYEN-CORIA A, HERNÁNDEZ MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en Medicina familiar. *Arch Med Familiar*. 2006; 8 (2) 137-43.

LEÓN FJ. Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva. *Biomedicina*. 2006; 2 (3) 257-60.

LÓPEZ PIÑERO JM. La sociedad suicida. En: Gabinete Estudio Soc. B. Krief, eds. *Estudio sociobiográfico de la Medicina. Pasado, presente y futuro*. Madrid, Gráficas Nilo, 1982; 358-356.

MAIO G. VON DER. “Chirurgischen Schule” zur evidenzbasierten Chirurgie. 1- 2013; 20-27.

MEDRANO J. *La formación médica pregraduada en el proceso de la Unión Europea*. Discurso de recepción como Académico Electo. RAMCV Mayo 1994.

MORALES MÉNDEZ S. *El cirujano del siglo XXI*. Discurso Inaugural del Curso Académico. Real Academia de Medicina de Sevilla. 26 enero de 2006.

NARBONA B. *Defensa de la responsabilidad personal. Responsabilidad personal en Medicina*. Discurso de recepción como Académico Electo. RAMCV 27 febrero de 1970 (1-17).

SCHIPPERGES H. *Entwicklung moderner Medizin. Probleme, Prognosen, Tendenzen*. Stuttgart, Genter Verlag, 1971:266.

ZARAGOZA C, VILLALBA S, TRULLENQUE R, COMPANY R. Cirugía mínimamente invasiva: 100 pacientes intervenidos consecutivamente en cinco meses. En: *Cirugía Mayor Ambulatoria*. Barcelona: Forum Sintex, 1995. p. 89-92.

ZARAGOZA C. Ansiedad y preocupaciones prequirúrgicas en el paciente y sus cuidadores en CMA. *Cir. May. Amb.* 2003; 8 (2) 106-8.

ZARAGOZA C. *La CMA: Una evolución de la asistencia quirúrgica en el s. XX*. Ed. Diputación Valencia. 2003.