

# DISCURSO

PRONUNCIADO POR

**EXCMO. SR. DR. D. ARTURO  
FERNÁNDEZ-CRUZ**

CATEDRÁTICO DE MEDICINA INTERNA  
PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN FERNÁNDEZ-CRUZ  
DIRECTOR DE LA REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA

## LA REBELIÓN DE LOS MÉDICOS





## PALABRAS DE AGRADECIMIENTO

*Excelentísimo Señor Presidente  
Excelentísimos Señores Académicos  
Señoras y Señores:*

Permítanme, en primer lugar, que manifieste mi más sincero agradecimiento por el honor que es para mí pertenecer a la Real Academia de Doctores, pero de forma muy especial quiero agradecerle a nuestro Presidente, el Excelentísimo Sr. D. Rafael Díaz Llanos y Lecuona, la consideración de presentarme, así como la amabilidad y paciencia que ha tenido conmigo para formalizar este acto.

Me gustaría, por otra parte, destacar que me siento muy satisfecho en este momento por la presencia de personas tan distinguidas que dentro de la Academia están hoy aquí presentes, así como la audiencia dispuesta a escuchar mi discurso de aceptación. Como científico estimo que la ciencia no conoce fronteras aunque la cultura y las tradiciones nacionales modelan de forma considerable las actitudes del científico, y particularmente del médico, que se traduce en su práctica diaria. La Academia, y particularmente la de Doctores, diseña su actividad con ese criterio internacional. Este se expresa en la desaparición de la especialidad como limitación en la selección de sus miembros con el afán, tal vez, de obtener ese sueño intelectual y es de que las personas se parezcan cada vez más unas a otras. Parece, pues, una idea futurista que un catedrático de Medicina Interna como yo, entre a formar parte de la Academia de Doctores que reúne miembros de todas las Especialidades y Academias; el hecho es, sin embargo, que este sueño es en el momento actual una realidad.

No me gustaría ser repetitivo, pero quiero agradecerlos a todos, la presencia hoy aquí y ofrecerme de forma incondicional a las labores de esta Academia.

*For every problem in the world, no matter how complex and difficult, there is always a simple solution. And that solution is always wrong.*

H. L. MENCKIN

## LA REBELIÓN DE LOS MÉDICOS

Excmo. e Ilmo. Sr. Presidente, miembros e invitados de la Academia, señoras y señores:

En esta mi primera disertación ante ustedes he decidido escoger un tema polémico como debe ser al espíritu de la Academia. Por otra parte, entendiendo que muchos de ustedes no son biólogos, me ha parecido más prudente el disertar sobre un tema asequible y que probablemente está, inclusive más cerca de su razonamiento que del mío.

### CONCEPTO DE ESCLAVITUD Y REBELIÓN

Ustedes convendrán conmigo que el hombre podría ser clasificado como un animal gregario que se mueve por interés. En los seres humanos existe por otra parte, un conflicto constante entre el individuo y el grupo, un conflicto que generalmente es subjetivo y se libra en la mente del individuo, pero que en ocasiones adquiere el carácter de abierto desacuerdo. Todo hombre se considera a la vez un individuo y un miembro de un grupo. De esta forma ha considerado necesario fabricar códigos y prohibiciones a la par que un complicado sistema de premios y castigos. Casi todo lo que anda mal en las relaciones del hombre con el hombre, anda mal porque los impulsos individualistas se imponen a los impulsos de grupo, particularmente en aquellos casos en que el propio interés o el interés del grupo reclaman lo contrario. La cohesión social es únicamente efectiva cuando tiene una contrapartida psicológica en los sentimientos de los miembros del grupo. De tal forma la cooperación entre seres humanos puede ser voluntaria por am-

bas partes o puede ser en una de ellas mera sumisión a una fuerza superior. La superioridad de los hombres sobre las mujeres o de los padres sobre los hijos se basó, originalmente, en la superioridad de la fuerza física. Sin embargo, poco a poco se reconoció que la fuerza no debe ser empleada por los particulares en sus relaciones privadas, sino que únicamente se empleará por el Estado, de acuerdo con la Ley.

Cuando una minoría belicosa conquista a una mayoría pacífica se apoya, al principio, únicamente en una fuerza superior, pero luego se convierte en una aristocracia hereditaria e inventa alguna mitología para perpetuar su superioridad. La esclavitud siempre se ha basado en una guerra. Un esclavo no es más que un cautivo de una guerra o el descendiente de un cautivo.

Es paradójico que, en un mundo como el nuestro, donde la evolución de la ciencia ha marcado unas brutales diferencias con el hombre antiguo, sea en la tecnología de la conducta donde se han verificado muy pobres progresos. Así, por ejemplo, si Sócrates o Platón asistieran a una reunión de físicos, matemáticos, arquitectos o biólogos, posiblemente no gozaríamos de su participación activa. Sin embargo, si el debate se desarrolla sobre la conducta humana, sus brillantes tesis serían todavía vigentes y se convertirían indudablemente en las figuras de la discusión. Este hecho no pondría en evidencia las cabezas privilegiadas de Platón y Aristóteles, sino que más bien ilustrarían el pequeño avance que se ha efectuado en la tecnología de la conducta.

Dentro del lenguaje democrático de nuestros días las técnicas de poder se enfrentan con frecuencia con hechos que prueban lo que anteriormente hemos enfatizado dado el poco éxito que el diseño de su gestión genera. En su virtud, el seguir utilizando técnicas aversivas o coercitivas para imponer una Ley tienen dentro del lenguaje de la conducta dos tipos de lectura bien validadas: o la aceptación sumisa, que es equivalente al concepto de esclavitud, o alternativamente la rebelión.

## LA REVOLUCIÓN DE LA LONGEVIDAD

La experiencia médica constituye una de las piezas fundamentales para definir el razonamiento en Medicina. En realidad, si una experiencia no conduce a reevaluar de forma crítica actitudes y decisiones, es en realidad un acto inútil.

A lo largo de estos últimos 60 años, el pensamiento médico ha ido perfilando lo que se ha venido en llamar la teoría del consenso. La Medicina, tradicionalmente considerada como el arte de hacer una ciencia, ha diseña-

do nuevas herramientas que le permiten adquirir credibilidad dentro de sus criterios probabilísticos.

El crecimiento de la población mundial, es resultado, no sólo de un mejor control de la natalidad y de notables mejoras en la viabilidad de los recién nacidos e infantes, sino que los cuidados médicos en general constituyen la piedra de toque que ha dado lugar a la nueva revolución en la sociedad. Nos estamos refiriendo al aumento de la expectativa de vida por encima de los márgenes de los 73 años, para la mayoría de los países de la órbita desarrollada. De esta forma, aparece una nueva preocupación social que dedica su atención al número creciente de individuos que alcanzan la denominada edad geriátrica. El atractivo de hacerse viejo con óptima calidad de vida que permita disfrutar del baúl de los recuerdos con una buena forma física, es el sueño de un adulto joven en 1988.

Este hecho nos permite afirmar de forma inequívoca que nuestro siglo no necesita mirar hacia atrás en lo que se refiere a criterios sanitarios con imagen de haber construido un error. Es actitud común entre los grupos políticos denominados verdes, estimar que la civilización no ha hecho más que crear a su alrededor mecanismos que destruyen el ecosistema y en su virtud que tienen carácter regresivo. Este hecho, que es fácilmente refutable, no es ni siquiera tolerable cuando nos acoplamos al lenguaje médico. Nada más fácil que recordar cuál era la expectativa de vida en las civilizaciones primitivas que no superaban los 31 años, para poder concluir con credibilidad que esta afirmación no es sostenible. Déjenme pues, en este momento, hacer algunas consideraciones sobre estos hechos.

En 1981 la población por encima de los 65 años en nuestro país, publicada por el Instituto Nacional de Estadística, fue de 4.385.000.

En 1983 se produce un hecho histórico en los Estados Unidos, y es el que la población de más de 65 años supera en número a la quinceañera que hasta entonces había dominado en casi todo el orbe. Para el año 2000 se estima que la población mundial se colocará en una cifra de 6.001 billones de individuos que contrasta con la cifra de 1984 de 4,7 billones<sup>1</sup>.

El hecho chocante radica en que esta tasa de crecimiento se realiza a pesar de haber disminuido las tasas de natalidad por el éxito de los programas de planificación familiar efectuados en la gran mayoría de países en la Tierra. La explicación radica en que, por ejemplo, en 1970 eran 370 millones de habitantes aquéllos que superaban la edad de los 60 años (dato ofrecido por las Naciones Unidas), mientras que entre ahora y el año 2000 se espera doblar esta cifra. Como criterio adicional se estima que el 60% de estos individuos se localizarán geográficamente en la órbita de los países desarrollados. Con el fin de hacernos una idea más práctica de los datos que

aquí hemos ofrecido, podríamos afirmar que en el año 2025 uno de cada siete ciudadanos en el mundo superará los 60 años de edad<sup>2</sup>. Es aquí pues, donde radica el concepto de la revolución de la longevidad.

Otro hecho al que me gustaría prestaran atención sería aquél que separa los términos de envejecer y senescencia<sup>3</sup>. El envejecer no es más que adquirir madurez desde un punto de vista biológico, mientras que la senescencia es un vocablo que se acerca más al concepto de deterioro del individuo como consecuencia del devenir de sus años y que conduce inexorablemente a la muerte natural. De una forma simple, nosotros los biólogos admitimos de forma consensuada, que la vida humana tiene una codificación genética, lo que delimita un nuevo vocablo procedente de la literatura sajona que es *The maximun life span potencial* (MLSP), la máxima duración de vida posible<sup>4</sup>. Para la especie humana se ha cifrado esta edad entre los 115 y 125 años<sup>5</sup>. El alcanzar pues, esta cifra, depende del denominado fenotipo de la senescencia, que se expresa en los tejidos que envejecen en base a la acumulación de mutaciones puntiformes en el DNA, o alternativamente en el denominado *catástrofe en el error de la síntesis de proteínas*<sup>4,6</sup>.

Esto explicaría en parte la relación que existe entre la incidencia de las neoplasias y la senescencia. Con el fin de imaginar lo que hasta ahora hemos descrito, me gustaría afirmar ante ustedes que el fenotipo no es más que la lucha entre el gen que codifica nuestra vida y el ambiente. Otro nuevo concepto se introduce pues aquí, y es el estimar al medio ambiente como causa de enfermedades que lleven a la muerte del individuo. Pero viendo esta afirmación por su parte positiva, sería el reto para la Medicina el controlar este medio ambiente para prevenir las enfermedades y aumentar la expectativa de vida.

Un número de teorías han emergido a la luz de los conocimientos biológicos para interpretar la lectura de este medio ambiente en el código genético. Me voy a referir aquí a las dos que con mayor credibilidad han llamado mi atención. La primera de ellas es la denominada de la *desdiferenciación*<sup>7</sup>. Ésta se basa en que las células en sus divisiones se van apartando progresivamente de su capacidad para diferenciar adecuadamente, con lo cual se llega por esta vía a definirla como el camino del envejecer.

La otra teoría denominada *de los radicales libres*, lleva a un gran número de mis pacientes a consumir regularmente una vitamina, que es la vitamina E. El concepto fue introducido en 1941 por Bjorsten<sup>8</sup> al entender que el organismo se defiende de los radicales libres producidos por las reacciones bioquímicas celulares, así como los denominados moduladores o reguladores que se produce en el interior de la célula, como consecuencia de ser ésta expuesta a concentraciones farmacológicas de sustancias que se admi-

nistran por vía exógena. Los genes que clonan las enzimas de la oxidación de la célula, entre ellas: la super óxido desmutasas, catalasas, hidrógeno per oxidasas, glutatión per oxidasas, cerulo plasminas, así como los genes que clonan las sustancias que influncian el metabolismo de los potencialmente sustratos antioxidantes (por ejemplo: el ácido úrico, vitamina C, vitamina E y glutatión), han sido considerados con la lipofuscina como los verdaderos marcadores del envejecimiento celular. El manejo adecuado de esta maquinaria permite en realidad aumentar la expectativa de vida de los animales experimentalmente y abrir un futuro prometedor para la Medicina del presente.

## LA PRÁCTICA MÉDICA EN SU NUEVO ENTORNO. LA MEDICINA COMO EMPRESA Y NEGOCIO

Vinculada a esta nueva *revolución de la longevidad* ha surgido una preocupación que se centra en el gasto que implica este cambiante *cuidado crónico* de los pacientes en general y de edad en particular. De esta forma, aparecen nuevos vocablos médicos como el *critical drugs*, *critical diseases* y *critical patients*, que correspondería a la traducción española de fármacos y enfermedades de uso especial en pacientes críticos<sup>9</sup>. Esta preocupación por el gasto ha generado la necesidad de planificar la supervivencia en la Tierra en los años venideros, en relación con el número creciente de habitantes para unos recursos estimados como limitados. Adicionalmente creo que ustedes aceptarán conmigo la diferencia abismal que existe entre los países denominados desarrollados y aquéllos que están por debajo de ese límite teórico del desarrollo. Como ejemplo de esta preocupación, me gustaría ilustrar las nuevas actitudes que se han generado con la aparición del síndrome de inmunodeficiencia, mundialmente conocido como SIDA. Esta enfermedad que, como la mayoría de ustedes conocen, procede y es mucho más frecuente en poblaciones del Tercer Mundo, tales como las del continente africano, tienen una connotación dramática y es la de que aquél que padece la enfermedad lleva implícita su sentencia de muerte.

Ante estos hechos las autoridades políticas y sanitarias, así como el sentido común de la población, han roto con los programas de planificación de la natalidad generando en su virtud mayor prole con el fin de obtener supervivientes a esta enfermedad, que en sí es un límite al crecimiento de la población. Este ejemplo ilustra cómo hábitos de los individuos pueden hallarse relacionados específicamente con el desarrollo de un proceso morboso que adquiere dimensiones de epidemia.

Muchos de ustedes se preguntarán dónde está el punto de conexión entre lo que yo aquí estoy disertando y el título propósito de ésta mi primera intervención en la prestigiosa Academia de Doctores. La relación radica en que estos hechos han diseñado una nueva preocupación en los médicos que desde su entrenamiento en el pregrado debieran prestar atención, no sólo a la cura de las enfermedades, sino también a planificar una medicina preventiva que permita tener una edad adulta saludable.

Recientemente hemos llegado a desterrar conceptos tan clásicos dentro de la Medicina primaria, como aquéllos que se referían a estimar tensiones arteriales, cifras de glucemia, de colesterol, hematócrito, hemoglobina, etc., como compatibles con la edad de un sujeto y por lo tanto, cambiantes en relación con el envejecer. Tal vez el concepto más importante que emana de la nueva fisiología del envejecer radica en que desde el punto de vista clínico y de examen de laboratorio, no existe en realidad ningún cambio. La constante discriminación de la Medicina terciaria en los hospitales al hombre o mujer de edad, lleva en nuestros días a enfrentamientos entre los médicos en un debate que está todavía sin llegar a originar un consenso.

Las unidades coronarias e intensivas viven en muchas ocasiones en flagrante delito de mala práctica cuando estiman como una actitud heroica el luchar por la supervivencia de un semejante que está por encima de los 70 años y que tiene en base a los criterios estadísticos una pobre esperanza de salir beneficiado. Así, infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares, sepsis, fracasos renales, constituyen la experiencia habitual de debate interno de los grandes hospitales.

La moderna Geriatria es la nueva voz de la conciencia médica, que nos hace reevaluar de forma crítica la posible negligencia de nuestra actividad ante los sujetos que superan los 70 años.

Últimamente se ha publicado en los EE.UU. el libro titulado *Setting the limits of medicine*, que ha desencadenado una grandísima polémica, puesto que el autor plantea que por encima de los 80 años, la medicina, sobre todo la pública, debiera abstenerse de tomar determinaciones de intervención médica que tiene según su autor carácter heroico. Me refiero al *by-pass* coronario, a los trasplantes de cualquier índole, al intento de recuperación de enfermedades que den lugar a secuelas entre otras. Su autor estima que la medicina en su gran avance es capaz de mantener la vida de los sujetos inclusive de forma artificial. Este hecho se basa en asumir que por encima de los 80 años, es difícil encontrar una calidad de vida que sea considerada como óptima para el gasto público que esto generaría. En su virtud defiende que estas actitudes quedarían en manos exclusivamente de la medicina privada, en la que los individuos debieran asumir el gasto que esto generara.

## LA SALUD PÚBLICA. EL NUEVO RETO

En todo este entorno el médico se encuentra además en manos de los nuevos conceptos de salud pública, que emanan de las experiencias médicas que se han diseñado con participación de un gran número de países, para validar actitudes beneficiosas para tratar las enfermedades.

De esta forma, la aproximación de las autoridades sanitarias o empresariales relacionadas con la Medicina, se hace en base a datos y criterios estadísticos. Con el fin de ilustrar con ejemplos esta afirmación señalaría que dentro de la órbita occidental y de los países desarrollados, fundamentalmente son dos las enfermedades que se consideran la causa que produce a mayor número de individuos la muerte por enfermedad. Una es la enfermedad cardiovascular, cuya dimensión podríamos estimarla en la muerte anual, en los EE.UU., de 550.000 personas habiéndose estimado que produce mundialmente un gasto de 200 billones de dólares cuando se incluyen las horas de productividad que dejan de generarse como consecuencia de la incapacidad que esta enfermedad origina. La otra enfermedad es el suicidio, que es la primera causa de muerte por debajo de los 45 años en países como Suecia, Suiza y Holanda. En este momento podríamos afirmar que el 25% de todas las camas de los hospitales norteamericanos están ocupadas por pacientes que padecen de enfermedad mental y que afecta a 14,5 millones de personas de todas las edades. De nuevo en estadísticas norteamericanas cerca del 15% de los americanos han sufrido un episodio importante de depresión. Asociada a esta enfermedad, en alguna forma curable, aparece la apatía y la falta de motivación, otra de las preocupaciones de los órganos sanitarios.

Pero estos criterios que hablarían de la incidencia dentro de una determinada población que no es imaginable se reproduzcan en otra mientras no se halla refrenado, trae como consecuencia la necesidad en todas las regiones y países del mundo de planificar dichos estudios para jerarquizar los problemas médicos. De tal forma que, es imposible mantener los ejemplos históricos sobre el padecimiento de enfermedades en otras zonas del planeta y esto hacerlo superponible a la nuestra.

Otro hecho que ilustra el increíble gasto que genera la salud pública, es la actitud médica de intervención sobre las enfermedades en base a la agrupación cooperativa de hospitales, universidades, países, que generan la información que permite garantizar a un individuo que para el problema que le aqueja ésa es la terapéutica de elección. Me refiero a fármacos para tratar la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca y coronaria, la diabetes, la

artritis reumatoidea, la leucemia, el cáncer de colon, el cáncer de mama y tantas y tantas otras enfermedades.

El médico, con estos nuevos conceptos que han sido ofrecidos por el manejo de la estadística en diseños epidemiológicos, da de esta forma calidad científica a su arte médico, y por ello es susceptible de caer en la mala práctica cuando no los sigue.

El otro hecho que me gustaría destacar es el descubrir la apasionante teoría de que determinadas enfermedades que están dentro del concepto de la órbita cardiovascular no ofrecían incidencia estadística importante antes de la Guerra Mundial. Asimismo, existen lugares en el planeta en donde la prevalencia de esas enfermedades es muy pobre. De ello se infiere que, el ambiente con los hábitos y estilos de vida son los responsables de la realización fenotípica de un genotipo de predisposición. Pero esta brillante afirmación tiene detrás de sí una de las más importantes tareas y, por qué no, el reto de prevenir dichas enfermedades una vez identificados los factores realizadores.

## LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA ANTE UN CONFLICTO DE INTERESES

Este médico pues, se enfrenta en su práctica diaria con dos tipos de patrones. Por una parte, la administración pública, como lo es en la mayoría de los países europeos que han sufrido una aproximación socializada de la Medicina. Por otra parte, la empresa privada que diseña un tipo de seguro médico en la que el ciudadano cubre por sí mismo los gastos que genera el cuidado de su salud.

La Medicina lleva implícito un coste en verdad muy alto. Todo planteamiento de empresa requiere el balance costos-beneficios. Los médicos, por nuestra formación tradicional, no le hemos prestado mucha atención al costo de los avances médicos que constituían para nosotros una gratificación al ver aumentar el número de individuos que sobreviven a las enfermedades y que tienen, de esta forma, una mejor calidad de vida.

## LA REBELIÓN MÉDICA

La rebelión de los médicos se ha producido coetáneamente, de una forma o de otra, en toda la órbita desarrollada. Recientemente la prestigiosa revista *New England Journal of Medicine* ha dedicado secciones de su publicación a este tema<sup>10,11,12</sup>. El planteamiento visto a *grosso modo* en EE.UU.

es el de que las empresas de seguros norteamericanas, que han generado hospitales privados para sus asegurados, han dejado de estimar que la prioridad se centra exclusivamente en la calidad del servicio médico que ofrece independiente del gasto que éste generará. De tal forma que, los nuevos empresarios han ido recortando la libertad de los médicos afiliados a dichos seguros repercutiendo en el tipo de cuidado médico que éstos impartían y, cómo no, también a la postre en su propio nivel de ganancias. El enfrentamiento entre los médicos y los ejecutivos de esta industria ha llegado al extremo de definir un movimiento de rebelión. Ésta ha consistido en el boicot por parte de los médicos de la asistencia e ingresos a los hospitales que pertenecen a asociaciones como *Medicare*, *Medicaid* u *Hospital Humana*, entre otros, buscando otras instituciones privadas y diseñando lo que se llaman grupo de práctica conjunta, *diagnosis related group*, en la que varios médicos ejercen su medicina y vende de forma independiente su servicio médico. En EE.UU. esta situación lleva implícita un matiz que en este caso tiene extraordinaria relevancia; me refiero al seguro de mala práctica médica. La mayoría de ustedes estarán familiarizados con el hecho de que en las oficinas de los abogados norteamericanos se toma por rutina cualquier demanda de un paciente contra un hospital o un médico, puesto que la pérdida de algunos casos se ve compensada con la diana en unos pocos. Esto ha llevado a que determinadas profesiones, entre las que se cuentan los ginecólogos, pediatras y cirujanos, se agobien en el intento de cubrir los seguros de mala práctica médica y hagan que su chequeo médico se haga mucho más costoso. Esto ha determinado el que la compañía aseguradora de los pacientes responsabilice al propio médico de la cobertura parcial o total de dicho seguro, que es una forma indirecta de reducir sus ingresos. Obviamente, en un régimen de medicina privada, esto conduce a un encarecimiento del acto médico.

No es necesario tener mucha sensibilidad para comprender el malestar que se genera en los profesionales de la Medicina por el acoso que estas situaciones le originan no dejándole practicar de forma sosegada, como la profesión requiere, su acto médico. El médico norteamericano grita en estos momentos a su sociedad por ayuda que se refleja en revistas de tanta difusión como el *Time* o el *News Week*<sup>13,14</sup>. Esta llamada se centra en que de nuevo sean los profesionales de la Medicina los que puedan decidir sobre el diseño sanitario que ellos han trabajado concienzuda y críticamente por el bien de la humanidad.

En España la situación no es exactamente la misma. Para empezar estos hechos se pueden iniciar en una etapa vital que yo no he vivido y que se puede relacionar con la planificación del número de médicos a cubrir

anualmente en relación con las necesidades de nuestra sociedad y, por qué no, con el tipo de profesional que se intentó conseguir a través de los estudios universitarios. El divorcio entre la Academia y la creciente actividad del actual Insalud ha llevado a la creación de un número excesivo de profesionales que, en muchas ocasiones, por pertenecer a hospitales mal dotados para la docencia tienen una formación deficiente. Por otra parte, el gasto que en sanidad se ha venido dedicando por los diferentes gobiernos que nos han precedido, ha sido siempre inferior al 3% en comparación a cifras superiores al 10% del producto nacional bruto, que es la inversión en los EE.UU. Esta pobre inversión detectada y denunciada por la comunidad médica, ha ido constituyendo la base para que al tomar el gobierno actual la decisión de perfilar una nueva ley de sanidad que compromete nuevas actitudes y salarios para los médicos, se genere un disconfort que ha dado lugar a un malestar muy extendido.

## **CRISIS DEL SISTEMA SANITARIO. INDIGENCIA MÉDICA**

En los últimos años se ha ido informando progresivamente a la opinión pública de la falta de un programa sanitario que cubra todas las necesidades básicas de salud para todos. Las listas de espera, la indigencia hostelera de los grandes hospitales, su falta de dirección y administración adecuada, su desconexión con la población sectorial sanitaria que le corresponde y la falta de previsión para estas zonas rurales, son razones más que suficientes para crear el clima de desaliento y apatía dentro de los que trabajamos en el cuidado de la salud. El agobio que supuso la no comunicación entre los representantes gremiales de los médicos y el Insalud fue en realidad la última gota que colmó el vaso y lo hizo rebosar.

En los EE.UU. esta revolución en la financiación del cuidado de la salud que hemos apuntado ha dado lugar a una contrarrevolución que demanda mayor intervención estatal para amortiguar el descontento y desconfianza creado por el aumento del número de personas sin seguro médico, la resistencia de los afiliados a pagar sin calidad, las dificultades financieras de las compañías aseguradoras y la preocupación creciente por el deterioro en la relación médico-enfermo.

Por otra parte, en España queda claro que los sistemas de poder sanitario han intentado imponer amenazando con técnicas coercitivas lo que es el diseño que debiera ser producto de un consenso dialogado. La Medicina como producto de consumo se ha manipulado por ambas partes. De ello ha resultado en estos últimos días el deterioro en su imagen pública con mo-

tivo de dicho enfrentamiento. Los Colegios de Médicos, y de forma unitaria los médicos en general, han tenido que agruparse para salvar su imagen y su futuro en una práctica médica efectiva de rango social y de servicio público eficiente.

En general, sólo el lenguaje de la gratificación logra romper los esquemas clásicos que definen los impulsos anárquicos del hombre que le impiden ceder en un principio a lo que no sea una fuerza superior. En una comunidad civilizada, se entiende que la fuerza debe ser ejercida por el Estado conforme a ciertas normas que constituyen el Derecho. Tanto en los EE.UU. como en España, la aplicación de la Ley resultaba en la reducción de las libertades del médico, para orientar una exploración o una terapéutica sin límites de coste en sus pacientes; así como la repercusión que ello tenía en el decremento de su propio salario como consecuencia del seguro de mala práctica en los EE.UU. o la Ley de incompatibilidades en España. La consecuencia ha sido la indignancia médica, como expresión de la rebelión.

## EPÍLOGO

Déjenme terminar con un pequeño ensayo filosófico sobre lo anteriormente expuesto. He sido siempre un firme defensor, tal vez por mi formación como biólogo, de que un organismo no es sino una transición, una etapa entre lo que fue y lo que será. Para la Biología moderna lo que caracteriza principalmente a los seres vivos es su actitud para conservar la experiencia pasada y transmitirla. Los dos puntos de ruptura de la evolución, la emergencia de la vida y más tarde la del pensamiento y el lenguaje, corresponden cada cual a la aparición de un mecanismo de memoria, la de la herencia y la del cerebro. La herencia, se describe hoy en términos de información de mensaje, de código. Pocos fenómenos se manifiestan con tanta evidencia en el mundo de lo viviente como la formación de un semejante por su semejante. El niño se da cuenta enseguida que el perro nace del perro y el maíz del maíz. El hombre ha sabido interpretar y explotar la permanencia de las formas a través de las generaciones. Sin embargo, para obtener unas buenas cosechas no es ya suficiente esperar la luna llena o hacer sacrificios a los dioses antes de la siembra, sino más bien saber elegir ante las diversas variedades. No eran pocos los campesinos de la prehistoria que como el héroe de Voltaire creían que a los enemigos se les aniquilaba con una mezcla sabia de plegarias, encantamiento y arsénico.

La historia de la Biología no es el resultado de una evolución gradual de las ideas, sin obstáculos, revoluciones ni rupturas, siendo cada una de

sus etapas el corolario natural de las etapas precedentes. No se trata de esas historias llenas de nombres de precursores, descubridores y azares en los descubrimientos que recuerdan a los libros de historia, del pensamiento premarxista y precientífico, escritos mediante listas de emperadores, reyes y papas, con intuiciones geniales y azares que determinaron el devenir histórico. No existen azares ni se trata de un libro de caballería.

La historia de la Biología en la que está inserta la Medicina es la imagen de una lucha por la experimentación científica en las que se analizan sus fases, sus rupturas, sus revoluciones, sentando así las bases de una historia materialista de una ciencia.

Los aspectos psicosociales de la Medicina y su repercusión en la economía la hacen adquirir una dimensión política que la separa de muchas otras ramas de la biología. La lucha contra un sistema sanitario «inhumano», soportando un funcionamiento ineficiente y presionado por un estado dirigista, crea la atmósfera adecuada para explicar la insatisfacción de un médico biólogo. Nacen aquí deseos de independencia que dentro del colectivo médico se perfilan como una nueva revolución cultural.

En el otro lado de la balanza tenemos, sin embargo, un estado con un programa sanitario que, poco a poco, gana en coherencia y cercanía a los criterios que rigen en la CEE. Este estado se sorprende en ocasiones por lo que algunos han venido a llamar «el obstruccionismo a los programas de salud de un colectivo gremialista».

No creo que en ambas actitudes exista toda la verdad, pero tampoco creo que carezcan de razón en sus planteamientos.

Hablando con criterios de relatividad, yo no soy absolutamente nada sin ustedes, que en realidad permiten que yo sea lo que soy en el día de hoy. El océano necesita de la tierra, los ricos de la existencia de los pobres, los ciegos de los videntes, los pecadores de los buenos de espíritu, los negros de los blancos, el cielo del infierno, el amor de camas solitarias, el enfermo del sano. Son en realidad los contrastes, lo que hacen que la vida ruede.

En realidad, si les digo lo que pienso son muchas las actitudes que se mueven por el criterio de que «¡si conocieran lo que yo conozco! ¡si vieran lo que yo veo!», menospreciando al semejante como interlocutor válido.

Yo creo en actitudes profesionalizadas que se muevan por el sentimiento del amor en abstracto. En realidad el amor es el único sueño que yo conozco y me imagino que sólo lo podríamos recibir si somos capaces de darlo.

La tragedia del ser humano es, en realidad, que eventualmente sufre la pérdida y desvanecimiento de sus sueños. Por ello, el test para medir la grandeza del ser humano, es el descubrimiento de su capacidad para vivir a pe-

sar de la no consecución de los mismos. En realidad, estimo con Frederick Nietzsche que: *aquel que tiene un por qué para vivir, puede soportar cualquier forma de hacerlo*. El médico tiene por formación un por qué, e imagino su capacidad para creerlo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Butler RN. A changing demography. The aging process: Therapeutic implications. Raven Press 1984; 5-12.
2. Jarcho S. Blankkaarts. Dictionary and index to 17th Century Medicine. Bull NY Acad Med 1982; 6:568-77.
3. Leopold AC. Aging senescence and turnover in plants. Bioscience 1975; 25:659-62.
4. Altman PL, Ditler DS. Life span; mammals. In: Growth. Biological Handbook. Washington DC: Fed Am Soc Exp Biol 1962; 445-50.
5. Comfort A. The biology of senescence. New York: Elsevier; 1979.
6. Orgel LE. The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to aging. Proc natl Acad Sci USA 1963; 49:517-21.
7. Cutler RG. In: Adelman R, Roth G eds. Testing the theories of aging. Boca Raton Fla. CRC Press 1982; 25-114.
8. Bjorksten J. Recent developments in protein chemistry. Chem Industr 1941; 48:746-51.
9. Berrein R. What future for primary care private practice? N Eng J Med 1987; 316:334-337.
10. Alper PR. Medical Practice in the competitive market. N Eng J Med 1987; 316:337-339.
11. Relman AS. The changing climate of medical practice. N Eng J Med 1987; 316:333-334.
12. Kralewski JE, Dowd B, Feldman R, Shapiro J. The physician rebellion. N Eng J Med 1987; 316:339-342.
13. The social security crisis: Who will pay? The growing burden on the young. The mounting worries of the old. News Week. January 24; 1983.
14. Grays on the go. Time. February 22; 1988.



# DISCURSO DE CONTESTACIÓN

POR EL

**Excmo. Sr. Dr. D. José Manuel Rodríguez Delgado**  
ACADÉMICO DE NÚMERO

*Excmo. Sr. Presidente*

*Drs. Académicos*

*Sras. y Sres.:*

Es para mí un placer personal y profesional el dar la bienvenida en esta Real Academia de Doctores al nuevo Académico y querido compañero, profesor Arturo Fernández-Cruz.

En esta solemne ocasión quiero empezar por dedicar un elogio y un caluroso recuerdo a la persona que tanta satisfacción habría sentido al ver una vez más los triunfos de Arturo, me refiero a su ilustre progenitor el profesor Arturo Fernández-Cruz Liñán, con el que me han unido lazos de admiración y de gratitud.

Una de las razones de mi venida a España, dejando el maravilloso apoyo científico y económico de la Universidad Norteamericana de Yale, fue precisamente la invitación del profesor Fernández-Cruz padre, que entonces era Decano y estaba organizando la Facultad de Medicina Autónoma de Madrid. La labor del profesor Fernández-Cruz fue de gran trascendencia. Su personalidad cálida y atractiva le rodeó de colaboradores, amigos y admiradores. Tan brillante ascendencia es seguida, y aún superada, por su hijo Arturo, al que hoy tenemos la satisfacción de recibirlo como Académico entre nosotros.

Hay algo profundamente simbólico en este acto: las esperanzas, los esfuerzos y las realidades del ilustre catedrático de Patología Médica de Madrid, están convertidas en realidades y esperanzas en su hijo que también es Catedrático y Académico. Me parece sentir una fuerza transmateral de un espíritu que no desaparece y que continúa activo y fructífero en su descendencia de sangre, de ideas y de realizaciones científicas.

## LA PERSONA

Arturo Fernández-Cruz nace en Madrid en el año 1943. Cursa sus estudios de Medicina en la Facultad de Medicina de Barcelona, licenciándose en el año 1966, y doctorándose en el año 1968.

En 1968 se le otorga el Premio Nacional Fin de Carrera, así como la Orden de Alfonso X el Sabio.

Diez años más tarde, en 1978, gana brillantemente las oposiciones a Cátedra de la Facultad de Medicina de Cádiz, y en 1980 viene a la Facultad de Medicina Complutense de Madrid como Catedrático de Patología General, cargo que sigue ocupando en la actualidad, siendo el profesor y director del Departamento de Medicina Interna en esa Universidad y además el director del Centro para el estudio de Diabetes, Obesidad e Hipertensión del Hospital de San Carlos de Madrid. Recientemente ha sido nombrado director del Centro de Prevención Cardiovascular, uniendo a su gran prestigio la responsabilidad de trazar planes y tratamientos para salvar muchas vidas humanas.

En su formación en el extranjero hay que mencionar su estancia de más de medio año en la Universidad Inglesa de Oxford, y de más de seis años en la Universidad Norteamericana de Yale, donde tuve el placer de reanudar nuestros contactos personales y científicos.

En la experiencia del profesor Fernández-Cruz hay que incluir sus actividades como Consultor Internacional de la Sociedad de Vigilancia de Peso Corporal; el ser miembro del Consejo Médico de *Merck, Sharp and Dome International*; y miembro del grupo *International Lipid Information Bureau*; Investigador Principal para España de la *World Health Organization (WHO)* en el Programa para la Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares; Asesor del Instituto Carlos III en su rama de Cardiología.

Como puede suponerse, el profesor Fernández-Cruz pertenece a numerosas sociedades, entre las que hay que destacar las siguientes: Sociedad española de Nefrología; Sociedad Española de Geriátrica; Sociedad Española de Medicina Interna; Sociedad Española de Cardiología; *American Diabe-*

*tes Association; American Heart Association; European Clinical Society of Investigation; International Society of Hypertension; Sociedad Española de Medicina Nuclear; Sociedad Europea de Cardiología; British Diabetic Association.*

Una actividad importante entre las muchas del profesor Fernández-Cruz es la de ser el presidente de la Fundación Fernández-Cruz, que tiene como objetivos la investigación biomédica y promoción de la educación médica.

Sus publicaciones suman más de 68, estando realizadas tanto en revistas españolas, como en otras internacionales de gran prestigio.

Su interés investigador se ha centrado en temas cardiovasculares y endocrinológicos en los que ha alcanzado una notable reputación internacional por el interés de sus estudios y por la altura científica de sus escritos.

Por último, es director de la prestigiosa publicación médica, Revista Clínica Española, que fundara el profesor Jiménez Díaz.

## EL DISCURSO DE INGRESO

Hay que reconocer que estamos en una etapa histórica poco satisfactoria, marcada por un peligroso desequilibrio entre el gran desarrollo material y el lento progreso moral. Los rapidísimos avances científicos e industriales contrastan con su frecuente uso indebido, con el poco avance de principios humanitarios y con la generalizada insatisfacción personal.

La reacción de las generaciones jóvenes suelen ser de rebeldía frente a las injusticias sociales, de protesta respecto a los deficientes sistemas educativos, de repulsa de los inmensos dispendios guerreros. Existe una creciente desorientación y grandes dudas respecto a la justificación y propósito de la existencia humana.

En este clima de controversia sobre los objetivos de la civilización actual, el profesor Fernández-Cruz nos presenta un excelente e inquietante discurso que titula *La Rebelión de los Médicos*, sabiendo que el tema es polémico pero necesario. El dilema es grande, pues incluso dentro de las democracias se suelen imponer leyes y técnicas aversivas que determinan dos tipos diferentes de conducta: «La aceptación sumisa que es equivalente al concepto de esclavitud o alternativamente la rebelión». Es posible que el dilema sea cierto, pero me gustaría pensar que existen otras opciones más flexibles, modificando inteligentes posiciones extremas para encontrar nuevos caminos de convivencia y cooperación.

Acertadamente nos habla el profesor Fernández-Cruz de la «revolución de la longevidad» con la afortunada expectativa de vida por encima de los

73 años que, sin embargo, trae las preocupaciones del excesivo crecimiento demográfico y de la ocupación de los años añadidos de vida que deberían ser fructíferos y gozosos. En el discurso se presenta una importante distinción entre el envejecimiento biológico que sigue permitiendo muchas actividades, y la senectud deteriorante que limita posibilidades y realidades. El estudio de los mecanismos genéticos, metabólicos, anatómicos y funcionales del envejecimiento de los organismos es un tema de la mayor trascendencia, aunque todavía ignoramos los aspectos más fundamentales. Empezamos a tener tecnologías y tesis de trabajo que nos traen la esperanza de conseguir no solamente más años de vida, sino, especialmente, una mejora en las condiciones de salud y de actividades físicas y mentales.

El capítulo de «la medicina como empresa y negocio» es preocupante porque pone de manifiesto problemas éticos que todavía están sin resolver. El médico, además de curar enfermos, tiene que planificar una medicina preventiva y tiene que valorar el dinero que cuesta la terapéutica que ha de aplicar, planteándose entonces los límites económicos de la medicina, con la tesis mantenida por algunos grupos de que «por encima de los 80 años es difícil encontrar una calidad de vida que sea considerada óptima para el gasto público que esto generaría». El problema es de enorme trascendencia y en verdad que requiere una valoración transdisciplinaria, moral y profesional, que en el momento actual no está clara. Me gustaría que en un futuro próximo el profesor Fernández-Cruz utilizase su reconocido sentido humanista y su experiencia para ofrecer soluciones y opciones que sean realistas y generosas. Su discurso tiene el mérito de inquietarnos y de hacernos pensar.

Hacia el final se presentan comentarios específicos sobre «La rebelión médica», defendiendo la calidad del tratamiento con independencia de su coste económico y considerando los apoyos, a veces bastante limitados, de las sociedades de seguros médicos.

Es cierto que hay una crisis en el sistema sanitario, que se ha deteriorado considerablemente la relación médico-enfermo, que estamos deshumanizando la prestación médica, que padecemos estados y autoridades excesivamente dirigistas y que sufrimos una creciente insatisfacción de médicos y de biólogos. Todo esto requiere nuevos planteamientos y la búsqueda de nuevas soluciones. Por ello, el profesor Fernández-Cruz nos habla de la necesidad de una nueva revolución cultural.

Estando completamente de acuerdo con la tesis, creo que también necesitamos aclarar los métodos a seguir, los resultados a obtener y sobre todo las posibles metas de esta revolución.

No hay que asustarse al recibir en nuestra Real Academia a quien expresa ideas críticas, porque el profesor Fernández-Cruz ha dado muchas prue-

bas de su medida, de su inteligencia y de sus buenos propósitos. Yo creo que el fermento de la juventud y de la capacidad crítica y creadora de Arturo encontrarán un clima apropiado entre nosotros para ayudarle en su tarea tan ambiciosa y tan generosa.

Con nuestro agradecimiento por su brillante presentación y con la esperanza de que éste sea el comienzo de fructíferas colaboraciones, me es muy grato dar la bienvenida a la Real Academia de Doctores al ilustre profesor doctor Arturo Fernández-Cruz.

