

ARTÍCULO ESPECIAL

Gac Med Bilbao. 2016;113(3):129-134



De la multidisciplinaridad a la interdisciplinaridad: Un abordaje holístico de la atención sanitaria

From the multidisciplinary to the interdisciplinary approach: A holistic approach to Health Care

Diziplinartekotasunerako multidisciplinaridad-eko: Osasun-Arretaren abordatze holistikoa

Recibido el 1 de junio de 2016; aceptado el 25 de junio de 2016

Conferencia pronunciada el 19 de octubre de 2013, en el Palacio Euskalduna de Bilbao, como conferencia de clausura del VIII Congreso Nacional de Atención Farmacéutica.

Discurso

Eguerdion adiskide agurgarriak, buenos días a todos.

En primer lugar, deseo agradecer al Comité Organizador, y en especial al Dr. Juan del Arco, Director Técnico del Colegio de Farmacéuticos de Bizkaia, la deferencia de contar conmigo para la ponencia de clausura de este VIII Congreso Nacional de Atención Farmacéutica que les ha traído a Bilbao y, en concreto, a este magnífico Palacio de Eventos y Espectáculos que dirige mi exgerente del Hospital Universitario Basurto, D. Jon Ortuzar.

Repasando el interesante programa científico que ustedes han desarrollado estos días, en los títulos de los talleres, mesas redondas y ponencias, se repiten de forma recurrente términos como “coordinación”, “colaboración interprofesional”, “actuaciones conjuntas”, “participación”, “aprendizaje multidisciplinar”, “comunicación”, etcétera. De hecho, el lema de este congreso reza “Atención farmacéutica: un reto multidisciplinar”.

Da la impresión de que entre los profesionales de las ciencias de la salud existe un deseo, sin duda fruto de una imperiosa necesidad, de trabajar juntos para conseguir los mejores resultados en salud y bienestar para la población a la que atendemos.



Figura 1. El Palacio Euskalduna, en Bilbao, fue la sede del congreso.

Que estas actitudes estén patentes en tiempos de crisis, de crisis económica y de crisis de valores, pone de manifiesto que las profesiones sanitarias aún mantienen un conjunto de valores básicos —un suelo ético como dicen ahora los políticos—, que ejercen de elemento de cohesión entre los diferentes agentes de esta creciente familia que conforman las Ciencias de la Salud.

La mayoría de las personas que estamos hoy aquí congregados somos profesionales cualificados en determinadas áreas de las Ciencias de la Salud.

Somos personas que cuidamos a otras personas porque la sociedad y el Estado nos han facultado —de hecho a los médicos, aparte de galenos y “matasanos”, nos llaman facultativos—, para esta tarea de servicio al prójimo y a la comunidad.

Las profesiones sanitarias estamos siendo el punto de mira y objeto de estudio por parte de los sociólogos desde hace muchos años.

Les interesa mucho lo que hacemos, cómo lo hacemos y cómo han variado nuestra actitud y compromisos a tenor de los cambios producidos en esta sociedad posmoderna de finales del siglo pasado y principios del XXI.

De hecho, el concepto de “profesión” es un concepto sociológico, cuyos atributos son: formación superior; autonomía y capacidad autoorganizativa, código deontológico y espíritu de servicio.

Respecto a la condición de médico al gran D. Gregorio Marañón se le edulcoró la lengua, mejor dicho la pluma estilográfica, al afirmar: la tarea del médico es una misión llena de virtudes, de sacrificio por el estudio y la competencia, de humanidad y generosidad, de entrega del propio tiempo, de la vida misma, a una gran vocación de servicio, plétórica de amor y simpatía a los enfermos sean quienes sean.

Ser médico es una divina ilusión que transmuta la vida del profesional y la emplaza a una suerte de sabiduría y esperanza donde la enfermedad se transforma en salud y la muerte en vida.

Con esta impronta hipocrática, con este suelo ético, hemos tratado de ejercer la profesión los que comenzamos en ella hace ya 40 años (ya sé que esto no me lo creen porque me ven muy joven).

Sin embargo, gran número de colegas de mi edad, y a veces yo mismo, tenemos la percepción de que se están perdiendo los valores del profesionalismo.

Éste es un debate emergente en nuestro país, ubicado todavía en un ámbito más académico que profesional.

Pero el fenómeno empieza ya a preocupar porque la desvirtuación progresiva del ideario profesional, de cualesquiera de los agentes de la asistencia, conlleva un elevado riesgo de desmotivación, insatisfacción y pérdida de la autoestima que acaba debilitando la calidad de la asistencia sanitaria.

Como señala Jovell, el análisis de la historia natural de la profesión médica indica que existe una transición de un modelo virtuoso hacia un modelo más técnico-científico, sin que se haya producido una verdadera reflexión colectiva sobre las potenciales ventajas de combinar ambos modelos.

Algunos hermeneutas de la situación afirman que cuanto más aprenden los médicos sobre cómo tratar enfermedades, más desaprenden sobre cómo tratar a los enfermos.

La historia importa porque la historia explica muchas cosas.

Como señala Elisabeth Kübler Ross, nuestro hoy depende de nuestro ayer, y nuestro mañana depende de nuestro hoy.

Así las cosas, yo creo que los médicos deberíamos

hacer un redoble de conciencia, una catarsis después de responder a la siguiente pregunta: ¿qué significa ser médico? o, mejor dicho, ¿qué significado tiene hoy ser un buen médico?

Probablemente la reflexión nos haría ver con nitidez la diferencia entre el hecho de ser médico —la profesión—, y el hecho de hacer de médico —la ocupación—.

No sé si ustedes, queridos farmacéuticos y farmacéuticas, habrán realizado ya esta catarsis, pero el clamor que se oye y se amplifica desde el Foro Español de Pacientes es éste:

Necesitamos médicos que atiendan, conforten, cuiden y coordinen nuestras necesidades de asistencia sanitaria y que contribuyan al desarrollo de un sistema sanitario que haga la vida del enfermo más humana y digna, siendo sus exigencias mínimas las siguientes:

- Acceso más rápido y más justo a los Servicios Sanitarios.
- Atención Sanitaria personalizada.
- Más tiempo de duración de la visita médica
- Mayor capacidad de elección de profesionales y centros sanitarios
- Disponibilidad de más información.
- Más implicación en la toma de decisiones comparadas.

Ésta es la realidad en la que estamos, una realidad que se ha ido tejiendo en los últimos 50 años y que no ha caído del cielo de repente, como una gota fría.

Como señala Juan Irigoyen, hemos experimentado una mutación total; mutación que arranca tímidamente en los años 80 del siglo pasado, coge carrerilla y toma impulso con el “Informe Abril” en 1991.

Me importa señalar de principio que la puesta en marcha de esta espiral de cambios no se promueve por iniciativa de las profesiones de las Ciencias de la Salud, sino por la de las autoridades sanitarias y los gestores; fruto, a su vez de cambios esenciales en la economía, la producción, el Estado, las instituciones, las normas de consumo, la cultura, la estratificación social, la individuación y las subjetividades.

La reestructuración de los servicios sanitarios y de sus profesionales se ha realizado mediante el desarrollo de la gestión.

Y los gestores son portadores de lo que Foucault denominó “la gubernamentalidad neoliberal”, que no es otra cosa que un modo, un estilo de gestionar cualquier proceso social, de tal manera que se aproveche la energía de los propios gobernados, apelando a su corresponsabilidad.

Los individuos son estimulados a ser activos y a desarrollar iniciativas. Es una forma de poder que mediante la persuasión y la seducción minimiza la coacción explícita.

De esta forma la gestión opera convirtiendo a todos en gestores y el trabajador tiene la ilusión de ser empresario de sí mismo.

La cultura empresarial —*managerial*— actual exige un fuerte compromiso con la empresa o, como dicen enfáticamente Aubert y Gaulejac (1993), una fusión con la empresa.



Figura 2. El profesor Ricardo Franco Vicario, presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Así las cosas, los profesionales de las Ciencias de la Salud, especialmente los médicos, debemos reconocer que nuestra tradicional autonomía, en la manera en la que se formuló hace más de dos siglos, ya no es viable actualmente. Debemos aceptar una formulación más explícita de nuestros compromisos con la sociedad en su conjunto y con el estado en particular, cuyos mimbres contemplan:

- Derechos de los pacientes-usuarios.
- Responsabilidades de los mismos.
- Compromiso por parte del Estado de aportar los recursos necesarios.
- Compromiso del Estado y de la sociedad de respetar la autorregulación por parte de los profesionales.
- Aseguramiento de la calidad de las prestaciones.
- El *partenariado*.

Este último “palabro” —partenariado— significa el desarrollo desde la participación, diálogo, negociación entre diversos actores para establecer un programa de acciones conjuntas.

Según Brinkerhoff (1999), la igualdad en la toma de decisiones y la mutua influencia son las características básicas que diferencian el partenariado de cualquier forma de relación.

Y con el partenariado, que tiene connotaciones semánticas con el vocablo inglés *partnership*, me introduzco en la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias; la famosa LOPS, discutida y recurrida en alguno de sus artículos ante el Tribunal Constitucional.

Esta Ley en vigor, que a todos nos obliga, es según el ex director general de Recursos Humanos y Servicios Economicopresupuestarios del ministerio de Sanidad y Consumo español, el Dr. Jaume Aubia (especialista en

Medicina Interna y Nefrología), una ley que va a ayudar a planificar el futuro, a adelantarnos a los problemas y que debe permitir disponer de nuevos instrumentos para resolverlos a tiempo.

De hecho, ya están surgiendo problemas. En efecto, el pasado 9 de septiembre, lunes, José Manuel Bajo Armas, presidente de la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (FACME), respaldaba la opinión vertida días atrás por Seraffn Romero, secretario general de la Organización Médica Colegial, a propósito de la posibilidad, más bien deseo, de que los farmacéuticos puedan prescribir.

Dentro de los 10 elementos fundamentales del nuevo profesionalismo, en el articulado de LOPS, se destacan precisamente la progresiva consideración de la interdisciplinaridad y multidisciplinaridad de los equipos profesionales en la atención sanitaria, así como la continuidad asistencial de los pacientes.

Da la impresión de que esta colaboración entre profesionales de las Ciencias de la Salud, y entre las subespecialidades de cada una de ellas, es algo nuevo, cuando no es así.

Yo diría que viene de antiguo, que ha existido desde siempre, porque es algo natural, justo y necesario.

Como dato histórico, que no puedo dejar de citar, el ejemplo fundacional de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, que nació en 1895 con vocación interdisciplinar e interprofesional, y que acoge en su seno a todos los licenciados y doctores de las diversas profesiones implicadas en las Ciencias de la Salud, al igual que lo hace la Academia de Cataluña y Baleares, con la que estamos estrecha y fraternalmente vinculados.

En una magnífica revisión sobre este asunto, firmada por Zwarenstein, Goldman y Reeves, bajo el título: colaboración interprofesional: efectos de las intervenciones basadas en la práctica sobre la práctica profesional y los resultados de salud, los autores definen la colaboración interprofesional (CIP) como un proceso en el que diferentes grupos profesionales trabajan juntos para repercutir positivamente en la asistencia sanitaria. Señalan que constituye un convenio negociado entre los profesionales de la salud que reconoce positivamente la pericia de cada especialidad y la contribución que cada uno brinda a la atención de los pacientes.

El estudio aborda las dificultades que surgen entre los diferentes profesionales en el trabajo conjunto: problemas en la dinámica de poder, deficiencias en la comunicación, ausencia de comprensión del papel y responsabilidad de cada uno, y los conflictos debidos a la diversidad de enfoques de la atención a los pacientes.

La Sanidad y la práctica de la Medicina están inmersas actualmente en el proceso de cambio social más importante de su historia.

De nuevo Albert Jorge Jovell y María Dolores Navarro, en un documento de trabajo (98/2006): *Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social*, señalan que los elementos condicionantes de este cambio pueden ser analizados bajo el concepto de “transiciones sanitarias” (aludiendo a las demográfica, epidemiológica, tecnoló-

gica, educativa, laboral, judicial, económica, mediática, política, ética).

Y este cambio hay que gestionarlo, y hay que gestionarlo bien, porque eso que hemos llamado transiciones sanitarias, como elementos del cambio social, van a promover modificaciones específicas en las habilidades, en las actitudes y en los valores básicos de cada una de las profesiones que conforman las Ciencias de la Salud.

Dos ejemplos fáciles de entender:

- Los movimientos migratorios están ya requiriendo profesionales capaces de ejercer su cometido en entornos de diversidad cultural y étnica.
- El nuevo modelo de enfermar de los tiempos que corren presenta, desde una perspectiva epidemiológica, una mayor prevalencia de la enfermedad crónica y de la pluripatología o comorbilidad.

Este panorama va a requerir tres tipos de compatibilidades profesionales: entre subespecialidades médicas, entre subespecialidades y especialidades generalistas troncales, como son la Medicina Interna, la Medicina Familiar y Comunitaria y la Geriátrica. Pero también entre las diferentes profesiones y ocupaciones sanitarias.

Este nuevo modelo, que lo tenemos ya delante de nuestras narices, va a precisar un abordaje interdisciplinar más que uni o multidisciplinar, pues el manejo clínico de estos ciudadanos está basado, sobre todo, en la provisión extensiva y continua de cuidados más que en el uso intensivo y ocasional de recursos sanitarios.

Ustedes los profesionales farmacéuticos ya se han puesto las pilas.

El Proyecto MEDAFAR, impulsado por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Esteve y la Fundación Pharmaceutical Care, es un buen ejemplo de lo que estamos hablando como gestión del cambio, pues tiene como objetivo mejorar la comunicación entre los médicos de atención primaria y los farmacéuticos comunitarios, para conseguir una óptima asistencia farmacoterapéutica en pacientes crónicos.

Este VIII Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, que hoy finaliza, ha sido estructurado en sus contenidos contemplando, precisamente, la gestión del cambio de esas transiciones sanitarias en marcha.

Ustedes han hablado de la seguridad de los pacientes como una oportunidad de colaboración, han hablado también de la participación de la farmacia comunitaria en programas de salud, del desafío de la polimedición, de la necesidad desde la Universidad de un aprendizaje multidisciplinar, del apoyo institucional a la atención farmacéutica y de la colaboración interprofesional.

Están pues en perfecta onda con las estrategias de gestión del cambio.

Para relajar un poco mi discurso, y para que ustedes vean lo que es una simbiosis interprofesional perversa, quisiera hacer una breve digresión contando lo que ocurrió durante la ley seca americana, aprovechando un interesante artículo del Dr. Óscar Martínez-Azumendi, afamado psiquiatra perteneciente, además, a una prestigiosa familia de farmacéuticos de Bizkaia.

Entre 1920 y 1933, en los EE.UU., se prohibió la elab-

boración, venta o transporte de licores intoxicantes (sic) (cualquier bebida con más de 0,5% de graduación alcohólica).

El “noble experimento”, como así también fue denominada la Ley Seca, no solamente no funcionó sino que trajo como consecuencia el incremento y desarrollo del crimen organizado, del cual hemos sido conocedores a través de películas, novelas y series televisivas.

Dicen que hecha la ley, hecha la trampa; de tal manera que se idearon estrategias legales que concedían a los médicos autorización para recetar alcohol si su indicación se justificaba con fines terapéuticos, pudiendo ser, entonces, dispensado en las oficinas de farmacia.

Bajo la tapadera de un licor medicinal, en las farmacias del país del Tío Sam se vendían whiskies, oporto, ginebra, brandis, etcétera, con pingües beneficios tanto para el prescriptor como para el dispensador.

He aquí un mal ejemplo de colaboración interprofesional, según se mire.

Otro ejemplo más noble de interdisciplinaridad interprofesional entre médicos y farmacéuticos es lo que en mi hospital llevamos haciendo desde hace tiempo (fíjense en el detalle semántico de *mi* hospital, como si la institución fuese de mi propiedad. Si me oyese la Dra. Mitxel González Torres, gerente del centro, diría que soy un trabajador, ejemplar, totalmente fundido con la empresa, lo cual no es de extrañar, porque el hospital de Bazarro antaño se denominaba Santo Hospital Civil del Generalísimo Franco, y esa vinculación con mi apellido me ha creado la falsa percepción de que el centro me pertenece).

Bromas aparte, decía que en centro donde yo trabajo, desde el año 1980 hasta la actualidad —y créanme que en esto fuimos pioneros—, los residentes de tercer año de Farmacia rotan por los servicios de Medicina, Cirugía y Pediatría.

Era yo jefe de estudios y presidente de la Comisión de Docencia cuando empezamos a desarrollar esta experiencia de integración de los farmacéuticos en los equipos asistenciales.

En el decimoquinto Symposium Europeo de Farmacia Clínica, celebrado en octubre de 1986, en Lisboa, presentamos nuestra experiencia que resultó ser muy positiva respecto a la mejora de la calidad asistencial y la seguridad farmacoterapéutica. Hoy ya en todos los hospitales con acreditación docente para la formación de especialistas, los programas de residentes en farmacia hospitalaria tienen incorporada la rotación por los servicios asistenciales.

Y a esto, desde una visión epistemológica de la ciencia, se le denomina conocimiento transversal, que facilita la capacidad de aprendizaje y actualización del conocimiento, así como la capacidad de resolver problemas complejos. En síntesis: una simbiosis y una sinergia, como le gusta decir a nuestro presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, Dr. Juan Goiria.

Pero, además, el contacto diario en una labor asistencial entre diversos profesionales permite conocer los límites de nuestras propias disciplinas y despierta la necesidad de interrelacionar nuestros conocimientos.

Como dicen los catalanes, a más a más, esta convivencia entre profesionales de las ciencias de la salud, en nuestro caso farmacéuticos, hace transparentes los roles de cada uno; nos ayuda a respetarlos y a reconocer las responsabilidades y competencias mutuas, todo lo cual ya es un paso de gigante para una armoniosa y fructífera colaboración interprofesional.

Les confesaré una cosa: en el departamento universitario al que pertenezco, probablemente nos hubiese sido muy difícil alcanzar una madurez en la faceta investigadora sin la inmensa labor llevada a cabo por la Dra. Carmen Duque de las Heras, farmacéutica y jefa del Laboratorio de Bioquímica. Una mujer cuyo nombre debería estar grabado con letras de oro en el libro de la historia de nuestro centro.

Sirvan estas historias para enfatizar de que hoy en día no se pueden solucionar con eficacia el conjunto de problemas derivados de esta nueva epidemiología de las enfermedades y de los cuidados de la salud bajo un solo prisma.

Se impone un abordaje interdisciplinar o, si quieren ustedes un trabajo interprofesional donde diversas disciplinas del conocimiento, pero también diversas profesiones: farmacia, enfermería, fisioterapeutas, antropólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, informáticos, gestores y, por supuesto, médicos se integren en un trabajo en equipo, como garantía de eficacia, efectividad, eficiencia, calidad y satisfacción en las prestaciones asistenciales.

Y esta cultura de gestión del cambio para hacer frente a los nuevos retos, debe introducirse —en algunas facultades ya está—, en los planes de estudio de las profesiones que conforman las ciencias de la salud.

Que nuestros estudiantes salgan al mercado de trabajo con una predisposición para la capacitación interdisciplinaria, asumiendo los requisitos y principios éticos que fundamentan una verdadera actitud profesional y una correcta relación con colegas de otras áreas del conocimiento: deferencia, respeto, lealtad y asistencia mutua.

El desafío que tenemos ante nosotros es fortalecer la profesión (el ser) como prerrequisito para mejorar la ocupación (el hacer).

Hacer lo que la comunidad espera de nosotros, sin descuidar lo que queremos de nosotros mismos que, afortunadamente y sin duda, es lo mismo: vivir la profesión y no sólo ocuparnos de ella.

Quiero acabar precisamente por donde debiera haber comenzado: por la historia de las dos nobilísimas profesiones.

Los médicos y los farmacéuticos siempre hemos ido de la mano. Hubiese sido imposible entender el desarrollo de la historia de la salud sin este binomio.

Ambas profesiones tienen un origen común. Como señalaba Ernesto Marco Cañizares, expresidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España: A los farmacéuticos, como a los médicos, no los inventó nadie. Nacieron de la necesidad de componer el desarreglo del dolor, que los hizo buscar en los secretos y misterios de la naturaleza, las fórmulas de una es-

peranza terrenal que hicieran más apacible y llevadera la sed de eternidad de los hombres.

En la segunda edición de Historia de la Farmacia (Madrid 1957), de Folch-Jou, hay un pasaje que refrenda nuestra unidad original: El instinto indicó al hombre los primeros remedios para sus males; el empirismo y la magia, llegando tras él, supieron aprovechar el camino trazado y alcanzaron éxitos que les dieron vida durante siglos.

El origen de estas dos profesiones es imposible fijarlo. Se pierde en la inmensidad del tiempo. Hace unos veinte mil años ya existían magos-sacerdotes que se vestían de forma fantástica, utilizando un disfraz formado por partes de distintos animales, cuernos de ciervo, reno, orejas y garras del oso, cola de caballo etc.

En la cueva de los tres hermanos de Ariège, se encontró la representación más antigua de un mago: una pintura realizada por el hombre de Cro-Magnon.

A este hechizero de Cro-Magnon tenemos que considerarle como el primer precursor del médico y del farmacéutico. Sería él el que cuidaría a los enfermos de la tribu, les proporcionaría medicamentos, amuletos y rezos, y el pueblo, agradecido, no pudiendo escribir sus hazañas por no conocer la escritura, en una de las paredes de la cueva que habitaba grabó su efigie que, perdurando a través de los siglos, constituye hoy, no solo una joya histórica, si no un canto en honor de aquellos que dedicaron su vida a aliviar el dolor de la Humanidad.

Farmacia y Medicina, aparecen pues, unidas en tiempos remotos y fueron antaño una misma ciencia y una misma profesión.

Cada época ha tenido sus creencias, sus métodos y sus remedios; momentos de esplendor y de sombras.

Hemos sido brujos, supersticiosos, magos, alquimistas, sangradores, cirujanos barberos, etcétera. Nos han querido y nos han odiado, y muchos de nuestros colegas médicos y farmacéuticos, en determinadas épocas, acabaron en la pira purificadora, en la hoguera.

Hubo que esperar al siglo XIX, con la irrupción de las ciencias experimentales para adquirir la condición de profesiones científicas y desarrollarse cada una de ellas —Medicina y Farmacia— en sus contenidos específicos.

Como señala Claude Bernard: cuando el clínico clasifica y reúne a los enfermos que va a investigar, cuando les somete a un determinado tratamiento y comprueba sus resultados, está desarrollando una actividad que, ciertamente, es parte del arte de la medicina y de la farmacia, pero es también ciencia investigadora pues precisa del sentimiento, la razón y la experiencia como elementos fundamentales del método científico.

Tan unidos hemos estado a lo largo de la historia que, incluso, hemos tenido los mismos santos patronos. Los médicos, cirujanos y boticarios de Bilbao crearon la Hermandad de los Santos Cosme y Damián a mediados del siglo XVII. En la parroquia de San Antón pueden contemplar ustedes las tallas de nuestros patronos, obra de Antonio Alloydiz (1664).

El evolucionismo profesional condujo insensiblemente a la especialización. Bajo el impulso de la Ilustración ambas profesiones se constituyeron en

corporaciones tratando de superar el sistema de aprendizaje tradicional y establecer programas de enseñanza teórica.

El doblemente dictor, D. Antonio Villanueva Edo, médico, historiador y magnífico escritor, recoge la historia del asociacionismo profesional de las clases médicas y farmacéuticas en los siglos XVIII y XIX. Fruto de ese vínculo nació un diecinueve de enero de 1895 la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y en 1899, por un Real Decreto del doce de abril, se separan los Médicos de los Farmacéuticos para tener cada uno su propio Colegio.

En los primeros días de 1918, la candidatura encabezada por el Dr. Enrique Areilza Arregui, salió triunfante, erigiéndose como primer presidente del Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia.

D. Diego Espada (1898-1902), fue el primer presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia y D. Nicolás María Rivero (1918-1922), el mandatario que ocupó la presidencia a partir de la fecha de la Colegiación obligatoria.

Entre el Dr. Areilza y el Dr. Cosme Naveda, actual presidente del Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia, y entre D. Diego Espada y Dña. Virginia Cortina, mandataria en este momento del Colegio Oficial de Farmacéuticos de nuestra provincia, media más de un siglo.

Un siglo en el que han ocurrido muchas cosas: se ha modificado sustancialmente el panorama geopolítico del Estado y se han producido gigantescos avances científicos que han repercutido favorablemente en el progreso de ambas profesiones.

No puedo dejar en el tintero algo adicional muy importante: la imparable feminización de ambas profesiones, fenómeno en el que aventaja la de Farmacia.

No tengo criterio suficiente ni una bola de cristal que me haga ver el futuro y comprobar si esta nueva sociología, este novedoso escenario para ambas profesiones, tendrá consecuencias en alguna dirección.

Sin embargo, pienso que todo lo que las mujeres han hecho a lo largo de la historia de la humanidad siempre ha sido bueno porque poseen cualidades innatas para el trabajo abnegado. Tengamos en cuenta que ambas profesiones pertenecen a la categoría de extremadamente vocacionales y cuando una mujer las escoge el compromiso con su quehacer es especialmente intenso.

Ayer como hoy, la Colegiación sigue teniendo como fin primordial la regulación de la práctica profesional, el establecimiento de una normativa ética, el fomento del estudio y el aprendizaje, la defensa ante el intrusismo y el apoyo mutuo ante la enfermedad, la viudedad y la orfandad.

Llevar a cabo estas tareas no es nada fácil. Además, hoy exigen una estructura y una metodología empresarial.

Quiero acabar con una frase de Ibn Abdun que afirma lo siguiente: Nada más necesario en el mundo que un cadí justiciero, un notario fidedigno, un buen calafate, un médico con conciencia y un boticario experto.

Nada más señoras y señores. Paz y salud para todos. Ha sido un placer compartir con ustedes estas reflexiones.

Ricardo Franco Vicario
Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao