



# REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE DE RECEPCIÓN  
COMO ACADÉMICA CORRESPONDIENTE

DISCURSO DE INGRESO

LA SOCIEDAD DEL BIENESTAR:  
LA SANIDAD COMO PILAR FUNDAMENTAL

POR LA

Dra. Dña. Ana M. Pastor Julián



DISCURSO DE PRESENTACIÓN

POR EL

Ilmo. Sr. D. Tomás Vicente Vera



8 de mayo de 2026

MURCIA





# DISCURSOS

LEÍDOS EN LA SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE  
DE RECEPCIÓN COMO ACADÉMICA CORRESPONDIENTE,  
CELEBRADA POR LA

## REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

el día 8 de mayo de 2026

### Discurso de ingreso

por la

Dra. Dña. Ana María Pastor Julián

**‘La sociedad del bienestar:  
la sanidad como pilar fundamental’**

### Discurso de presentación

por el

Ilmo. Sr. D. Tomás Vicente Vera

Vicepresidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía  
de la Región de Murcia

*Edita:*



*Real Academia de Medicina y Cirugía  
de la Región de Murcia*

*Realización y producción:*

Nextcolor

*Depósito Legal:*

MU

# Índice

• Discurso de presentación.....	7
• Discurso de ingreso: <i>La sociedad del bienestar: la sanidad como pilar fundamental</i> .....	17
I. INTRODUCCIÓN: GRATITUD, HONOR Y CONCIENCIA DE PERTENENCIA .....	00
II. LAS ACADEMIAS DE MEDICINA: MEMORIA DEL SABER Y CONCIENCIA CRÍTICA DEL PRESENTE .....	00
III. EL ESTADO DEL BIENESTAR: DE LA ASISTENCIA VINCULADA AL TRABAJO AL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD .	00
IV. LA SANIDAD COMO PILAR FUNDAMENTAL DEL ESTADO DEL BIENESTAR: FUNDAMENTO Y FUNCIÓN.....	00
V. EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: DE LA CONSTRUCCIÓN DEL DERECHO A SU GARANTÍA EFECTIVA .....	00
VI. LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y LA FIGURA DEL MÉDICO: FUNDAMENTO DEL SISTEMA Y EXPRESIÓN DE SU SENTIDO .....	00
VII. ÉTICA MÉDICA Y PROFESIONALISMO: FUNDAMENTO DE LA PRÁCTICA Y GARANTÍA DE FUTURO.....	00

VIII. CIENCIA MÉDICA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN: DESARROLLO, INFRAESTRUCTURAS Y TECNOLOGÍA SANITARIA.....	00
IX. CONCLUSIÓN: LA MEDICINA COMO COMPROMISO, LA SANIDAD COMO BIEN COMÚN.....	00

# Discurso de presentación

por el

Ilmo. Sr. D. Tomás Vicente Vera

Vicepresidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía  
de la Región de Murcia



*Excelentísimo presidente de la Real Academia de medicina y Cirugía de Murcia, excelentísimas autoridades, excelentísimos e ilustrísimos académicos, señoras y señores.*

Quiero agradecer al presidente de nuestra Academia y a la Junta de Gobierno, el haberme designado para realizar el discurso de recepción y *laudatio* de la Sra. Ana Pastor Julián.

Hoy la Academia de Medicina luce sus mejores galas, y abre sus puertas para recibir a una insigne doctora y servidora pública de nuestro país, sin lugar a dudas es un honor para nuestra institución, debido a las virtudes y méritos que confluyen en nuestra nueva académica.

La Dra. Pastor nació en Cubillos del Pan, lugar donde se encuentra la Iglesia de Santa María de la Ascensión, y en donde existe una pila bautismal de piedra con taza gallonada del siglo XVI en la que fue bautizada. Esta localidad, municipio de la provincia de Zamora, pertenece a la tierra del pan, por abundar en ella el trigo y los cereales. Era la tierra que daba sustento a Zamora y a sus alrededores, me atrevería a afirmar que quizá fue esta primera circunstancia del destino la que marcó, desde su nacimiento, el carácter generoso y solidario de nuestra nueva académica.

Pasó su infancia en su pueblo natal, fue la pequeña de una familia compuesta por tres hermanos. Su padre era natural de Vivero, provincia de Lugo, y su madre era natural de Pontevedra; ambos progenitores le imprimieron valores, respeto por los demás y la necesidad de adquirir una buena formación académica. Asistió a la escuela de su pueblo, que por aquella época

ya era unitaria, es decir de niños y niñas; sin lugar a dudas este aspecto también marcaría su forma de entender la sociedad, desde el respeto y la universalidad de valores sin diferencia entre sexos. De hecho, nuestra nueva académica es una gran defensora de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

Como ella misma señaló en su día, si de algo se ha sentido orgullosa, es de haber ocupado un escaño como mujer, de no estar sentada en las tribunas de arriba del Congreso donde en otras épocas las mujeres se sentaban, como meras espectadoras.

Desde niña destacó como estudiante brillante, especialmente en el área de las matemáticas; cuando tenía nueve años su familia la trasladó al colegio de las Siervas de San José, en la ciudad de Zamora, aunque en vacaciones volvía a su añorado pueblo natal, donde daba clases particulares a los jóvenes de esa localidad; vocación por la enseñanza que sin duda heredo de su querida abuela, maestra de profesión.

En relación a su *curriculum vitae* y formación académica es licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca, una de las más prestigiosas facultades de nuestro país; especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, siempre ha dicho que es un médico vocacional y que si tuviera que volver a empezar, volvería a estudiar medicina.

Funcionaria de carrera del Cuerpo Superior de Salud Pública y Administración Sanitaria. Master en Salud Pública y Administración Sanitaria y MBA en Dirección de Empresas, especialidad de Recursos Humanos. No llega a la política desde un despacho, sino desde la bata blanca y la gestión. Fue jefa de Servicio de Planificación Sanitaria en Pontevedra, gerente de Atención Primaria y directora provincial del Sergas. Asume el cargo de Directora General de la Mutualidad General de funcionarios civiles del Estado (MUFACE) en junio de 1996 permaneciendo en este puesto hasta 1999. Conocía el sistema sanitario en profundidad y desde dentro.

Posteriormente a esta etapa de gestión sanitaria, asume importantes cargos de responsabilidad en el Gobierno de España, fue nombrada Subsecretaria de Educación y Cultura desde enero de 1990 a febrero del año 2000, más tarde ocupó el cargo de Subsecretaria de Presidencia desde mayo del 2000 a marzo

del 2001. A continuación pasó a ocupar el cargo de Subsecretaria de Interior hasta julio del 2002.

En julio de 2002 D. José María Aznar, presidente de Gobierno, la nombró ministra de Sanidad y Consumo. Abordaba un ministerio complejo: muchas competencias ya transferidas a las Autonomías y poco tiempo por delante para llevar a cabo la labor encomendada, pues estaría en el cargo poco menos de dos años, concretamente hasta abril del 2004. Impulsó tres leyes fundamentales, que con la aprobación de las mismas, hoy son pilares de la sanidad pública de nuestro país. Estas son, La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, siendo aprobada por unanimidad del Parlamento, y cuyo objetivo es garantizar la equidad, calidad y participación ciudadana en todo el Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, impulsó la reforma de La Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, con el fin de adaptar las necesidades del sistema sanitario abordando las tensiones entre los profesionales sanitarios.

Y, por último, la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente que establecía derechos y obligaciones en materia de información y documentación.

Si algo destaca de forma exponencial en nuestra nueva académica, es su capacidad para el diálogo y el consenso con todas las fuerzas políticas, aspectos de suma importancia para que las leyes perduren en el tiempo, y no es ello una cuestión baladí, pues, como todos ustedes conocen, todas las leyes que fueron aprobadas durante su gestión son pilares fundamentales de nuestro sistema público.

El Parlamento es, para ella, sobre todo expresión de unidad en torno a los valores compartidos, libertad, igualdad, justicia social y estado de derecho, donde se conjuga la pluralidad política. Ya desde Platón la justicia social se considera como una virtud en el alma de las personas, o Aristóteles, quien consideraba la justicia social como una virtud entre lo que es justo para uno mismo y lo que es justo para la sociedad.

Otro hito en la carrera profesional de la Dra. Pastor, ha sido su encarnizada lucha contra el tabaco, siendo pionera en esta área y consiguiendo grandes retos; casualmente el destino quiso que en 1997 nombraran a un servidor, responsable de la Comisión Nacional de la Lucha contra el Tabaco, y ya les

digo por vivirlo en primera persona, que era esta misión difícil, pues nos encontrábamos con grandes trabas y sobre todo, con pocos recursos, además de una sociedad que aceptaba el fumar como algo natural y consustancial a los hábitos de consumo.

Desde luego, ello no fue óbice para implantar los primeros pasos en esta lucha contra esta terrible pandemia, pues en 2003 la doctora doña Ana Pastor impulsó el primer Plan Nacional para la Prevención y Control del Tabaquismo, en la que por cierto, España estaba a la cola de Europa.

Para Ana Pastor, sanidad, educación, dependencia y pensiones fundamentan el estado de bienestar. Es defensora a ultranza de reorientar el sistema sanitario hacia la cronicidad y la pluripatología, incorporando tecnología y garantizando la sostenibilidad del sistema.

Tras su labor como como ministra de Sanidad, en el año 2011 fue nombrada ministra de Fomento, Ministerio que ostentó hasta 2016. Entre sus logros, destacar que impulsó notablemente el AVE y el ferrocarril. Durante su etapa, España se convirtió en el segundo país del mundo con más kilómetros de alta velocidad, solo por detrás de China. Ejecutó y terminó autovías clave como la A7 en Granada y la A8 en Galicia, entre otras. Promocionó el Corredor Mediterráneo. Impulsó el Plan PIMA de transporte, de ayudas para renovar flotas de transporte por carreteras menos contaminantes. Durante su gestión, mostró un perfil muy técnico y gestor. La llamaban la ministra del Excel porque controlaba cada cifra. Incluso, la oposición le reconocía que se sabía todos los proyectos de memoria.

Y ya como colofón, fue nombrada en el año 2016 presidenta del Congreso de los Diputados, órgano en el que reside la soberanía popular, a propuesta del presidente de Gobierno, don Mariano Rajoy, y por votación mayoritaria de los miembros del Congreso. En esta etapa destacó por ser muy estricta con el Reglamento, defensora de la neutralidad, intentando siempre mantener la Presidencia de forma imparcial y llevando al Congreso un perfil más técnico que político. Fue elogiada por tener un conocimiento exhaustivo del Reglamento, soportando una legislatura muy complicada, y llevando la confrontación política, propia del debate político, con exquisita elegancia.

Es importante destacar que, fue la segunda mujer (en 200 años) presidenta del Congreso después de Luisa Fernanda Rudy. En 2024 dejó su acta de dipu-

tada para incorporarse al ámbito de las Instituciones Sanitarias; se cierra el círculo volviendo a su ámbito profesional, la sanidad.

A lo largo de su carrera, Ana Pastor ha sido reconocida con diversas distinciones a nivel nacional e internacional, entre las que destacan: la Real Orden de Carlos III y la Gran Cruz de la Orden del Mérito Civil, la Medalla del Congreso de los Diputados, las medallas de Oro de las Cortes Generales como parte del Consejo Asesor para la Conmemoración del 40 Aniversario de la *Constitución*, la Gran Cruz de la Orden Militar de Cristo de la República Portuguesa y es nombrada doctora *onoris causa* de la Universidad Abat Oliba y Premio New Medical Economics 2025 en la categoría de mejor personalidad sanitaria del año, un reconocimiento anual que distingue la excelencia en la gestión, innovación y la calidad en el ámbito sanitario. No me extendiendo más al ser muy prolíficos los nombramientos, premios y galardones; ustedes tendrán la oportunidad de revisarlos en los anales de la Academia.

#### **ENUMERACIÓN DE DISTINCIONES:**

- Gran Cruz de la orden de Carlos III.
- Gran Cruz de la Orden del Merito Civil.
- Gran Cruz de la Orden al Mérito de la República de Chile.
- Condecoración “Bernardo O’Higgins” en el Grado de Gran Oficial de la República de Chile.
- Oficiala de la Orden Nacional de la Legión de Honor de la República francesa.
- Gran Cruz de la Orden Militar de Cristo de la República portuguesa.
- Gran Cruz de la Orden del Sol de la República de Perú.
- Cruz de Plata de la Orden del Mérito de la Guardia Civil.
- Medalla de la Orden del Mérito Policial.
- Medalla de Plata de Galicia.
- Colegiada de Honor Nacional con Emblema de Oro por la Organización Médica Colegial.
- Académica de Honor de la Academia Médico Quirúrgica Española.

- Medalla de Honor del Consejo Andaluz de Colegios Médicos.
- Académica correspondiente de la Real Academia de Medicina del Distrito de Granada.
- Colegiada de Honor del Colegio Oficial de Médicos de Pontevedra.
- Colegiada de Honor del Colegio Oficial de Médicos de Valencias.
- Colegiada de Honor del Colegio Oficial de Médicos de Zamora.
- Medalla de Oro del Colegio Oficial de Médicos de Badajoz.
- Medalla de Oro del Colegio de Médicos de la Rioja.
- Académica de Honor de la Academia Española de Estudios Históricos de Estomatología y Odontología.
- Insignia de Oro de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica -SEPAR.
- Medalla de Plata de la Sociedad Gallega de Hipertensión.
- Miembro de Honor de la Organización Colegial de Dentistas de España.
- Medalla del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Medalla de la Enfermería Andaluza 2003 del Consejo Andaluz de Enfermería.
- Profesora Honoraria de la Escuela de Enfermería de Ourense.
- Medalla de Oro del Consejo de Colegios de Veterinarios de Castilla la Mancha.
- Premio Albeitar del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Veterinarios.
- Premio Sanitarias 2020. *Redacción Médica*. Trayectoria política.
- Medalla de Oro y Brillatens de A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora.
- Premio New Medical Economics 2025 en la categoría de mejor personalidad sanitaria del año, un reconocimiento anual que distingue la excelencia en la gestión, innovación y la calidad en el ámbito sanitario.
- Doctora *honoris causa* por la Universidad Abat Oliba.
- Ostenta la Presidencia de A.M.A., desde junio de 2024 hasta octubre de 2025, la Mutua de los Profesionales Sanitarios.

En marzo del 2025 presenta un libro que recopila sus discursos durante su etapa como presidenta del Congreso, que son de una gran enseñanza y ejemplo de su talante unificador por la sanidad y el consenso. En relación a este libro,

la señora Francina Armengol, actual presidenta de la Cámara, ha destacado que Pastor ha elegido discursos que describen perfectamente lo que ella significó: “Se desvivió por el Parlamento y fue gran servidora pública”. En su presentación en la Sala Constitucional del Congreso de los Diputados, la doctora Pastor expresa: “Este libro no es solo de la que les habla, sino de muchos de ustedes, porque muchos me aconsejaron y otros formaron parte de la décimo segunda legislatura. Francina Armengol comenta en la presentación que en sus diferentes discursos, Pastor explica muy bien la importancia que le da al parlamentarismo, al don de la palabra para convencer y al Parlamento como espacio de diálogo y consenso.

Ana Pastor entiende a Michel de Montaigne y hace suyas las reflexiones del pensador, y las ha puesto de manifiesto en su labor pública. Parafraseando al autor, “cuando se me contraria, se despierta mi atención, no mi cólera, me adelanto hacia quien me contradice, en el caso claro esta, de que me instruya. La causa de la verdad debiera ser la causa común a uno y otro contrincante”.

Dentro de sus aficiones, además de su vocación de servicio público permanente, destaca su pasión por los viajes y la lectura, aficiones que comparte con su esposo, compañero de vida y gran pilar, que consolida y fortalece su existencia, complicidad y uno de los referentes más importantes en su vida. Quiero también felicitar, en nombre de todos los académicos, a su familia, a sus hermanos y a su madre que todavía la acompaña en este mundo con 97 años, ejemplo de fortaleza y magnífica genética, que sin duda ha heredado la nueva académica.

Las academias son mucho más que instituciones simbólicas, son espacios vivos, de diálogo, investigación y colaboración. Hoy siguen siendo muy necesarias, pero se deben adaptar a lo nuevos tiempos para seguir aportando valor a la sociedad y al mundo académico, y es por esto que deben integrar nuevos miembros de una forma dinámica, que actualicen y aporten esos valores. En el caso de la nueva académica, sin duda se cumplen sobradamente esos objetivos, por eso hoy es un día grande para nuestra academia.

Ana Pastor es una gran servidora del Estado.

Y como dijo en su despedida al frente de la Cámara Baja: “Ha merecido la pena”.

Para mí también ha sido una experiencia y un privilegio viajar a través del periplo vital de la nueva Académica en su doble vertiente humanística, profesional y gran servidora pública.

He dicho.

*Dr. Tomás Vicente Vera*  
Vicepresidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía  
de la Región de Murcia.

Discurso de ingreso

**‘La sociedad del bienestar:  
la sanidad como pilar fundamental’**

por

Dra. Dña. Ana María Pastor Julián



## I. INTRODUCCIÓN: GRATITUD, HONOR Y CONCIENCIA DE PERTENENCIA

*Señor Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia,*

*Excmo. Dr. Manuel Segovia Hernández,*

*Ilustrísimo Señor Secretario General, Dr. Manuel Solís de Querol,*

*Ilustrísimo Dr. Tomás Vicente Vera,*

*Excelentísimos e Ilustrísimos Académicos,*

*Autoridades,*

*Señoras y señores:*

Permítanme iniciar esta lección doctrinal expresando mi más profundo agradecimiento al señor Presidente, Excmo. Dr. Manuel Segovia Hernández; al Ilustrísimo Secretario General, Dr. Manuel Solís de Querol y al Ilustrísimo Dr. Tomás Vicente Vera, por la generosidad de sus palabras en la laudatio, que son para mí motivo de emoción, pero también de reflexión, porque en ellas he reconocido no solo la deferencia del colega, sino la exigencia del académico. Y es precisamente esa exigencia la que otorga a este acto su verdadero significado, al convertir el reconocimiento en compromiso.

Y deseo también expresar mi gratitud a todos los miembros de esta Academia, por el honor que me conceden al acogerme en esta institución y la confianza que han depositado en mi persona. Porque pocas formas de reconocimiento poseen la densidad moral de aquella que procede del juicio de tus

compañeros. Ser distinguida por quienes comparten la misma vocación, la misma incertidumbre y la misma responsabilidad que definen el ejercicio de la medicina constituye, sin duda, una de las más altas formas de legitimidad profesional.

Ingresar en esta Academia significa incorporarse a una tradición, a la excelencia de quienes la han construido y a la altura intelectual de quienes la sostienen. Un honor que asumo no como distinción personal, sino como una responsabilidad, en la que el reconocimiento se transforma necesariamente en exigencia de continuidad, de contribución y de fidelidad a los valores que han hecho posible esta tradición.

Y esa tradición se expresa, de manera especialmente elocuente, en las figuras que han formado parte de esta Academia.

La nómina de sus Académicos de Honor constituye, en sí misma, un recorrido por la historia viva de la medicina contemporánea. Figuras como Ramón Castroviejo Briones, pionero de la cirugía corneal, o José Ignacio Barraquer Moner, referente mundial en cirugía refractiva, representan la capacidad de innovación de la medicina española en su proyección internacional.

La presencia de Severo Ochoa de Albornoz, premio Nobel, simboliza la excelencia científica en su máxima expresión y la conexión de esta Academia con la gran ciencia universal. Junto a él, figuras como Francisco Grande Covián, cuya obra en el ámbito de la nutrición marcó una época, o José María López Piñero, que nos enseñó a comprender la medicina en su dimensión histórica y cultural, amplían nuestra mirada más allá de la práctica clínica.

En tiempos más recientes, la incorporación de científicos como Juan Carlos Izpisúa Belmonte, referente internacional en medicina regenerativa, o Francisco Juan Martínez Mojica, cuyo descubrimiento ha transformado la biología molecular contemporánea, sitúa a esta Academia en la frontera del conocimiento.

Asimismo, la presencia de figuras clave en la organización sanitaria, como Rafael Matesanz Acedos, artífice del modelo español de trasplantes, o de personalidades como Federico Mayor Zaragoza, cuya trayectoria ha sabido integrar ciencia, educación y compromiso institucional, pone de manifiesto la amplitud de miras de esta corporación.

Y no podemos dejar de señalar la dimensión global que aporta la presencia de Tedros Adhanom Ghebreyesus, cuya labor sitúa la salud en el centro de los grandes desafíos internacionales.

Pero junto a estas figuras de proyección universal, quiero también poner en valor a quienes, desde esta tierra, han contribuido de manera decisiva al desarrollo de la medicina y del sistema sanitario. Profesionales como el Dr. Vicente Vicente García, el Dr. Pablo Ramírez, el profesor Dr. Juan José Parrilla o el Dr. José María Moraleda representan, desde ámbitos distintos, una misma forma de entender la medicina: la del rigor, la entrega y el servicio.

Podríamos seguir citando nombres, y sin duda, la relación sería extensa. Pero más allá de cada trayectoria individual, lo verdaderamente relevante es lo que todos ellos encarnan: una tradición intelectual y moral que da sentido a nuestra profesión.

Incorporarse a esta institución y, con ello, a la comunidad de tan grandes profesionales de la medicina, cuya excelencia, rigor y compromiso han contribuido a engrandecer no solo esta Academia, sino el conjunto de la Medicina española y su proyección internacional es todo un privilegio.

Es en la tradición científica y humanista, técnica y moral donde encuentra su sentido esta lección doctrinal. Y es desde esa misma conciencia de pertenencia, exigente y fecunda, desde donde deseo articular una reflexión sobre el compromiso médico con la salud, su proyección en la sanidad y su culminación en el Estado del bienestar como uno de los pilares esenciales de nuestras sociedades.

## **II. LAS ACADEMIAS DE MEDICINA: MEMORIA DEL SABER Y CONCIENCIA CRÍTICA DEL PRESENTE**

Desde esa conciencia de pertenencia a una tradición científica y humanista que nos precede, nos interpela y nos compromete, resulta necesario detenernos en el significado profundo de las academias de medicina como instituciones al servicio del conocimiento, del pensamiento crítico y del progreso de la medicina.

Porque si hemos evocado la herencia intelectual y moral que configura nuestra identidad profesional, es precisamente en las academias donde esa herencia encuentra su espacio natural de conservación, análisis y proyección.

Las academias de medicina no son meras corporaciones honoríficas ni simples depositarias de un saber acumulado. Son, en su sentido más pleno, estructuras intelectuales al servicio del conocimiento, lugares donde la medicina se piensa a sí misma y donde el progreso científico se somete al juicio crítico.

Su origen se sitúa en la Europa moderna, en el contexto del pensamiento ilustrado, cuando el conocimiento comienza a emanciparse de la autoridad para fundamentarse en la observación, la experimentación y el método. Las academias nacen, así, como respuesta a una necesidad esencial, dotar al saber de un marco institucional que garantice su rigor y su continuidad.

En el ámbito de la medicina, esta función adquiere una relevancia singular. Porque la medicina no es solo una ciencia, ni únicamente una práctica; es una disciplina situada en la intersección entre el conocimiento y la acción, entre la evidencia y la decisión. Como afirmaba Claude Bernard, “la ciencia no consiste en acumular hechos, sino en interpretarlos”.

Las academias han sido, precisamente, el lugar donde esa interpretación ha podido desarrollarse con la profundidad y la libertad que exige el verdadero conocimiento.

En España, la Real Academia Nacional de Medicina de España ha desempeñado históricamente una función vertebradora en la configuración del pensamiento médico, siendo desde el siglo XVIII testigo y protagonista de las grandes transformaciones de la medicina, desde la clínica clásica hasta la biomedicina contemporánea.

Pero es en las academias territoriales donde ese conocimiento adquiere una dimensión especialmente viva, al integrarse en la realidad concreta de los sistemas sanitarios y de los profesionales.

En este sentido, la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia se erige como una institución de singular relevancia, no solo por su trayectoria histórica, sino por su capacidad para proyectar el conocimiento científico sobre la práctica médica y sobre los retos de nuestro entorno.

A lo largo de su evolución, ha contribuido de manera decisiva a consolidar una forma de entender la medicina en la que convergen la excelencia científica y el compromiso con la sociedad, convirtiéndose en un referente intelectual que honra a la medicina y a la Región de Murcia.

Su trayectoria no puede entenderse únicamente como la historia de una institución, sino como la evolución de una comunidad científica que ha sabido adaptarse a los cambios sin renunciar a sus principios.

Esta Academia ha acompañado las profundas transformaciones de la medicina: la progresiva especialización del conocimiento, el desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas y la consolidación de la investigación biomédica.

Pero, más allá de estos cambios, ha mantenido una constante que define su identidad, la convicción de que el progreso científico solo adquiere pleno sentido cuando se orienta al servicio de la persona.

Esta fidelidad a la ciencia y al humanismo constituye, probablemente, la mayor aportación de las academias de medicina a la sociedad contemporánea.

Porque en un tiempo caracterizado por la aceleración del conocimiento y la irrupción de tecnologías disruptivas, las academias cumplen una función insustituible que no es otra, que preservar valores, aportar criterio y favorecer una reflexión serena.

La Academia de Murcia ha sabido ejercer una función particularmente valiosa, consolidándose como un espacio de transmisión de conocimiento y de valores. Una realidad viva, cuya legitimidad deriva de su capacidad para contribuir al debate contemporáneo y para iluminar los desafíos del presente. La Academia no es solo memoria, es también conciencia crítica.

Y es precisamente esa condición, la de conciencia crítica del presente, la que nos obliga a ampliar nuestra mirada. Porque la medicina, tal y como hoy la entendemos, no puede analizarse al margen de los sistemas en los que se organiza ni de la sociedad en la que se desarrolla.

La práctica médica ha dejado de ser un acto individual para convertirse en una actividad integrada en estructuras complejas, condicionada por múltiples factores.

De ahí que la reflexión sobre la medicina no pueda limitarse al ámbito estrictamente clínico o científico, sino que deba extenderse al análisis del marco en el que se inscribe: el de los sistemas sanitarios. Porque si las academias representan la organización del conocimiento, el Estado del bienestar representa la organización del cuidado.

Y comprender este último resulta imprescindible para entender el papel que la sanidad ocupa en nuestras sociedades contemporáneas.

### **III. EL ESTADO DEL BIENESTAR: DE LA ASISTENCIA VINCULADA AL TRABAJO AL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD**

El Estado del bienestar representa la organización institucional del cuidado y expresa una de las transformaciones políticas, sociales y morales más relevantes de la Europa contemporánea.

Durante buena parte del siglo XIX y comienzos del siglo XX, la protección frente a la enfermedad no se concebía como un derecho universal de ciudadanía, sino como una cobertura limitada, vinculada fundamentalmente al trabajo, a la capacidad contributiva o a la beneficencia. La asistencia sanitaria era, en muchos países europeos, una prestación asociada al trabajador asalariado, especialmente al trabajador industrial, en un contexto de expansión de la sociedad urbana y de aparición de nuevas formas de pobreza.

El primer gran modelo moderno de protección social fue el impulsado en Alemania por Otto von Bismarck en la década de 1880. Su finalidad fue organizar seguros sociales obligatorios para determinados colectivos laborales, financiados mediante cotizaciones de trabajadores y empresarios, con participación del Estado. Aquel sistema supuso un avance histórico incuestionable; por primera vez, la enfermedad, el accidente, la invalidez o la vejez dejaban de ser únicamente desgracias individuales para convertirse en riesgos sociales susceptibles de protección organizada.

Pero aquel modelo tenía también un límite evidente, protegía principalmente al trabajador integrado en el mercado laboral formal. La protección sanitaria nacía del vínculo laboral y contributivo, no de la condición humana ni de la ciudadanía. El derecho a ser atendido dependía, en gran medida, de estar dentro del sistema productivo.

Con el paso del tiempo, Europa comprendió que ese modelo, aunque decisivo en su origen, resultaba insuficiente para responder a sociedades cada vez más complejas. La enfermedad no distingue entre activos e inactivos, entre trabajadores y desempleados, entre quienes cotizan y quienes no pueden hacerlo.

La vulnerabilidad humana es anterior a cualquier categoría administrativa. Y sobre esa evidencia se construirá, lentamente, una idea moral y política de enorme trascendencia: la salud no puede depender solo de la posición laboral; debe formar parte del estatuto de ciudadanía.

La Segunda Guerra Mundial aceleró definitivamente esta transformación. La Europa de posguerra no solo tuvo que reconstruir ciudades, hospitales e infraestructuras; tuvo que reconstruir también su contrato social. La devastación hizo evidente que la cohesión de las sociedades democráticas requería algo más que crecimiento económico, exigía seguridad social, educación, salud pública, protección en la vejez y garantía frente a la pobreza.

En ese contexto aparece el Informe Beveridge, publicado en el Reino Unido en 1942, que propone combatir los grandes males sociales la necesidad, la enfermedad, la ignorancia, la miseria habitacional y el desempleo mediante un sistema integral de protección. Frente al modelo bismarckiano, basado en la cotización profesional, el modelo beveridiano sitúa el acento en la universalidad, la financiación pública y la responsabilidad del Estado.

El tránsito de Bismarck a Beveridge no fue solo administrativo. Fue un cambio de paradigma. La asistencia sanitaria dejó progresivamente de ser una prestación laboral para convertirse en expresión de ciudadanía social. La pregunta dejó de ser: “¿ha cotizado usted?” para aproximarse a otra mucho más profunda: “¿tiene usted derecho a ser protegido cuando enferma?”. Y la respuesta europea fue, cada vez con mayor claridad, afirmativa.

A partir de la posguerra, los países europeos recorrieron caminos distintos, pero convergieron en una idea común, la salud debía quedar integrada en el núcleo del Estado social. Algunos países mantuvieron sistemas de seguro social de raíz bismarckiana, como Alemania, Francia, Austria, Bélgica o Países Bajos, pero ampliaron progresivamente la cobertura, reforzaron la regulación pública y garantizaron el acceso a amplios sectores de población. Otros, como Reino Unido, Suecia, Dinamarca, Noruega o, más tarde, España, avanzaron hacia modelos de servicio nacional de salud, financiados fundamentalmente mediante impuestos y orientados a la cobertura universal.

Lo relevante no es que todos los países adoptaran la misma arquitectura institucional, porque no lo hicieron. Lo relevante es que todos compartieron

una misma evolución moral. La salud dejó de entenderse como una contingencia individual y pasó a concebirse como un bien público, como una condición de libertad efectiva y como un componente esencial de la dignidad humana.

En ese proceso, la sanidad se situó junto a la educación, las pensiones y la protección frente a la dependencia como uno de los grandes pilares del bienestar europeo. La educación hizo posible la igualdad de oportunidades; las pensiones garantizaron dignidad en la vejez; la protección social ofreció seguridad frente a la adversidad; y la sanidad aseguró algo previo a todo lo demás: la posibilidad de vivir, de desarrollar un proyecto vital y de participar en la comunidad.

De ahí que el Estado del bienestar no pueda entenderse solo como un conjunto de prestaciones. Es una arquitectura moral de la democracia. Expresa la convicción de que una sociedad justa no abandona al individuo cuando enferma, envejece, pierde el empleo o necesita cuidados. Y expresa también una idea profundamente europea: la libertad real requiere ciertas condiciones materiales compartidas.

Autores como T. H. Marshall explicaron esta evolución al hablar de la ciudadanía social, entendida como el complemento necesario de los derechos civiles y políticos. No basta con reconocer libertades formales si una parte de la población carece de educación, salud o protección básica. Gøsta Esping-Andersen, al estudiar los regímenes de bienestar europeos, mostró cómo la protección social permite desmercantilizar aspectos esenciales de la vida humana, es decir, impedir que todo dependa exclusivamente de la capacidad individual de compra en el mercado.

Y en España, pensadores contemporáneos como Daniel Innerarity han subrayado que el bienestar no es simplemente gasto público, sino inteligencia colectiva institucionalizada: una forma organizada de anticipar riesgos, distribuir responsabilidades y proteger aquello que individualmente no podemos garantizar solos.

Esta evolución europea resulta imprescindible para comprender el caso español. Porque España no construyó su sistema sanitario en el vacío. Lo hizo mirando a Europa, incorporándose progresivamente a esa tradición del Estado social y adaptándola a su propia historia política, territorial y constitucional.

Y es precisamente en ese proceso de construcción del Estado social donde la sanidad deja de ser una prestación más para situarse en el núcleo mismo de la protección colectiva, lo que exige una reflexión específica sobre su verdadero significado y alcance.

#### **IV. LA SANIDAD COMO PILAR FUNDAMENTAL DEL ESTADO DEL BIENESTAR: FUNDAMENTO Y FUNCIÓN**

La sanidad es el elemento central del Estado del bienestar y no por dimensión organizativa ni por su peso en el gasto público, sino por una fundamentación más profunda, que remite a la propia condición humana, a la estructura de las sociedades contemporáneas y a los principios que sustentan el Estado social.

En primer lugar, la sanidad se vincula directamente con una realidad universal e ineludible, la vulnerabilidad. La enfermedad, el dolor y la limitación forman parte de la experiencia humana con independencia de cualquier circunstancia individual. A diferencia de otros bienes sociales, la salud no puede posponerse ni sustituirse; cuando se ve comprometida, afecta de manera inmediata a la autonomía personal y a la posibilidad de desarrollar un proyecto de vida.

Por ello, la protección de la salud no puede entenderse como una prestación accesoria, sino como una condición previa para el ejercicio efectivo de los demás derechos. Sin un nivel adecuado de salud, la libertad pierde contenido real y la igualdad se convierte en una formulación incompleta.

En segundo lugar, la sanidad desempeña una función esencial en la cohesión social. Los sistemas sanitarios de carácter universal permiten garantizar el acceso a prestaciones fundamentales con independencia de la capacidad económica, evitando que la enfermedad se convierta en un factor de exclusión o desigualdad. De este modo, la sanidad no solo protege frente al riesgo sanitario, sino que contribuye activamente a la equidad.

En tercer lugar, la sanidad constituye una de las expresiones más directas de la responsabilidad pública en el marco del Estado del bienestar. A través de ella, la sociedad organiza de manera institucionalizada la respuesta frente a

una necesidad básica, transformando una experiencia individual, la enfermedad, en una responsabilidad colectiva.

En cuarto lugar, la sanidad actúa como factor estructural de estabilidad y desarrollo. Las sociedades que garantizan un adecuado nivel de salud presentan mejores condiciones para el progreso económico, la participación social y la calidad de vida. La inversión en sanidad no debe interpretarse únicamente como gasto, sino como un elemento esencial de sostenibilidad social.

Por todo ello, puede afirmarse que la sanidad no es simplemente uno de los componentes del Estado del bienestar, sino uno de sus fundamentos más sólidos. Porque protege la vida, preserva la dignidad y garantiza las condiciones necesarias para el ejercicio real de los derechos y las libertades

## **V. EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: DE LA CONSTRUCCIÓN DEL DERECHO A SU GARANTÍA EFECTIVA**

Es desde esta consideración de la sanidad como fundamento del bienestar desde donde debe entenderse la evolución del sistema sanitario español y su configuración como una de las expresiones más avanzadas del Estado social.

El tránsito desde un modelo de asistencia vinculado al trabajador hacia la configuración del derecho universal a la salud, no se trató únicamente de una adaptación a las corrientes europeas del Estado del bienestar, sino de una transformación estructural del propio Estado en el marco de la consolidación democrática.

Durante décadas, nuestro país tuvo un modelo de asistencia sanitaria fuertemente vinculado a la Seguridad Social, heredero de una lógica aseguradora y laboral. La cobertura dependía en gran medida de la afiliación del trabajador y de sus beneficiarios. Era un sistema que prestó servicios importantes y permitió avances significativos, pero que no respondía plenamente a una concepción universal del derecho a la protección de la salud.

La Constitución de 1978 marca el punto de inflexión. Su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública mediante medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios. A partir de ahí, España inicia el tránsito definitivo

desde una asistencia sanitaria ligada al aseguramiento laboral hacia un Sistema Nacional de Salud concebido como servicio público universal.

Ese camino culminará normativamente con la Ley General de Sanidad de 1986, que representa la incorporación plena de España al paradigma europeo del derecho a la salud.

La Ley General de Sanidad de 1986 sentó las bases de un Sistema Nacional de Salud de carácter universal, financiado mediante impuestos y orientado por los principios de equidad y accesibilidad. Sobre ese marco normativo se desarrolló posteriormente el proceso de descentralización del Estado, mediante la transferencia progresiva de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, culminada a comienzos del siglo XXI. De este modo, se configuró un modelo singular: un sistema nacional en sus principios, pero descentralizado en su gestión.”

La culminación del proceso de transferencias generó una nueva necesidad: la de reforzar los mecanismos de cohesión, de garantizar la equidad efectiva entre territorios y de asegurar la calidad homogénea de las prestaciones en todo el sistema.

Fue en ese contexto una vez completada la descentralización cuando se impulsaron tres grandes leyes que marcaron un punto de inflexión en la consolidación del Sistema Nacional de Salud: la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley de Autonomía del Paciente y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Tuve el honor y la responsabilidad de impulsar estas normas y de llevarlas al Parlamento, donde fueron aprobadas por unanimidad. En un ámbito tan complejo como el sanitario, alcanzar un consenso político tan amplio, reflejó la conciencia compartida de su necesidad estratégica para el país.

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud tuvo como objetivo fundamental reforzar la unidad del sistema en un contexto descentralizado. Se trataba de garantizar que el acceso a las prestaciones sanitarias no dependiera del lugar de residencia, asegurando la igualdad efectiva de todos los ciudadanos. Introdujo mecanismos de coordinación, instrumentos de evaluación y estructuras de cooperación entre administraciones, con una finalidad clara, preservar la equidad y la cohesión del sistema.

Por su parte, la Ley de Autonomía del Paciente supuso un avance decisivo en la configuración de la relación clínica. Reconoció al paciente como sujeto de derechos, reforzó el principio de autonomía y estableció el marco jurídico del consentimiento informado. Con ello, la medicina española dio un paso decisivo hacia un modelo deliberativo, en el que la decisión clínica se construye desde el diálogo entre profesional y paciente. Como señalaba Diego Gracia, “el paciente ha pasado de ser objeto de la medicina a sujeto moral de la misma”.

Finalmente, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias abordó una cuestión esencial, el papel de los profesionales en el sistema. Estableció las bases de su desarrollo profesional, reguló la formación y definió los principios de competencia, responsabilidad y formación continuada como elementos centrales de la calidad asistencial.

Estas tres leyes, concebidas de manera conjunta, respondían a una misma finalidad: garantizar que, en un sistema descentralizado, la equidad, la calidad y la cohesión no fueran principios declarativos, sino realidades efectivas.

De este modo, el Sistema Nacional de Salud se consolidó no solo como un sistema universal, sino como un sistema estructurado sobre valores compartidos y protegido por instrumentos normativos capaces de garantizar su funcionamiento en condiciones de igualdad.

España alcanzó, gracias a este proceso, niveles de cobertura superiores al 99 % de la población, situándose entre los países con mayor grado de acceso garantizado a la atención sanitaria. Este logro se ha visto acompañado por indicadores de salud de primer nivel, como una esperanza de vida que supera los 83 años, reflejo en buena medida, de un sistema eficiente y de alta calidad.

Pero estos resultados, siendo relevantes, no deben conducir a una visión complaciente. El sistema sanitario no es una obra concluida, sino una realidad dinámica, sometida a tensiones constantes derivadas de los cambios demográficos, tecnológicos y sociales.

El envejecimiento de la población, el incremento de la cronicidad, la incorporación de innovaciones terapéuticas de alto coste y la creciente complejidad organizativa plantean desafíos que exigen una respuesta estratégica.

Y en ese contexto, emerge con especial fuerza el elemento que condiciona de manera decisiva el funcionamiento del sistema, el papel de los profesionales sanitarios.

Porque, en última instancia, ningún sistema sanitario puede sostenerse únicamente sobre normas, estructuras o tecnologías. Su verdadera fortaleza reside en quienes lo hacen posible cada día: los profesionales sanitarios.

## **VI. LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y LA FIGURA DEL MÉDICO: FUNDAMENTO DEL SISTEMA Y EXPRESIÓN DE SU SENTIDO**

Si la arquitectura normativa y organizativa del Sistema Nacional de Salud resulta imprescindible, es su dimensión humana la que lo hace posible. Porque ningún sistema sanitario, por sólido que sea en su diseño, puede sostenerse sin los profesionales que lo integran.

Es, ante todo, una comunidad de profesionales que comparten conocimiento, responsabilidad y compromiso. Y dentro de esa comunidad, la figura del médico ocupa una posición singular por la naturaleza de su función y por la responsabilidad que asume en el proceso asistencial.

Como señalaba Julio Frenk, “los sistemas sanitarios son tan fuertes como sus profesionales”, y cabría añadir que la confianza social en dichos sistemas descansa, en gran medida, en la credibilidad de quienes los integran.

Esta centralidad de los profesionales es el resultado de una evolución histórica prolongada. Desde Hipócrates, la medicina se ha configurado como una práctica orientada al cuidado del enfermo, sustentada en un compromiso que trasciende el conocimiento técnico. El juramento hipocrático no solo establecía normas de conducta, sino que definía una forma de relación basada en la responsabilidad, la prudencia y el respeto.

A lo largo de los siglos, la figura del médico ha incorporado los avances científicos y tecnológicos, pero ha mantenido una constante que define su identidad, que no es otra, que la necesidad de tomar decisiones en contextos de incertidumbre, decisiones que afectan directamente a la vida, al bienestar y a la dignidad de las personas.

En la medicina moderna, esta función se ha hecho más compleja. El desarrollo científico ha ampliado las capacidades diagnósticas y terapéuticas, pero también ha incrementado la responsabilidad asociada a su uso. Como señalaba William Osler, “el buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad”, recordándonos que el progreso técnico no puede sustituir la comprensión humana.

En España, esta síntesis entre ciencia y humanismo encuentra una expresión especialmente significativa en figuras como Santiago Ramón y Cajal y Gregorio Marañón. El primero representa la excelencia científica, la disciplina intelectual y la capacidad de transformar el conocimiento en progreso. El segundo encarna la dimensión humanista de la medicina, la necesidad de comprender al paciente en su totalidad, más allá de la enfermedad.

Esta doble tradición científica y humanista sigue siendo plenamente vigente en la medicina contemporánea.

En el contexto actual, el médico ya no es únicamente un clínico. Es también investigador, docente, gestor y participante activo en la organización del sistema sanitario. Su función se ha ampliado, pero su responsabilidad esencial permanece: integrar conocimiento, tomar decisiones prudentes y orientar la atención hacia el bien del paciente.

Esta función le sitúa en una posición vertebradora dentro del sistema sanitario. El médico no es el único profesional ni actúa de forma aislada, pero desempeña un papel clave en la integración de la información clínica, en la coordinación del proceso asistencial y en la toma de decisiones en contextos de complejidad.

Y hoy más que nunca, la reflexión sobre los profesionales sanitarios no puede limitarse a aspectos organizativos o laborales, sino que debe incorporar el concepto de profesionalismo médico.

El profesionalismo médico constituye la expresión de la identidad de la profesión y se concreta en elementos esenciales: la competencia clínica, la formación continuada, la integridad en la práctica, el respeto al paciente y el compromiso con el sistema sanitario.

En España, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias incorporó estos principios al marco normativo, reconociendo el desarrollo profesional continuo como un elemento central de la calidad asistencial.

Sin embargo, el profesionalismo no puede reducirse a una regulación. Es, ante todo, una actitud, una forma de entender la medicina como servicio y como responsabilidad.

No puede ignorarse que los profesionales sanitarios afrontan hoy un entorno especialmente exigente. La presión asistencial derivada del envejecimiento, la cronicidad y la complejidad clínica, unida a la necesidad de adaptación constante al cambio científico, plantea desafíos relevantes. A ello se suman, en ocasiones, déficits en el reconocimiento profesional y en el desarrollo efectivo de la carrera profesional, que deben ser abordados desde una perspectiva estratégica.

Estas circunstancias afectan al conjunto de los profesionales, pero adquieren una especial relevancia en el caso del médico, por su responsabilidad directa en la toma de decisiones clínicas y en la orientación del proceso asistencial.

Por ello, el fortalecimiento del sistema sanitario pasa necesariamente por el fortalecimiento de sus profesionales. Una adecuada planificación, la mejora de sus condiciones de su ejercicio profesional, el reconocimiento de su papel y el desarrollo de su carrera profesional.

Porque, en última instancia, la calidad del sistema sanitario es inseparable de la calidad humana, científica y ética de quienes lo integran.

Y es precisamente en esa dimensión —la ética— donde el profesionalismo encuentra su fundamento último y donde la práctica médica adquiere su pleno sentido.

## **VII. ÉTICA MÉDICA Y PROFESIONALISMO: FUNDAMENTO DE LA PRÁCTICA Y GARANTÍA DE FUTURO**

La reflexión que acabamos de realizar sobre los profesionales sanitarios y, de manera particular, sobre la figura del médico nos conduce de forma natural a la dimensión que da sentido último a su ejercicio, la ética. Porque si el sistema sanitario se sostiene sobre estructuras, normas y organizaciones, su legitimidad se fundamenta en los valores que orientan la actuación de quienes lo integran.

No es posible comprender plenamente la práctica médica sin atender a su dimensión ética.

La tradición ética de la medicina tiene su punto de partida en Hipócrates, cuyo juramento estableció principios fundamentales como la beneficencia, la no maleficencia y la confidencialidad. Estos principios han sido reformulados y ampliados a lo largo de la historia, pero siguen constituyendo el núcleo de la ética médica.

La medicina ha estado inseparablemente unida a un compromiso moral. El saber médico no ha sido nunca un conocimiento neutral; ha sido, desde sus primeras formulaciones, un saber orientado al bien del paciente.

Cuando definimos la ética como el conjunto de principios, valores y procedimientos deliberativos que orientan la práctica clínica hacia el respeto de la dignidad de la persona, la protección de su salud y la toma de decisiones prudentes en contextos de incertidumbre, hablamos de varios elementos esenciales.

En primer lugar, la ética médica no se limita a un código normativo. No es únicamente un conjunto de reglas, sino un marco de reflexión que permite analizar situaciones complejas, ponderar valores en conflicto y tomar decisiones justificadas.

En segundo lugar, la ética médica se desarrolla en un contexto específico, el de la relación clínica. Es en esa relación donde se manifiestan de manera concreta los principios éticos, donde se hace efectiva la responsabilidad profesional y donde el médico debe integrar conocimiento científico, juicio prudente y sensibilidad humana.

Y en tercer lugar, la ética médica se orienta siempre hacia la dignidad de la persona. Este es su principio rector. Como señalaba Emmanuel Levinas, “el rostro del otro me obliga”, expresando de manera radical la idea de que la presencia del otro genera una responsabilidad ineludible.

En la modernidad, el desarrollo científico y tecnológico ha multiplicado las posibilidades de intervención, pero también ha generado nuevos dilemas. La bioética contemporánea ha tratado de sistematizar estos desafíos, articulando principios como la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

Sin embargo, como ha señalado Diego Gracia, “la ética médica no consiste en aplicar principios, sino en deliberar sobre ellos”.

Esta afirmación es especialmente relevante. La práctica médica no se desarrolla en situaciones abstractas, sino en contextos concretos, complejos y, en

muchas ocasiones, inciertos. Cada paciente es distinto, cada situación clínica plantea matices específicos y cada decisión requiere una ponderación cuidadosa de valores.

Por ello, la ética médica no puede reducirse a un algoritmo ni a una norma general: exige prudencia, deliberación y responsabilidad. Es precisamente en este marco donde el concepto de profesionalismo adquiere su pleno significado, como la expresión práctica de esos principios éticos en el ejercicio clínico. El profesionalismo médico se configura, así, como la convergencia entre conocimiento científico, responsabilidad ética y compromiso con la sociedad, orientando la actuación del médico no solo hacia la eficacia técnica, sino hacia el bien del paciente y el interés general.

Edmund Pellegrino afirmaba que “la medicina es la más moral de las profesiones”, precisamente porque su ejercicio implica decisiones que afectan a bienes fundamentales como la vida, la salud y la dignidad.

El profesionalismo implica, por tanto, una serie de compromisos esenciales: el compromiso con el conocimiento, con el paciente, con la sociedad y con el propio sistema sanitario. Supone actuar con integridad, mantener la competencia profesional, respetar la autonomía del paciente y contribuir al buen funcionamiento del sistema.

Pero este profesionalismo no surge de manera espontánea. Requiere una formación sólida, rigurosa y continuada.

La formación médica constituye uno de los pilares fundamentales de la calidad asistencial. No se trata solo de adquirir conocimientos, sino de desarrollar competencias, habilidades y actitudes. La formación del médico no puede limitarse a la etapa inicial; debe extenderse a lo largo de toda su vida profesional.

En un contexto de cambio acelerado, la actualización permanente del conocimiento se convierte en una exigencia estructural. Como advierte Eric Topol, “la medicina del futuro exigirá profesionales capaces de aprender de forma continua”.

Pero la formación no puede ser únicamente técnica. Debe integrar también la dimensión ética, la capacidad de deliberación y la comprensión del paciente como persona. La excelencia profesional no se mide solo por el conocimiento, sino por la capacidad de aplicarlo con prudencia y humanidad.

La formación médica debe concebirse como un proceso integral que combine ciencia, técnica y valores. Solo así es posible garantizar un ejercicio profesional que responda a las exigencias de la medicina contemporánea.

Y es precisamente esta integración entre conocimiento, ética y profesionalismo la que permite comprender el verdadero sentido de la práctica médica.

Porque el médico no es solo un técnico altamente cualificado. Es un profesional al que la sociedad confiere una responsabilidad específica: la de cuidar en situaciones de vulnerabilidad.

Esta responsabilidad no puede ejercerse sin un fundamento ético sólido ni sin un compromiso profesional claro. Y es en esa intersección donde la medicina adquiere su plena dimensión.

Pero esta dimensión ética y profesional no se desarrolla en el vacío. Se inscribe en un contexto caracterizado por cambios científicos, tecnológicos y sociales de gran alcance.

Y es precisamente hacia ese contexto el de la ciencia médica, la investigación y la innovación hacia donde debemos dirigir ahora nuestra reflexión, para comprender cómo la medicina contemporánea está transformando no solo sus herramientas, sino también sus fundamentos.

## **VIII. CIENCIA MÉDICA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN: DESARROLLO, INFRAESTRUCTURAS Y TECNOLOGÍA SANITARIA**

La reflexión ética y el análisis del profesionalismo nos sitúan en el fundamento moral de la práctica médica. Pero la medicina, en cuanto disciplina, es también y de manera inseparable una ciencia empírica en evolución continua, cuya capacidad transformadora se expresa en la modificación del curso de la enfermedad, en el incremento de la supervivencia y en la mejora sustancial de la calidad de vida.

Comprender esta dimensión exige integrar tres planos: el desarrollo del conocimiento científico, la organización de la investigación y la incorporación de la tecnología sanitaria.

Desde una perspectiva histórica, la medicina científica se consolida con la incorporación del método experimental. Claude Bernard estableció que “la medicina se convierte en ciencia cuando se fundamenta en la experimentación”,

abriendo paso a una medicina explicativa, capaz de identificar mecanismos fisiopatológicos y desarrollar intervenciones dirigidas.

Este avance se amplía en el siglo XX con la irrupción de la biología molecular y la genética. La identificación de bases celulares y moleculares de la enfermedad permite comprender procesos complejos como la carcinogénesis, las enfermedades hereditarias o las alteraciones inmunológicas.

En este proceso, la aportación de la ciencia española ha sido determinante. Santiago Ramón y Cajal estableció los principios de la organización del sistema nervioso, mientras que Severo Ochoa de Albornoz contribuyó de manera decisiva al conocimiento de los mecanismos de síntesis de los ácidos nucleicos.

Pero la ciencia médica contemporánea no se explica únicamente por grandes figuras individuales, sino por la consolidación de estructuras de investigación altamente especializadas y coordinadas.

En España, la investigación biomédica se articula a través de una arquitectura compleja que integra hospitales, universidades, institutos de investigación sanitaria, redes cooperativas y centros monográficos de excelencia.

Las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (RETICS) permiten integrar grupos distribuidos, favoreciendo la investigación multicéntrica y la generación de conocimiento traslacional. Este modelo resulta especialmente eficaz en áreas como las enfermedades crónicas, neurodegenerativas y, de manera muy significativa, en las enfermedades poco frecuentes, donde la agregación de casos y datos resulta imprescindible.

Junto a estas redes, los centros monográficos desempeñan un papel estratégico. El Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas constituye un referente internacional en investigación en cáncer, mientras que el Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares se sitúa en la vanguardia del conocimiento cardiovascular.

Asimismo, la investigación en enfermedades neurodegenerativas, incluyendo la enfermedad de Alzheimer, ha experimentado avances relevantes en la comprensión de sus mecanismos fisiopatológicos, abriendo nuevas vías terapéuticas.

La Región de Murcia ha desarrollado también estructuras de investigación de gran valor. El Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Virgen de la Arrixaca y el Centro de Edafología y Biología Aplicada del Segura consti-

tuyen ejemplos de integración entre investigación básica, clínica y aplicada, contribuyendo al desarrollo científico y a su aplicación directa en la práctica asistencial. A ello se suma la actividad investigadora de las universidades de la región, tanto públicas como privadas, entre las que destaca la Universidad Católica de Murcia, que ha impulsado líneas de investigación en ámbitos como la salud, la nutrición y el rendimiento humano, ampliando así el ecosistema científico regional.

El impacto de esta organización científica se traduce en resultados clínicos concretos. En oncología, las terapias dirigidas y la inmunoterapia han mejorado de forma significativa la morbimortalidad; en hematología, las terapias celulares han permitido tratar enfermedades previamente refractarias; y en enfermedades infecciosas, las vacunas han transformado el patrón epidemiológico de nuestras sociedades. En el ámbito cardiovascular, la combinación de prevención, diagnóstico precoz e intervención terapéutica ha reducido de manera sustancial la mortalidad, mientras que, en enfermedades raras, la identificación de bases genéticas ha abierto nuevas vías diagnósticas y terapéuticas.

Este progreso científico no puede entenderse sin el desarrollo paralelo de la tecnología sanitaria. Desde el descubrimiento de los rayos X por Wilhelm Conrad Röntgen, la evolución tecnológica ha sido continua: la radiología convencional dio paso a técnicas avanzadas como la tomografía computarizada, la resonancia magnética o la medicina nuclear, mejorando de forma extraordinaria la capacidad diagnóstica. En el ámbito terapéutico, la radioterapia ha alcanzado niveles de gran precisión, como la protonterapia, y la cirugía ha evolucionado hacia modelos mínimamente invasivos y robóticos, reduciendo complicaciones y tiempos de recuperación.

A ello se suma la digitalización y la inteligencia artificial, que están redefiniendo la práctica médica mediante el análisis de grandes volúmenes de datos y el apoyo a la toma de decisiones clínicas. Como señala Eric Topol, “la convergencia entre biología, tecnología y datos está transformando la medicina en una disciplina más precisa, predictiva y personalizada”.

Sin embargo, este avance plantea desafíos relevantes: la evaluación rigurosa de las innovaciones, la equidad en el acceso y la sostenibilidad del sistema. Porque la tecnología, por sí sola, no define la calidad asistencial; su valor depende de su adecuada integración en un modelo orientado al paciente. En este

contexto, el médico mantiene un papel central como intérprete de la evidencia y garante de su uso adecuado.

Así, la medicina contemporánea se configura como un sistema dinámico en el que convergen investigación, tecnología y práctica clínica. Y es en esa convergencia donde se sitúa su futuro: en avanzar en el conocimiento, incorporar la innovación y, al mismo tiempo, preservar el compromiso con la persona. Porque, en última instancia, el progreso científico solo adquiere pleno sentido cuando se traduce en mayor supervivencia, mejor calidad de vida y una atención más humana y justa.

## **IX. CONCLUSIÓN: LA MEDICINA COMO COMPROMISO, LA SANIDAD COMO BIEN COMÚN**

Señor Presidente, señoras y señores académicos La reflexión desarrollada a lo largo de esta lección permite afirmar que los distintos planos analizados, la tradición académica, la evolución del Estado social, la configuración del sistema sanitario, el papel de los profesionales y el desarrollo de la ciencia médica, forman parte de una realidad estructuralmente integrada, resultado de un proceso histórico, institucional y científico que encuentra en la medicina uno de sus ejes fundamentales.

En ese marco, la medicina se configura no solo como una disciplina científica ni exclusivamente como una práctica profesional, sino como una expresión cualificada de compromiso con la persona, que encuentra en la sanidad su proyección institucional. Es en este contexto donde adquiere pleno significado la idea que ha guiado esta lección: la sanidad como uno de los pilares fundamentales de la sociedad del bienestar.

La solidez de una sociedad no puede evaluarse únicamente en términos de sus estructuras económicas o institucionales, sino en función de su capacidad efectiva para proteger la vida, garantizar el cuidado y dar respuesta a la vulnerabilidad. Es precisamente en ese ámbito donde la sanidad se configura como un elemento esencial de cohesión, equidad y justicia social.

A la luz de lo expuesto, puede afirmarse con toda claridad que la sanidad no constituye únicamente un componente del Estado del bienestar, sino uno de sus fundamentos más esenciales. Porque responde a una realidad universal

—la vulnerabilidad humana—, garantiza las condiciones efectivas para el ejercicio de los derechos y actúa como instrumento decisivo de cohesión y equidad. En ella se concreta, de forma especialmente visible, el compromiso colectivo con el cuidado, transformando una necesidad individual en una responsabilidad compartida. Es, por tanto, en la sanidad donde el Estado del bienestar encuentra una de sus expresiones más plenas, al vincular la protección de la vida con la dignidad de la persona y con la justicia social.

Así mismo, se ha puesto de manifiesto cómo las Reales Academias de Medicina y de manera singular la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia constituyen el sustrato intelectual que da continuidad y sentido a nuestra profesión; cómo el sistema sanitario se configura como una construcción colectiva al servicio de la equidad y la cohesión; y cómo los profesionales y de manera singular el médico integran conocimiento, decisión y responsabilidad en el ejercicio cotidiano de la medicina.

La dimensión ética y el profesionalismo han aparecido como el fundamento que orienta la práctica médica, mientras que la ciencia, la investigación y la innovación tecnológica se han mostrado como instrumentos decisivos para transformar el pronóstico de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas.

Este recorrido nos permite afirmar, con fundamento, que la sanidad constituye uno de los pilares esenciales de nuestra sociedad.

Pero también nos obliga a reconocer que este sistema, con todos sus logros, se enfrenta a desafíos importantes: la sostenibilidad, la equidad, la incorporación de la innovación, la adaptación a los cambios demográficos y, de manera muy especial, el fortalecimiento de sus profesionales.

Porque, en última instancia, ningún sistema sanitario puede sostenerse sin el compromiso de quienes lo integran.

Y es aquí donde la reflexión adquiere una dimensión personal.

He tenido el privilegio de ejercer la medicina en distintos ámbitos: en la práctica clínica, en la gestión sanitaria, en la planificación de políticas públicas y en distintas responsabilidades institucionales. Esa trayectoria me ha permitido conocer la medicina desde perspectivas diversas, pero en todas ellas con una misma convicción: la medicina es, ante todo, un servicio.

Un servicio que se presta en situaciones de vulnerabilidad, que exige conocimiento, prudencia y compromiso.

Por ello, si tuviera que sintetizar el significado de esta profesión en una idea, diría que la medicina es una de las expresiones más altas del compromiso humano.

Gregorio Marañón afirmaba que “la vocación médica es una forma de amor al prójimo” y en esa afirmación se resume, probablemente, la esencia de cuanto hemos tratado de exponer.

Y si me permiten una reflexión final, de carácter más íntimo, pero profundamente sincero, les diría que, si tuviera la oportunidad de volver a elegir una profesión, volvería a elegir la medicina.

La elegiría por lo que exige, pero también por lo que ofrece; por la responsabilidad que implica, pero también por el sentido que proporciona.

Porque pocas profesiones permiten participar de manera tan directa en la vida de las personas, acompañarlas en momentos decisivos y contribuir, desde el conocimiento y el compromiso, a mejorar su bienestar.

Quisiera concluir reiterando mi más profundo agradecimiento.

Al señor Presidente, Excmo. Dr. Manuel Segovia Hernández; al Ilustrísimo Secretario General, Dr. Manuel Solís de Querol; al Ilustrísimo Dr. Tomás Vicente Vera y a todos los miembros de esta Academia.

Asumo este honor con gratitud, pero también con la conciencia de la responsabilidad que implica, la de contribuir, en la medida de mis posibilidades, a la reflexión, al conocimiento y al servicio de la medicina y de la sociedad.

Porque, en definitiva, la medicina no es solo una ciencia ni únicamente una profesión: es una responsabilidad permanente ante la vida, la dignidad y el sufrimiento de los demás.

Muchas gracias.

