

Antoni Trilla

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona (UB). Jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología del Hospital Clínico de Barcelona. Especialista en Medicina Interna y Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Investigador de Instituto de Salud Global (ISGLOBAL).

ATRILLA@clinic.cat

El Dr. Antoni Trilla es epidemiólogo y maestro de médicos. Actualmente es el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Concedió esta entrevista a *Bioètica & Debat* en el mes de enero, cuando la pandemia del virus SARS-CoV-2 era solo un hecho aislado y lejano en China. Por eso disfrutamos de su visión sobre la salud global, sobre los antivacunas y sobre la enseñanza de la Medicina.

Dr. Antoni Trilla is an Epidemiologist and Dean of the Barcelona University School of Medicine; he is also an Instructor at the Continuous Education Programme for Doctors. He granted this interview in January 2020 when SARS-CoV-2 pandemic broke out in China; back then, it was considered a far-away and isolated occurrence. Here at *Bioètica & Debat*, we are delighted to hear his expert advice, based on his long experience in Global Health issues, anti-vaccine movements and the state of teaching in the healthcare professions.

Retos en Salud Global. Entrevista al Dr. Antoni Trilla

RETOS EN SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA

B&D: En un mundo global, ¿la salud es global?

A.T.: Sí, en un mundo globalizado, la salud también es global. Hablamos de «Un mundo, una salud»: «One world, one Health», que significa que debemos preocuparnos de la salud de las personas, de la salud de los animales, de la salud del planeta y de muchas más cosas, porque todos estamos interconectados.

Un colega norteamericano afirma que si un niño enferma por enfermedad infecciosa en el lugar más remoto del mundo, mañana podemos tener una epidemia en casa. **[Nota del Editor: La actual pandemia es una muestra de ello].**

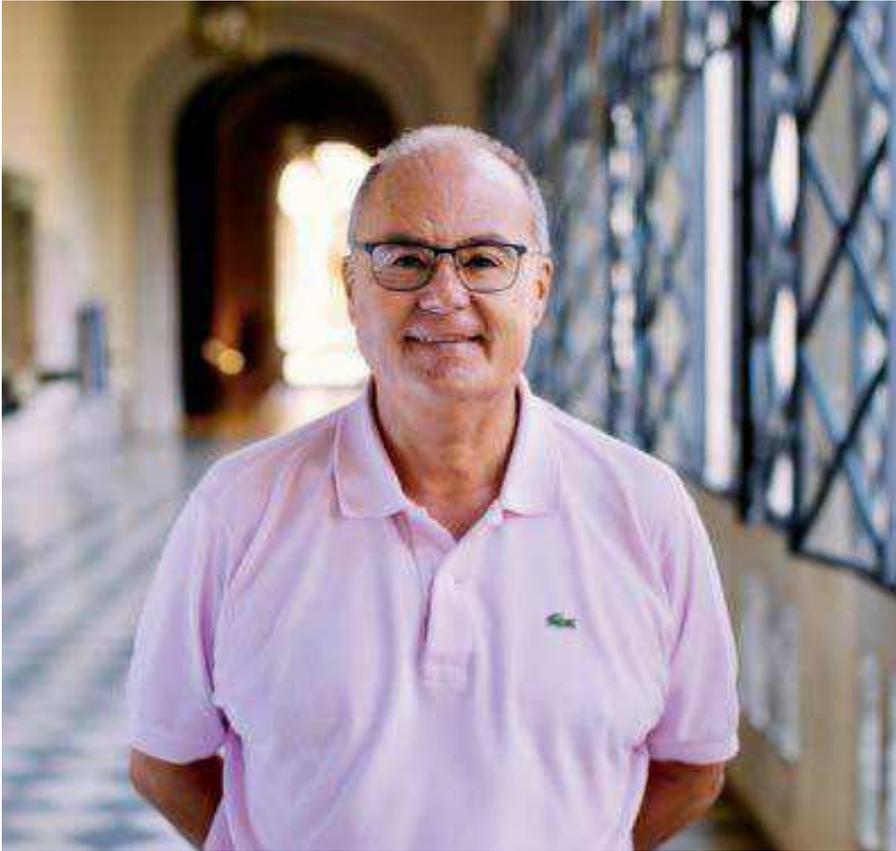
B&D: El riesgo de propagación de la poliomielitis sigue siendo una emergencia de Salud Pública y preocupación internacional, según conclusiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los casos de sarampión se triplican y la mitad de la población mundial está en riesgo de sufrir el dengue. ¿Cuáles son los retos más importantes que tenemos actualmente en el campo epidemiológico?

A.T.: En el campo de las enfermedades infecciosas encontramos múltiples riesgos, amenazas o retos de salud que son periódicos. El ejemplo más claro es la gripe, que está incorporada a nuestra rutina anual cuando

En un mundo globalizado, la salud también es global. Hablamos de «Un mundo, una salud»: «One world, one Health», que significa que debemos preocuparnos de la salud de las personas, de la salud de los animales, de la salud del planeta y de muchas más cosas, porque todos estamos interconectados

llega la temporada de invierno. De todas formas, de vez en cuando ocurre una mutación, y el virus puede afectar más directamente a un segmento de población y se convierte en una gripe más grave. Este sería un reto permanente.

Otros son ejemplos de retos más puntuales, con una cierta resolución. El gran ejemplo ha sido el único hasta ahora: la viruela. Hace 200 años que disponemos de la vacuna. Se hizo una campaña internacional en los últimos 20-30 años, antes en los 80. Con un esfuerzo muy importante, y teniendo en cuenta las características de la enfermedad, ya no tenemos casos de viruela. Todos estamos vacunados o hemos sufrido la viruela, y ya no existen casos de viruela natural o viruela salvaje. Desde ese momento, y



después de un período de un año sin casos, se consideró erradicada la viruela. Solo queda virus de la viruela en laboratorios de alta seguridad, por si algún día es necesario volver a utilizar este virus.

Este esquema es aplicable a la poliomielitis, con alguna matización, y también es aplicable al sarampión. Hemos conseguido aislar la polio de forma progresiva. También se hizo una amplia campaña, con grandes inversiones de dinero de la OMS y de grupos filantrópicos como el Rotary Club o la Fundación Bill Gates. Formalmente,

solo queda virus de la poliomielitis salvaje, o polio natural, en Afganistán y Pakistán. Siempre decimos que «los últimos cien metros son los más difíciles de recorrer». La situación política de inestabilidad y complejidad ha hecho aumentar levemente los casos de poliomielitis en aquella zona. Por tanto, siempre queda el riesgo de globalización.

Cualquier movimiento importante de población, o de refugiados, puede llevar un caso de poliomielitis al país más próximo. Esto se suma a los pequeños problemas que tenemos con los casos

de polio derivados de la vacuna oral, que puede provocar algún caso aislado de poliomiélitis leve. Estamos cerca de conseguir la erradicación, pero aún no se ha dado el último paso.

La situación es peor con el sarampión. Esta enfermedad, por sus características, podría eliminarse primero y llegar a ser erradicada después. Tenemos una vacuna muy segura, muy efectiva, económica y con todas las condiciones favorables. Pero, por distintos motivos, variables en cada país, han ido cayendo las tasas de vacunación. Cuando caen las tasas de vacunación perdemos la inmunidad de grupo y se pueden producir casos, brotes e, incluso, epidemias de sarampión. Por tanto, en esta enfermedad hemos retrocedido.

En enfermedades infecciosas, si dejamos de vacunarnos, las enfermedades vuelven.

Conocemos una parte muy pequeña de la gran cantidad de virus que existen. De vez en cuando, alguno de los virus que conocemos, o que no conocemos, saltan a la especie humana. La mayoría proceden de los animales y pueden acabar infectándonos a nosotros. Así aparecen nuevas enfermedades u otras que nunca habíamos visto. Esto fue lo que ocurrió con el SIDA hace 40 años, y sus consecuencias fueron gravísimas. Otros pueden ser casos más locales, fiebres concretas, como puede ser el Ébola, que ha sido muy mediático.

Actualmente tenemos un brote de neumonía en una provincia de China, en el que, tras un trabajo de investigación colaborativa extraordinario, se ha conseguido diagnosticar un nuevo coronavirus. Ya se conocía la existencia de esta familia, pero no había realizado el paso a los seres humanos.

A ctualmente tenemos un brote de neumonía en una provincia de China, en el que, tras un trabajo de investigación colaborativa extraordinario, se ha conseguido diagnosticar un nuevo coronavirus. Ya se conocía la existencia de esta familia, pero no había realizado el paso a los seres humanos

La pregunta es si esta infección se quedará en China o se extenderá. No sabemos lo que ocurrirá.

[Nota del Editor: dos meses después nos encontramos en plena pandemia].

Estas infecciones locales ocurren muchas veces, cada año, en todo el mundo. Unas desaparecen y no llegamos a conocerlas, otras no se extenderán nunca y otras se expandirán mundialmente. Necesitamos dedicar esfuerzos a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades humanas, de los animales, observar el equilibrio y qué ocurre...

B&D: ¿Cuál es la medida preventiva más eficaz para evitar una enfermedad transmisible?

A.T.: Una vacuna, sin duda alguna. Una vacuna añadida a las medidas que todos conocemos: higiene, estilo de vida y buena salud permiten evitar la

infección, pero una vacuna segura y efectiva es la forma más eficaz.

B&D: ¿Cuál es la enfermedad transmisible más peligrosa sin vacunación preventiva?

A.T.: Desgraciadamente, no tenemos una vacuna preventiva suficientemente segura y eficaz para las tres enfermedades infecciosas más importantes en el mundo: el SIDA, la malaria y la tuberculosis.

En el caso del SIDA existe alguna vacuna terapéutica, muy a medida, que puede ayudar a personas concretas. Pero no hay una prevención definitiva. Para la malaria existe alguna herramienta terapéutica en forma de vacuna que reduce la mortalidad y se está ensayando en África. Se ha iniciado un camino, pero no tenemos «la» vacuna de la malaria. En el caso de la tuberculosis se han producido nuevos avances. Parece que la antigua vacu-

na, la famosa BCG, podría tener cierta utilidad.

Pero no tenemos una vacuna útil para ninguna de estas tres enfermedades como la tenemos para la poliomielitis o el sarampión.

B&D: Un informe de la OMS alerta de la escasez de fondos destinados por los distintos países para proteger la salud de la población respecto del cambio climático. El cambio climático ¿es una crisis de salud?

A.T.: Yo diría que lo es y, probablemente, lo será más todavía en el futuro. El impacto de las situaciones generadas por el cambio climático en la salud de las personas es una realidad. Hay que tenerlo en cuenta, enfocarlo seriamente y empezar a explicarlo en la Universidad. Los médicos y los profesionales sanitarios debemos tomar conciencia de que el cambio climático puede afectar la salud de todos



los ciudadanos. Hemos de conocer los riesgos, cómo se presentan y afrontarlos.

Es necesario prevenir los efectos del cambio climático. Estoy de acuerdo con la afirmación de la OMS sobre la escasa dedicación de recursos. En esta línea se habla poco de la prevención en salud y, por tanto, no se asignan recursos específicos para protegerla.

estas enfermedades. Algunas se curan y otras se cronifican.

Un ejemplo interesante dentro de las enfermedades infecciosas es el SIDA, que se inició en los años 80. La mortalidad era estremecedora, no se sabía cómo tratar las infecciones asociadas, y los pacientes fallecían. Era una epidemia terrible. Actualmente, los pacientes de SIDA se han cronificado.



B&D: ¿Cuáles son los retos más urgentes a los que se enfrenta la salud global en el siglo XXI? Dicho de otra forma, ¿cuáles son las enfermedades del siglo XXI?

A.T.: Además de las enfermedades infecciosas antes mencionadas, podemos comentar sobre las enfermedades en general, con una visión más global.

Si nos centramos en Europa, España y Catalunya, tendremos problemas de salud relacionados directamente con el envejecimiento. Viviremos más años y esto significa que las enfermedades crónicas tendrán un recorrido más largo. Las personas sobrevivirán a enfermedades como el cáncer, enfermedades metabólicas como la diabetes, vivirán mucho más tiempo con

Disponen de tratamiento y viven con su medicación, con problemas relativamente controlados y crónicos. Esto irá ocurriendo con otras enfermedades, se cronificarán.

En Europa se piensa que también se cronificarán las enfermedades de la esfera de la Salud Mental. En este punto es relevante una frase contundente: «la soledad mata». El envejecimiento con más salud física y mental es el que dispone de un buen tejido social: tener familia, tener amigos, hacer cosas, distraerse. Las personas solas tienen peor salud. Uno de los retos es conseguir que los tejidos sociales se mantengan a lo largo de la vida y nos ayuden a afrontar el envejecimiento natural. Otro tema muy importante es el de las enfermedades neurodegenerativas.

La siguiente en importancia sería el cáncer, que se está tratando cada vez mejor. Pero nos encontramos con un problema emergente que se relaciona con la medicina personalizada. Los tratamientos son cada vez más específicos.

En las enfermedades mentales, el cáncer y las enfermedades crónicas se trata más de alargar la vida, pero con buena salud. Esto nos afecta a todos, debemos modificar nuestro estilo de vida. Los determinantes de salud nos vienen marcados por la herencia. Esta herencia, junto con el estilo de vida, pueden favorecer la presencia de ciertas enfermedades. También influye el ambiente y, en menor medida, el sistema sanitario.

B&D: En el ámbito de la Salud Pública, ¿cuáles son los objetivos de desarrollo sostenible para la Agenda 2030?

A.T.: En la Agenda 2030 encontramos un punto completo dedicado a la Salud. Es el objetivo 3 y se enuncia como: «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas y a todas las edades». Es un objetivo muy amplio, pero que se centra en tres aspectos:

- Reducir la mortalidad materno-infantil, mejorando la salud perinatal.
- Reducir la incidencia del sida, la malaria y la tuberculosis.
- La OMS recomienda que en todas partes exista un sistema de salud que sea universal, al que todos tengan derecho, y que se pueda acceder a los servicios médicos esenciales.

LOS MOVIMIENTOS ANTIVACUNAS Y LA SALUD PÚBLICA

B&D: ¿Cómo valora el nacimiento y expansión de los movimientos antivacunas?

Su expansión se fundamenta en que, en el mundo más desarrollado, hemos controlado las enfermedades infecciosas, en gran parte, gracias a las vacunas. Por ello, en nuestra sociedad hemos perdido la noción de riesgo. Es necesario mantener la vacunación porque el riesgo persiste



Los movimientos antivacunas existen desde que aparecieron las vacunas, desde 1798, cuando se empezó a utilizar la primera vacuna, la de la viruela. En aquellas circunstancias no se sabía lo que causaba la viruela.

La palabra vacuna viene de vaca. Un estudiante de medicina inglés, Edward Jenner, detectó que las ordeñadoras no sufrían la viruela y pensó que había algo que protegía a las campesinas. A esto le llamó vacuna. Los primeros dibujos de los antivacunas querían mostrar que te podían crecer cuernos y cola si te vacunabas, y que acabarías convirtiéndote en una vaca.

Desde entonces, los movimientos antivacunas han existido de forma paralela a las vacunas. En algunas ocasiones se invoca la libertad de decidir: «A mí no me pueden imponer la vacunación». Se ha ido adaptando el mensaje al progreso social y a las nuevas vacunas que han aparecido en la nueva terapéutica. Últimamente, la difusión se realiza por las redes sociales. Hay webs, negocios paralelos de venta de productos naturales, etc., con muchos mensajes poco controlados, sin dema-

siada credibilidad o con bases científicas poco contrastadas.

Su expansión se fundamenta en que, en el mundo más desarrollado, hemos controlado las enfermedades infecciosas, en gran parte, gracias a las vacunas. Por ello, en nuestra sociedad hemos perdido la noción de riesgo. Es necesario mantener la vacunación porque el riesgo persiste.

El riesgo reducido por la vacunación es desconocido para una parte de la población, que centra su atención en la seguridad y se pregunta: ¿Por qué tengo que vacunarme de una enfermedad que no conozco, que es casi residual, con una vacuna que además provoca efectos adversos?

Que ya no se conozca de forma amplia la enfermedad, y que sea residual, se debe precisamente a los efectos de la vacunación. Los efectos adversos son equiparables a los de cualquier otro medicamento, porque el estudio, desarrollo y aplicación de las vacunas sigue los mismos controles que los otros medicamentos. Por tanto, tenemos asegurado científicamente el predominio de los beneficios sobre los riesgos. Esto significa que las vacunas son

seguras, efectivas, eficientes y deben recomendarse.

B&D: ¿Qué argumentos éticos presentan los movimientos antivacunas?

A.T.: La OMS llama Reticencia a la Vacunación todo el ámbito del rechazo a las vacunas. En este concepto encontramos dos actitudes diferentes: las personas reticentes a la vacunación y las personas antivacunas.

Las personas reticentes a la vacunación conocen las vacunas, han leído, tienen dudas, pero admiten el diálogo, aceptan fuentes de información alternativas y permiten llegar a una decisión. Escuchan los razonamientos y las evidencias que les podemos ofrecer.

Hay un grupo de personas, minoritario entre los reticentes, que son radicalmente antivacunas. Parten de la idea de que las vacunas son tóxicas y perjudiciales, y no aceptan otros argumentos. El diálogo resulta difícil porque no están dispuestos a ceder en su creencia.

Las dos tipologías han aumentado en frecuencia. Su argumento principal

es anteponer la libertad de decisión: «Usted no me puede obligar». No existe ninguna obligación. Los calendarios de vacunación son solo recomendaciones financiadas por el Estado. La opción de vacunar o no es libre.

A pesar de todo, llama la atención que quien está expuesto al riesgo de la enfermedad es el hijo, pero la decisión la toman los padres, que no están en riesgo de contraer la enfermedad. Hay que tener en cuenta también el efecto de protección colectiva que confiere la vacunación. Mi vacunación contribuye a la protección global de todo el grupo: los que están vacunados, los que no se pueden vacunar y los que no quieren.

Por tanto, hay una dimensión de la persona que se vacuna y una dimensión grupal de protección de las otras personas, que éticamente es un argumento importante a la hora de dialogar con las personas reticentes a la vacunación.

B&D: ¿Qué argumentos éticos podemos aportar para promover la vacunación a la población general? ¿Y para los profesionales?

A.T.: Primero: La evidencia científica es lo suficientemente sólida para

pensar que las vacunas salvan vidas, protegen la salud, reducen la discapacidad, reducen la mortalidad, etc. Por tanto, es una intervención sanitaria bien contrastada, segura, efectiva y, desde el punto de vista social, es una intervención con uno de los mejores índices de coste/efectividad. Con una pequeña inversión protegemos de una enfermedad potencialmente grave a una persona para toda la vida. Esta es una buena opción ética en el uso de recursos y la protección general.

Segundo: La vacunación tiene un efecto solidario. Usted se vacuna para proteger a su familia, a sus hijos y a usted mismo, pero ayuda a proteger a toda la comunidad. Por consiguiente, es tan importante rebatir los argumentos de los antivacunas como reforzar positivamente a los padres que vacunan a sus hijos. Ustedes hacen lo que es correcto para todos. Los demás pueden tener dudas, pero ustedes lo están haciendo bien. Es decir, los argumentos son: la adecuada utilización de recursos, una intervención sanitaria bien demostrada, efectiva y el gran ejemplo de solidaridad global con la unidad del grupo. Son argumentos útiles que se pueden ofrecer tanto a la población en general, como a los profesionales en particular.

La vacunación tiene un efecto solidario. Usted se vacuna para proteger a su familia, a sus hijos y a usted mismo, pero ayuda a proteger a toda la comunidad

Para los profesionales tenemos otro argumento, importante y práctico: somos los más expuestos a las enfermedades infecciosas.

Tenemos dos escenarios: el de la vacunación sistemática y el de la vacuna de la gripe, uno de los grandes problemas de los profesionales sanitarios.

Nadie discute que todo médico o enfermera que trabaje en un centro sanitario debe estar vacunado de la hepatitis, del sarampión o del tétanos. Posiblemente, la tasa de cobertura sea mayor que en la población general.

La vacuna de la gripe, a diferencia de las sistemáticas, confiere una protección del 50 %, no es el 99 % como la vacuna de la poliomielitis o el saram-



pión. Por tanto, hay una probabilidad de tener la gripe incluso habiendo recibido la vacuna, eso sí, en una forma mucho más leve. La vacuna puede fallar porque es muy compleja, contiene diferentes tipos de virus, mutaciones, etc.

También tiene un efecto protector de los pacientes a los que atendemos y al que no debemos renunciar. En este caso, los argumentos como la presencia de efectos secundarios tienen poco valor, debido a que son muy leves, en forma de febrícula o reacción local.

Las tasas de vacunación de la gripe son muy bajas entre los profesionales,

vencer el razonamiento en contra de la vacunación. Si la persona no está convencida de que la mejor protección para su salud es la vacunación, no conseguiremos que se vacune.

Es cierto que existe la obligación de vacunarse en determinadas enfermedades, por ejemplo, para entrar en algunos países. En este caso, contamos con la posibilidad de no vacunarnos y dirigir el viaje a otro país. Este es el caso de la fiebre amarilla, por ejemplo.

La Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Esta ley cuenta

vacuna del sarampión es obligatoria. En Italia han modificado el calendario de vacunación. En otros países imponen multas. En Australia se proponen incentivos a la vacunación infantil con el acceso a becas condicionadas a la vacunación...

Si se produce una crisis de salud pública, pero existe una vacuna efectiva, la vacunación es masiva y voluntaria. Pero lo que realmente necesitamos es difundir los temas de prevención y de higiene en las escuelas, en los institutos y en las universidades. Seguro que si explicamos bien cómo funcionan las vacunas, para qué sirven y la realidad, que protegen y salvan vidas, conseguiremos tasas de vacunación más altas.

La solución es que la norma social aceptada sea la vacunación. Si la norma no es esta o está en duda, la vacunación no llega a todas las personas.

B&D: ¿Cómo se justifica que algunos profesionales den apoyo a los movimientos antivacunas?

A.T.: El Código Deontológico del Colegio de Médicos de Barcelona recoge varios preceptos que indican que una intervención sanitaria bien demostrada no debe dejarse de recomendar, salvo que exista una razón médica que lo justifique. Las vacunas están amparadas por estos preceptos.

Por tanto, el saber científico y la evidencia no están en discusión para nosotros, ni para la inmensa mayoría de la población, que sigue las indicaciones de la vacuna.

Un profesional que posee conocimientos, pero decide que las vacunas no deben recomendarse, está en un error desde el punto de vista deontológico y el Colegio Profesional puede advertirle.

El debate sobre la obligatoriedad aparece cada vez que se produce una crisis. Es necesario un debate social, en el que participen las autoridades sanitarias, el Parlamento y la ciudadanía. Pero no se puede discutir en plena epidemia, se debe planificar con visión de futuro

más o menos del 30 % en promedio. Para mejorar la tasa de vacunación debemos: a) Promocionar la vacuna en los centros sanitarios y b) favorecer que se vacunen, por lo menos, todos los que trabajan y tienen contacto directo con enfermos de alto riesgo: UCI, trasplantados, oncológicos, cardiopatas, etc.

La apelación a la ética y a la seguridad para proteger a los pacientes no acaban de surtir efecto. Tenemos un problema crónico para seguir trabajando.

B&D: ¿Debería ser obligatorio vacunarse?

Tal como hemos comentado antes, la vacunación no ha de ser obligatoria. Es más importante convencer de la necesidad de vacunación que no

solo con cuatro artículos y establece que «Las autoridades sanitarias podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control...», pero en la práctica se ha utilizado poco. [Nota del editor: en cambio en la actual pandemia ha sido muy importante].

El debate sobre la obligatoriedad aparece cada vez que se produce una crisis. Es necesario un debate social, en el que participen las autoridades sanitarias, el Parlamento y la ciudadanía. Pero no se puede discutir en plena epidemia, se debe planificar con visión de futuro.

Si nos referimos a la vacunación sistemática infantil, en otros países de nuestro entorno tienen una tasa de vacunación más alta. En Francia, la

Dejar de recomendar las vacunas o recomendar en contra de la vacunación no tiene base científica alguna y no es una buena práctica médica. Entre distintas razones para hacerlo podemos encontrar: la creencia por autoconvencimiento, el afán de destacar, defendiendo una opinión distinta a la mayoritaria, o bien el interés mediático.

UNIVERSIDAD

B&D: ¿Cómo consigue atender a la Universidad y a la Epidemiología simultáneamente?

A.T.: Desde hace unos meses, soy Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Es un gran honor para mí y, además, un trabajo que me apasiona. La docencia siempre me ha gustado. Para los profesionales de la salud, la docencia es el mejor entrenamiento que podemos tener. Los alumnos, que son muy inteligentes, siempre cuestionan los conceptos y hacen preguntas. Ayudan a mantenerse al día.

Creo que podemos hacer muchas cosas entre todos. Muchas personas han dedicado muchos esfuerzos a la docencia y a su trabajo en el Hospital. Desde el punto de vista de gestión de la docencia, mi objetivo es asegurar que haya buenos candidatos para que cojan el relevo en el momento oportuno. A nivel personal estoy intentando desconectar del Hospital paso a paso y mantener mi dedicación a la Universidad.

En el mundo de la docencia de las profesiones sanitarias es básico que quienes enseñan puedan explicar lo que hacen en el día a día. Es necesario compaginar asistencia y docencia.

B&D: ¿Cuáles son los retos más importantes de las Facultades de Medicina

en los próximos años? ¿Y los de la Universidad en general?

A.T.: Si lo enunciamos de forma genérica, la Universidad en general muestra signos de mejoría. La Universidad que yo conozco es la Universidad de Barcelona, centenaria, de prestigio, muy bien posicionada. ¿Qué pasa en la Universidad de Barcelona? Que cuesta mucho cambiar. La Universidad es lenta en los cambios, se llevan a cabo, pero a una velocidad relativamente lenta.

En segundo lugar, cuesta mucho dinero tener las mejores instalaciones, los mejores profesores, las mejores áreas de simulación, etc. Tenemos un problema de inversión muy importante. Un exdecano de Harvard decía: «Si cree que la educación es cara, intente la ignorancia».

La universidad, idealmente, tiene un factor de cohesión social importante y se debe encontrar un sistema para que la mayor parte del coste no recaiga sobre las familias. Es necesaria una política muy clara para escoger a los estudiantes válidos y que merecen estudiar. Estos alumnos han de acceder a la Universidad en las mejores condiciones económicas. Pero, las universidades han de recibir las inversiones que necesitan y la dotación de recursos que merecen, si el país quiere avanzar en investigación, innovación, docencia y profesionales.

Los estudios de Medicina son los más caros, con todo tipo de tecnología, y con retos apasionantes, pero monstruosos. Es necesario cambiar muchas veces los currículos de lo que enseñamos y adaptarlos a las necesidades de la sociedad.

Debemos enseñar lo que la sociedad nos pide que sea un médico del siglo XXI. Debemos ser muy cuidadosos e

intercambiar con la sociedad, el Departamento de Salud, el Colegio de Médicos... Tenemos que explicar lo que necesitamos para formar a los profesionales. Si necesitamos profesionales que comuniquen mejor, que sepan acompañar en el final de la vida, etc. ¿Hay que explicarlo durante el pregrado, es decir, en la Facultad, o bien se hará durante el programa de residencia?

Actualmente vamos disponiendo de recursos para que lo podamos explicar en el pregrado, en la Facultad. Creo que hay signos, que hay datos que hacen pensar que probablemente la situación financiera mejorará ligeramente. Existe la buena voluntad de intentar hacer estos cambios que, insisto, son lentos. Pero tenemos el deber de formar a buenas personas, que sean buenos médicos y buenas enfermeras.

Hay que intentar que el equilibrio entre una formación más general y una formación más técnica y científica se mantenga y responda a lo que la sociedad nos pide.

No somos una pieza aislada dentro del complejo engranaje. Si nosotros nos adaptamos en la formación pregrado, será necesario que otros sistemas, como el de residencia, hagan cambios paralelos y coordinados. La formación no ha de estar desconectada de la sociedad. Es conveniente un cierto debate social para identificar los problemas y analizar los retos de la profesión. Si no nos movemos y lo proponemos, no daremos respuestas a la sociedad.

Como Decano de la Facultad de Medicina pienso que «la única constante es el cambio». En la Universidad, este cambio se vive más lento, más complicado, pero es igualmente necesario.