

Palabras finales del Sr. Presidente.

Recepción del nuevo Académico Correspondiente Dr. D. Luis Lizán Tudela.

*Antonio Llombart Bosch**

Presidente de la R. Acad. Med. Comunitat Valenciana

EXCMO. Y MAGNIFICO SR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD JAIME I;
ILMO. PRESIDENTE DE COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CASTELLÓN;
ILMOS. SRS. ACADÉMICOS DE NÚMERO DE LA RAMCV;
ILMAS. AUTORIDADES;
SEÑORAS Y SEÑORES:

Nos reunimos en la tarde de hoy para dar la bienvenida y acoger en el seno de la RAMCV al Dr. Luis Lizán Tuleda, en su condición de Académico Correspondiente de esta histórica Institución.

No puedo ocultar mi satisfacción por tener la oportunidad de presidir este acto que engrandece nuestra Academia con una personalidad del mundo sanitario como la del Dr. Lizán cuya actividad profesional viene avalada como hemos oído por un largo CV, que tan solemnemente ha sabido describir de modo resumido el Vicepresidente de la Academia Prof. Justo Medrano a quien felicitamos por su intervención como siempre magistral y objetiva. No es difícil resaltar los meritos del nuevo académico con una vida profesional relativamente corta pero muy intensa en el área de la medicina familiar y comunitaria de la cual es especialista así como también en su orientación profesional hacia a economía de la salud y en su preocupación por todo lo relacionado con la calidad de la vida del enfermo, su entorno familiar y social en salud y los distintos métodos de medida y control. Sobre ello no solo ha desarrollado numerosas actividades académicas sino además defendió brillantemente su tesis doctoral y posé máster y numerosas publicaciones científicas nacionales e internacionales.

Pero de su personalidad quisiera también destacar, esta tarde, aunque ya ha sido dicho , su vertiente docente y universitaria, tan propia de la Academia. En relación con la primera coordina la Unidad Docente de medicina familiar y Comunitaria de Castellón, con reconocida brillantez y eficacia mientras que en la segunda trabaja activamente en la Universidad Jaime I de esta ciudad desde hace años, dirigiendo el máster de Investigación en Atención primaria y participa en la Cátedra Astra Zeneca de la UJI especializada en la investigación y análisis de valoración de la fármaco-economía y la salud. Finalmente vuelvo a resaltar su implicación como secretario de la Comisión del proyecto de puesta en marcha de la nueva Facultad de Medicina de la UJI que deseamos sea una realidad el próximo curso académico 2011/2012. Conoce el magnífico Sr. Rector nuestra más decidida disposición para prestar ayuda a que este gran proyecto llegue a buen puerto para lo que puede contar con la RAMCV tal y como quedo plasmado en el Convenio de Colaboración que ambas entidades firmamos hace unos meses.

Hoy se hace nuevamente presente la RAMCV en la ciudad de Castellón como continuación de la sesión que hace unos meses dedicamos a enjuiciar los nuevos planes de estudio de Medicina siguiendo el llamado modelo de Bolonia que tuvo tanta repercusión mediática. La Academia de Medicina y ciencias afines cumple con ello uno de los objetivos que esta nueva junta de Gobierno se propuso como objetivo en el presente mandato: la de extender su presencia en la Comunidad Valenciana incluyendo además de la Medicina a otras ciencias afines a la misma y buscando una ciencia más humana y personalizada con el ciudadano. La humanización de la medicina señalábamos en nuestro discurso de toma de posesión, es una de las disciplinas pendientes de la Sanidad en el siglo XXI después de haber tomado conciencia de ella como problema socio-sanitario en la segunda mitad del pasado siglo.

No cabe la menor duda que la atención a la salud es uno de los grandes logros de la sociedad del bienestar y se ha transformado en un derecho del ciudadano que está regulado por nuestra propia Constitución. También es cierto que el Sistema Nacional de Salud y particularmente el Sistema Valenciano de Atención a la Salud de nuestros conciudadanos está situado no solo a la cabeza de Europa sino incluso de todo el mundo si bien a un coste que para muchos analistas actuales resultara insostenible en un futuro próximo. En cualquier caso los logros obtenidos por este Sistema de Salud, ha mejorado de modo considerable las exigencias que la OMS ya en 1945 demandó cuando definía la salud como *“un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no únicamente la ausencia de enfermedad, extendido por igual a toda la población”*.

El Dr. Lizán se interesa y ha desarrollado un penetrante estudio analizando el concepto de calidad de vida relacionada con la salud y las distintas opciones existentes para evaluarla, en donde el paciente juega el mayor protagonismo. Es evidente que los clásicos parámetros utilizados por la medicina tradicional para tomar en consideración la efectividad de la respuesta clínica ante el tratamiento de la enfermedad, es decir la curación clínica, se han basado esencialmente hasta hace poco tiempo en el análisis de la mortalidad, del tiempo libre de enfermedad o del tiempo de supervivencia después de iniciado el proceso morboso. Todos ellos estarían asentados en signos clínicos objetivables y más o menos determinables con medidas de funciones bioquímicas, fisiológicas o anatómicas logradas a través de métodos analíticos, de análisis de imagen o de pruebas morfológicas. Debo confesar que como patólogo siempre entendí como enfermedad, no solo como la que define la OMS, sino también a través de la expresión clínica (síntomas) y la determinación final de la existencia del proceso básico, conocido como *lesión orgánica*, medible objetivamente por medios físicos (microscopio) y que la recuperación celular tisular y orgánica llevaría consigo el concepto anatomopatológico de curación clínica y remisión sindrómica. Este concepto es base del método anatomoclínico nacido hace ya cerca de dos siglos uniendo los conceptos de estructura y función alterados (Buchner) así como de la localización espacial del proceso morboso (Virchow, Ashoff) es decir de la *lesión* como base del desorden funcional (es decir la sintomatología clínica) y con ello de la enfermedad. No hay duda que la objetividad del método anatomoclínico sigue vigente en estos momentos aunque la biología y genética molecular han extendido el campo del conocimiento de un modo sorpresivo a niveles que la morfología nunca pudiera sospechar. Sin embargo ello resulta ser solo una parte, quizás incluso limitada de la enfermedad y de su curación como entidad en la que en paciente jugaba hasta ahora un papel secundario al transformarse en *huésped* portador del proceso. Es llamativo como todavía en la actualidad al enfermo se le considera de tal modo (véase los procesos oncológicos por ejemplo) siendo la enfermedad, en este caso el tumor, el protagonista del evento.

Hemos oído del conferenciante como el análisis de la calidad de vida relacionada con la salud va mucho más allá del simple contexto lesional, ya que busca conocer la situación física, emocional y psicosocial del paciente a través del estudio de las percepciones que él mismo tiene de su propia enfermedad y de la respuesta al tratamiento. El paciente o enfermo es sin duda el protagonista del evento y no el huésped resignado de la enfermedad. Se hace imprescindible la aplicación a la práctica clínica diaria de forma sistemática y objetivable, interpretando los datos proporcionados por las distintas variables, que no siempre son objetivas y por ello apreciables por el médico, siendo el paciente quien debe proporcionarlas para lograr una interpretación válida de los datos, durante el seguimiento clínico.

El paciente a nivel individual tiene una participación activa en las decisiones clínicas así como en el logro de políticas sanitarias. Así la nueva atención sanitaria toma en consideración las percepciones y necesidades de los pacientes también como colectivo social. Naciendo distintos procedimientos sanitarios como es el caso del *consentimiento* informado que debe conocer y aceptar todo enfermo al recibir una asistencia hospitalaria de cualquier índole así como las normas y garantías racionales del uso de medios diagnósticos y terapéuticos. La ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento es un buen ejemplo de lo que hemos escuchado.

La investigación sobre los problemas relacionados con la percepción del estado de salud han evidenciado la dificultad tanto por parte de los pacientes como de los propios médicos de objetivarlos y de las barreras existentes para su implementación. De ahí la necesidad de Guías de Práctica Clínica no solo generales sino también aplicables a cada tipo de enfermedad y paciente proporcionadas por estudios observacionales y experimentales. De este modo nos ha informado de distintos proyectos de estudio desarrollados en varios países buscando adecuar los resultados no solo al tipo de enfermedad sino también a la situación social del entorno sanitario y geográfico donde vive el enfermo y a su grado de formación educativa.

La segunda parte de su lección magistral estuvo dedicada al estudio de la *medida de la calidad de vida relacionada con la salud* que nos ha permitido una valoración subjetiva de la repercusión de la patología que sufre y de su respuesta al tratamiento en el contexto de su entorno social. Aquí se implementa el concepto de *mejora de la calidad de vida* no solo a expensas de una mayor supervivencia sino también de su estado de bienestar físico, psíquico, familiar y social que le acoge.

Una revisión detallada del concepto de calidad de vida nos lleva a la conclusión de que el paciente pasa de ser un mero sujeto pasivo en el acto médico a ser actor principal que aprueba las opciones terapéuticas evaluando al mismo tiempo en la medida de lo posible sus consecuencias. Con lo cual el médico hace partícipe al paciente de las propias consecuencias de la evolución de su problema de salud compartiendo las posibles responsabilidades. Es evidente que ello entraña una nueva dimensión en la postura terapéutica no siempre aceptable tanto por parte del médico como tampoco del propio enfermo lo cual plantea nuevas disyuntivas en la no siempre fácil relación médico-enfermo, donde la presión asistencial así como la multiplicidad de actos y participantes en el proceso diagnóstico y terapéutico, dificulta en extremo la citada relación y su efectividad, pudiendo por el contrario aumentar la complejidad y la desconfianza entre ambos.

Para lograr una efectiva estructura de medidas de la calidad de vida relacionada con la salud el Dr. Lizán nos ha ofrecido una detallada lista de instrumentaciones tanto genéricas como específicas presentando tanto la validez como la fiabilidad y consistencia que aseguran la sensibilidad y viabilidad así como su significación clínica. Con ello concluye su análisis presentando numerosos instrumentos genéricos que son los más frecuentemente utilizados en la práctica clínica en España, discutiendo sus ventajas y limitaciones.

En conclusión, queda evidenciado que a las variables clínicas tradicionales para evaluar la efectividad del éxito clínico es preciso introducir nuevos instrumentos para que de una forma más objetiva se pueda lograr una visión global no solo de la enfermedad sino también del paciente, teniendo presente la percepciones y sensaciones de los mismos.

Termino felicitando nuevamente al Dr. Luis Lizán por su interesante disertación, acogiéndolo con todo afecto en la RAMCV y augurando que sus aportaciones enriquecerán nuestra Institución y al mismo tiempo serán beneficiosas para la Medicina y la sociedad en nuestra Comunidad.

El acto queda clausurado.

Valencia para Castellón, 21 de septiembre de 2010.