

DISCURSOS, LAUDATIOS Y EXPOSICIONES

LAUDATIO FRANCISCO IVORRA MIRALLES, IMPARTIDA EN LA SOLEMNE SESIÓN DE ENTREGA DE MEDALLA DE HONOR

LAUDATIO FRANCISCO IVORRA MIRALLES, DELIVERED IN THE SOLEMN HONOR MEDAL AWARDING SESION

Luis Pablo Rodríguez Rodríguez

Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España - Rehabilitación
Secretario General de la Real Academia Nacional de Medicina de España

Al concederle a D. Francisco Ivorra Miralles, la Universidad pública Miguel Hernández de Alicante, el título de Doctor Honoris Causa, se plasmaron virtudes y excelencias que concurren en el hoy homenajeado. Solo referiré, como síntesis, algunas de ellas: honestidad, transparencia y necesidad de hacer, con ausencia de mancha, en impecable blancura; que tal vez sea el reflejo de ser y haber nacido y vivido en Alicante.

Muchos siglos, antes del 14 de octubre de 1944, día en que nació D. Francisco, ya en el siglo III a.c. los iberos y después colonos de la poli griega de Asia menor, fijaban como referencia marítima para la navegación de cabotaje, el Monte Benacantil, el Akra Leuca, o el Pico Blanco. Los romanos tomaban la ciudad leukante o leukant, lucetun, latinizada. La invasión musulmana conforma la Medina laqant o Allaqant, el hoy Alicante. Continua belleza, continuo trabajo, continua blancura. Es ciudad de la que el monovarense Azorín dice que es: "de suavísimos grises en pleno día, y donde el color desaparece por la fuerza del sol". También desde Monóvar las Reales Calasancias se desplazan a la ciudad, a Alicante y fundan en 1950, en la calle mayor, el colegio calasancio, situado hoy en Vistahermosa donde estudió el bachillerato D. Francisco Ivorra Miralles.

La estela médica de su abuelo D. Francisco de Paula, de su padre D. Pedro y de su tío D. Isidro Planelles, quien regentará el servicio de Medicina Interna del Hospital de Alicante, tal vez sea el hilo conductor, por el que D. Francisco Ivorra decide estudiar medicina, para lo cual se traslada, y alcanza la licenciatura en la Universidad de Valencia en 1973. Una estela muy similar, la recuerdo de mi amigo, con el que conviví durante cinco años en el colegio mayor de licenciados Menéndez Pelayo de Madrid, y con el que compartí como profesor titular, y luego como catedráticos de la Universidad Complutense, y como académicos de esta corporación, de la que fue vicepresidente, el también alicantino, de Alcoy, el Prof. D. Domingo Espinos Pérez, trabajador infatigable y quien me describía como en Alicante coexistía la luz diáfana con un cielo azul penetrante. Belleza con obligación del trabajo, tienen una explicación más romántica y mas ilusoria en el cuento narrado donde ambas cualidades se aúnan, entre la bellísima princesa Cántara con sus apuestos pretendientes: Almanzor y Alí: ¡Ay Alicántara, y Ay Alicánt!

D. Francisco Ivorra, realiza la residencia en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Alicante, para más tarde especializarse en rehabilitación, en cuyo servicio de Medicina Física y Rehabilitación ocupa el puesto de médico adjunto, siendo a su vez profesor de Anatomía y Técnica Anatómica. En 1978 se incorpora como delegado médico provincial de Alicante en Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros S.A.: ASISA. La cooperativa sanitaria LAVINIA, formada por médicos, a imagen de la catalana de los doctores Espriu, donde estos aportan su trabajo profesional y con él una sociedad de asistencia, al 100% de su propiedad: ASISA. En ella D. Francisco Ivorra, va subiendo paso a paso escalones sucesivos. A los tres años de su actividad fue elegido miembro del máximo órgano de las cooperativas: Miembro del consejo rector de LAVINIA para alcanzar tras diez años de estancia, en 1988, y después de haber asumido la consejería del área comercial, ser designado Consejero Delegado. En el año 2001 pasa a desempeñar las vicepresidencias de la cooperativa LAVINIA y de la Aseguradora ASISA, y desde 2003 ostenta el cargo de presidente de ambas. En su presidencia ha impulsado y reestructurado la compañía, lo que ha permitido consolidar su liderazgo en el sector de seguros de salud e incrementar su cuota de mercado a dos millones trescientos mil asegurados, con un volumen anual de pólizas superior a los mil millones de euros. Además, crea nuevas sociedades, todas ellas inmersas como grupo ASISA, ha diversificado la prestación de servicios como el dental: ASISA dental, oftalmológico: Oftalvist, el área de análisis con el radiológico en ANALIZA. Desde 2011 ASISA ha puesto en marcha proyectos de actuación internacional en Guinea Ecuatorial, en Marruecos, así como la expansión en México, Brasil, Portugal, Italia y Oriente Medio. Ha creado el grupo hospitalario HLA: Hospitales LAVINIA ASISA, siendo actualmente la tercera red hospitalaria privada del país, a la que se suman 32 centros multiprofesionales. En ellos trabajan casi 3.000 personas; tienen en funcionamiento más de 1.250 camas con unas 260.000 estancias anuales. En el cómputo de LAVINIA participan como cooperativistas más de 10.000 médicos españoles.

En el año 2015 el presidente Ivorra crea la Fundación ASISA, ocupando su presidencia. Esta fundación colabora con las universidades públicas y privadas, a través de cátedras universitarias, contando en la actualidad con 9 de ellas. La colaboración se traslada también a

Autor para la correspondencia

Luis Pablo Rodríguez Rodríguez
Real Academia Nacional de Medicina de España
C/ Arrieta, 12 · 28013 Madrid
Tlf.: +34 91 159 47 34 | E-Mail: secretaria@ranm.es

universidades extranjeras, como las de Harvard, Michigan o Chile. Se han patrocinado en este corto tiempo 20 proyectos de investigación y se han premiado al menos 14 tesis doctorales. Mantiene convenios de colaboración con otras Fundaciones como con la de Atresmedias, Mujeres con Africa, y ONCE y recientemente ha firmado un convenio de colaboración con la Fundación de la Real Academia Nacional de Medicina de España (RANME), después de su nombramiento honorario. También es de destacar que en el año 2018 efectuó un convenio de colaboración con UNESCO Chair in Bioethics, o red de Bioética de la UNESCO.

Todo ello además de la colaboración prestada reiteradamente en esta RANME, tal como en los foros de los Jóvenes Investigadores, en las sesiones extraordinarias, en las publicaciones, como del libro caricaturas de médicos españoles, o el libro de la colección de microscopios Bruni, y otros eventos que por conocidos y señalados en la Memoria Anual de la RANME y no prolongarme con exceso han sido determinantes para que tal como figura en el acta recientemente leído, haya inducido a la Junta de Gobierno de esta Institución por sus méritos sobresalientes y por su impulso de la Fundación ASISA hacia el mundo sanitario a otorgarle la medalla de honor de esta Real Academia.

No hace más de tres meses que en su discurso de ingreso en la Academia, el Prof. D. Arturo Fernández Cruz, manifestaba que estamos en un período de verdadera revolución Científica y Tecnológica. Señalaba recientemente la académica y profesora Dña. Adela Cortina, que la novedad, la innovación, no se está produciendo de forma simultánea y equidistante entre lo que Marina denominó la cultura cinco estrellas: la del arte, la literatura y el pensamiento con la de los demás contenidos culturales. Efectivamente no se produce un cambio a la misma velocidad entre la cultura exquisita, y si se genera, en la cultura de la Ciencia; de forma relevante en la Biología y en la Bioquímica, en la Biomatemática, etc., etc., y en la Tecnología. Esto está induciendo cambios en el animal digno, pero sobre todo se está catalizando en el animal espiritual, es decir en la persona, que al ser este un ser biopsicosociocultural, nos está situando en un nuevo espacio temporal y en un cambio trascendente en la condición de la salud, del estado de bienestar y de la calidad de vida. Ante esta revolución, nuestro pensamiento, idea, valora y actúa sobre el área de la salud.

Sin ser historiador, sabemos de la época de los gremios, de las igualas, de las cooperativas, del médico de asistencia pública domiciliaria, del general, y del de familia y comunitario, del especialista, de la asistencia privada, y de la pública, de la socialización de la medicina, o mejor aún, de la socialización del médico y de los demás profesionales sanitarios. Conocemos de los servicios jerarquizados en torno de un coto especializado, en su mayor parte referidos: bien a un órgano o a un sistema o a un aparato; bien a un modo específico de tratamiento; a un sistema de apertura, centralizado o generalizado de diagnóstico; analítico, radiodiagnóstico, nuclear, anatomopatológico, etc. Incluso a un sistema determinado por la edad, la infantil, la pediátrica, y ahora ante la pertinente longevidad, a la geriátrica. Matizamos la actuación en la

función, en la deficiencia, en la discapacidad, en la independencia, en la libertad, en la Medicina Física y con ella en la Rehabilitación.

Y sin embargo la revolución señala que estamos ya en otro momento. El coto, sigue existiendo y aunque sea necesaria e ineludible e imprescindible la especialización, la agrupación ya se ha creado y ha de seguir creándose, no entre los de una sola especialidad, sino entre los diversos saberes especializados, para actuar en un proceso definido. Solo de esta manera la cosmovisión, la globalización, en terminología actual, permite que la suma de las inteligencias en la diversidad y no en la inteligencia de un solo contenido de un proceso, se magnifique por sinergismo de conocimientos. A ello, actualmente, se une la inteligencia artificial, la inteligencia expandida, que conlleva todo ello a una revolución científica en el proceso con la toma más adecuada de decisión intelectual.

Tal vez, la mayor dificultad se encuentre en delimitar a quien le compete definir la existencia de un determinado proceso. La lucha que se mantiene en el coto especializado con libre mercado, es fratricida. Tiene una sólida base en la escasez del salario médico. Es habitual que en el médico que culmina y ejerce una especialidad observe no sólo como su puerta permanece lo suficientemente abierta, si no como se abren otras, que puedan entornar la suya y además la defiende como si fuera propia. No es de extrañar, pues, que los factores enunciados, conduzcan a que cuando concurren acúmulos prevalentes de un determinado proceso y en una situación de estrechez operativa, a través de colectivos colegiales, se busquen soluciones para una determinada especialidad, tal como sucede en la saturación de las urgencias. Por el mismo motivo no es de extrañar, que, con determinadas vías de marketing, se difunda una rápida actuación, para alcanzar un mayor contingente de mercado. Por tanto, es preciso anunciar que un coto democrático, puede ser corrupto; las mayorías pueden imponer un monopolio de salida profesional, que es una forma de resistencia, sin percibir que estamos en otro ámbito computacional, tal como hemos señalado anteriormente, con una decisión intelectual de cosmovisión multiespecializada y con el uso de la inteligencia expandida.

La definición del proceso, la vía de entrada, la puerta abierta antes mencionada, debemos de señalar que dejará de ser un monopolio especializado. No estamos muy lejos de que la digitalización y la computarización, con los síntomas que puntúe el paciente y los que vaya solicitando el algoritmo, decida, con un error mínimo, señalen cual es el proceso del que debe ser examinado.

Por otra parte, al igual que hace un siglo era materia de enseñanza, en los estudios secundarios, la higiene, la sanidad; que tiene una verdadera importancia política para la salud de los ciudadanos y por ende para el Estado; ahora será preciso que se enseñe cuáles son los caracteres, los síntomas, las alarmas que nos deben de conducir a que se proceda con una resolución de urgencia. Este camino educativo es el que habrá de ser aplicado de inmediato, el otro el de la identificación del proceso de estudio le resolverá, como hemos indicado, la inteligencia expandida.

Permítanme que además de esta revolución científica, que como casi siempre, se traduce con educación y tecnología actual, señalemos algunas de las situaciones de los profesionales especialistas. Hace tres o cuatro días para poder alcanzar una especialidad médica, a partir del año 2019, 16.456 médicos han solicitado participar en el examen MIR, de los cuales 15.475, han sido los admitidos, para ocupar solamente 6.750 plazas. Ahondemos más en la situación: de estos 15.475, 4.463 no son médicos de la Unión Europea. De estos 4.463, 2.387 disponen para ellos en exclusividad 277 plazas. Los no europeos que obtengan la especialidad podrán ejercer en su país y en España, pero no en el resto de la Unión Europea, hasta que no obtengan otra nacionalidad. El problema de adaptación transcultural, aún con la diversidad, será fácilmente validable, ya que principalmente su idioma es el español, con mayor contingencia de colombianos (786), ecuatorianos (464), venezolanos (451), bolivianos (405), etc., etc. A todo ello deberemos acomodar la situación del BREXIT; Gran Bretaña es el país de mayor recepción de médicos españoles.

Ya que estamos en este ámbito de titulados, señalemos otra situación acuciante que se va a producir en el que ya es médico especialista. La acreditación, con el sistema MIR, profesional; para que exista un sistema de titulación simple y comparable y una libre circulación en la Unión Europea, se ha desarrollado con solvencia en España como uno de los elementos constitutivos del Espacio Europeo de Educación Superior (EEUS), conocido como Plan Bolonia. Los otros dos pilares de la EEUS, excepcionalmente se han desarrollado. La reacreditación profesional, es decir el aprendizaje permanente, la formación continuada, se efectúa libremente por el propio profesional, en relación a su vocación y a su ética; y sin contraprestación reconocida. La recertificación tiene en perspectiva los cimientos que se están desarrollando en el momento actual. La integración del aprendizaje a lo largo de la vida en la estrategia educativa global, se estima que al menos en cuatro a seis años, desde 2019 será una realidad. Ello obligará a que para poder seguir teniendo la especialidad certificada habrá que recertificarse en la misma, y en su totalidad, aunque en alguna de sus partes, se tenga una mayor o única habilidad. Si no se supera la recertificación, se dejará de ser especialista.

No debemos tampoco hipotecarnos a sabiendas de poseer una magnífica sanidad en España. Tal vez sea mejor constatar algunos datos últimamente referenciados. El 2 de junio de 2018, la revista *The Lancet*, publicaba el índice porcentual HAQ (Healthcare Access and Quality Index) con el que sistemáticamente, en consideración con 32 causas de fallecimiento, mediante un análisis sistemático con GBD (Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factor Study) en 195 países del mundo, sitúa a España con un 92%, de forma similar que en Nueva Zelanda, Dinamarca y Francia. En la valoración anterior, España ocupaba el 8º lugar, y con los datos del 2016 (publicado en 2018) desciende al 19º. Reino Unido ocupa el 23º con un HAQ del 90%. Los últimos países con un 19% de HAQ son Somalia y República Central Africana. El 29 de enero del 2018, Arne Björnsberg publicaba el *Health Consumer Power House* y el *EHCI 2017*

(Euro Health Consumer Index 2017) relacionando a 34 países europeos. Se considera con seis epígrafes, en un valor máximo cada uno de ellos: 1) Derecho del paciente e información (125), 2) Accesibilidad, actuación temporal, (225); 3) Resultados en determinados procesos (300); 4) Grado y alcance de los servicios (125); 5) Prevenciones desarrolladas (125); y 6) Medicamentos determinados (100); la suma máxima total es de 1.000 puntos. España alcanza 695, con el puesto 18. Mejor valoración tienen Suecia 17, República Checa 16, Reino Unido 15. Ocupan los primeros puestos Holanda (1) Suiza (2), Dinamarca (3). Francia es el décimo, los últimos los ocupan Grecia (32), Bulgaria (33) y Rumania (34). Una clasificación según los distintos recursos financieros de cada país europeo, con una valoración PPP (Purchasing Power Parity) origina un ajuste del EHCI aproximado (Bang for the buck adjust score), que en el año 2014 para España le situó en el puesto 17º, pero que para el año 2017 ha descendido entre los 34 países, al puesto 27º. A su vez la publicación señala que no existe relación entre el coste sanitario originado por cada país con el EHCI. Por otra parte, la Comisión Europea indica que la Sanidad española es un 8% más cara que la media europea, aunque en concreto destinó un 6'2 % de su PIB, que es inferior al 7'2 % que alcanza el valor medio del PIB europeo empleado en recursos sanitarios; y eso que según la OCDE la remuneración de los médicos españoles se sitúa en los últimos puestos de los salarios europeos.

Ante la resolución científica y tecnológica iniciada, nos encontramos con que no es un problema de ideología y menos aún de satisfacción. Esta puede ser muy elevada, al pensar el paciente que está en las mejores manos y en la mejor sanidad. El problema está en la condición del valor y en el de la eficiencia. Permítanme otro paréntesis. La decisión, desde luego tiene que estar soportada por la evidencia científica probada. Más con la protocolización sistemática, hemos de tener en cuenta que sólo será efectiva en un 40, 80, 90% de los pacientes; más ¿dónde está la personalización si la decisión desfavorable concurre en el 60, 20, 10% restante?

La implantación de una adecuación ante la resolución científica y tecnológica es sumamente complicada. Se ha aducido sistemáticamente, que si se hubieran puesto en marcha las medidas que se agruparon en aquel, ya antiquísimo plan apodado con el apellido del presidente de la Comisión, no estaríamos en esta situación, sino en otra mucho mejor. O tal vez, probablemente no. Otra situación adecuada surgió cuando se ideó aplicar un parche o barniz de conocimiento que decidió instaurar la troncalidad en las especialidades, aumentando el número de años de la misma, y proporcionalmente disminuyendo el mismo número de los de la especialidad concreta; que en definitiva consistía de emitir competencias, para solucionar situaciones de escasez de recursos sanitarios específicos. Nos podríamos encontrar a título de ejemplo, con que un ginecólogo con una formación inferior es este campo se le habilitara para la asistencia de cirugía general. Es decir, ampliar las competencias con menor formación. Esto es tan disparatado como que un cirujano ortopédico traumatólogo se le faculte para la Medicina Física y Rehabilitación,

o que un cardiólogo, con este sistema obtenga competencias en Medicina Interna. Y el problema, aún es más serio y vergonzante, cuando a un enfermero o un fisioterapeuta, por ejemplo, con una formación no médica, se les asigna para que decida que efectúe individualmente el tratamiento por él elegido o decidido; tal vez en países con el HAQ más inferior, y ante otra posibilidad, tenga algún valor.

Esto es pasar a una decisión simplista del conocimiento, cuando lo necesario es agrupar todos los conocimientos médicos y no médicos en un grupo intelectual decisivo y eficaz para el proceso definido, en el estado evolutivo del momento, con la comorbilidad determinada, con la mutación previsible, con la aceptación y adhesión requerida, et., etc., es decir personalizado. El problema es, como acabamos de señalar, no poner parches ante los fallos o desajustes del sistema. Hemos, por una parte, de actualizar el sistema ante la imparable revolución científica y tecnológica, y desde luego democratizarle, manteniendo su sostenibilidad con transferencia del existente, pero despojándole del aparato y la organización ineficaz.

Creo que es imprescindible su realización y por ello lo señalo en el marco de excelencia más imparcial, libre e independiente, como es el académico. Y lo nuestro en el ámbito de la sanidad privada, que puede que sea más libre, y por tanto lo pueda reconducir con mayor facilidad, sin tener que contentar a los electores, no dar espaldarazo a los gremios, a las reivindicaciones sindicales, a los antisistema de la sanidad y a tantos lobbies, mal definidos y digeridos.

Tal vez, señoras y señores, a estas alturas de mi intervención, se estén preguntando: ¿si ya se expusieron y alabaron los reconocidos méritos que conforman y aplauden el reconocimiento a D. Francisco Ivorra Miralles?, ¿por qué se exponen en este momento en su laudatio, estas consideraciones sobre el ámbito sanitario?

A un académico se le escoge por sus relevantes y excepcionales méritos. Todos los académicos que son, los tienen; o si me permiten, para dar más fiabilidad, consideren que uno, como el que habla, no los tenga; De los 50 que somos, se produciría en un 98%; lo cual no excluye que existan otras muchísimas personalidades, con valiosísimos méritos que no sean académicos. Pero la medalla de académico no se otorga exclusivamente por los méritos, como una distinción más, a la obra realizada como un premio, como una condecoración, aunque lo sea. La distinción de académico conlleva a seguir dando aportación de mérito. En este caso, soluciones actuales, ante la revolución científica y tecnológica señalada. Creatividad de la inteligencia humana, que con la expandida en el ámbito sociocultural, ha de culminar en la ética. No es por tanto un brindis, el último convenio firmado por ASISA con la Unesco. La necesaria y nueva aportación del homenajeado, se ha de enmarcar en su precisa y solidaria intervención en los fines y objetivos de esta Real Academia Nacional de Medicina de España, que lo son para los ciudadanos. Es, aunque sea honorífica, una cruz más a soportar, en el ser, existir, y sentir académico. Todo ello sabemos que va

a acontecer en Don Francisco Ivorra, y con la gratitud, por tener que tener esta nueva dedicación, se la tenemos que hacer extensiva a su mujer, a sus hijos, a sus nietos, a toda la familia y a sus amigos. Es por lo que creo, en nombre de todos, las excelentísimas y excelentísimas señoras y señores académicos, poderle dar las gracias a D. Francisco Ivorra por la aceptación de la misma.

Muchas gracias.

He dicho.

Si desea citar nuestro artículo:

Rodríguez-Rodríguez L. P.

Laudatio Francisco Ivorra Miralles

ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España;

An RANM · Año 2019 · número 136 (01) · páginas 77–80

DOI: 10.32440/ar.2019.136.01.dle04
