

En persona

Entrevista al Dr. Emilio Bouza

Carlos Pose

Biografía



El Dr. Emilio Bouza es uno de nuestros distinguidos especialistas en Microbiología clínica y Enfermedades infecciosas, con una carrera que abarca más de cinco décadas de contribuciones a la medicina, la investigación y la docencia. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid, entre sus múltiples logros se encuentra la fundación de la primera Unidad de Enfermedades infecciosas en el Hospital Ramón y Cajal y la consolidación del Servicio de Microbiología clínica en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Su incansable dedicación a la salud pública incluye también la creación del Proyecto SENEX, centrado en el cuidado de la población más vulnerable, o la presidencia del Comité del COVID-19 y patógenos emergentes del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid. Colabora asimismo en la Fundación Ramón Areces y en la Fundación de Ciencias de la Salud.

Además de ser autor de muchas publicaciones científicas y dirigir muchísimas Tesis doctorales, recientemente ha sido elegido Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España, ocupando el sillón 17 en representación de la especialidad de Microbiología y Parasitología.

En esta entrevista nos adentramos en su trayectoria profesional, dándonos a conocer algunas de sus motivaciones y opiniones sobre el pasado, el presente y el futuro de su especialidad.

Carlos Pose: *Para comenzar, ¿podría contarnos cómo fue su formación inicial en Medicina en la Universidad Complutense y como interno y residente en el Hospital Puerta de Hierro? ¿Qué le llevó a especializarse en Microbiología?*

Emilio Bouza: Yo soy un gallego de Villalba (Lugo) que vine a Madrid a los 8 años porque mi padre, que era empleado de banca, fue trasladado desde un Banco de Galicia, el Banco de La Coruña, a Madrid. Por tanto, estudié, primero, el bachillerato en Madrid, y después ingresé en la Universidad Complutense. Al terminar, con el despiste lógico de todo médico en aquel momento, alguien comenta que se ha abierto una clínica nueva, con una aproximación distinta, que entrena a los médicos con un programa

establecido, en el que, además, a diferencia de lo que eran los especialistas de entonces, no había que pagar sino que, por el contrario, al médico admitido se le pagaba y se le ponía en un régimen de interno y residente, como en los hospitales norteamericanos. Hice la solicitud y me aceptaron en el Hospital Puerta de Hierro, donde tuve el primero y más importante choque académico de mi carrera, al encontrarme con una medicina muy distinta de la que había estudiado en la Facultad de Medicina: más moderna, más dinámica, con un sistema de rotación, con un sistema de docencia... Mi formación allí fue la de internista. Me tocó, afortunadamente, formarme con el profesor Martínez López de Letona; Juan Letona fue para mí un referente y un *mentor*, además de un amigo durante toda nuestra carrera. En este Hospital me formé como internista y terminé como tal. Pero durante el periodo de formación pasaba de un servicio a otro, y uno de los servicios por los que roté fue el servicio de Microbiología, donde había una figura extraordinaria que era Manuel Moreno López, farmacéutico, no médico. Él había montado un servicio de Microbiología magnífico, con plena integración clínica, sorprendente en aquel momento. Era un servicio fiel a su nombre: "servicio". Proveía servicio a los clínicos, haciendo diagnóstico rápido de las infecciones e integrándose en su manejo.

Al terminar este periodo de formación yo tenía casi una doble especialidad: mi formación básica como internista y algunos conocimientos de microbiología que me hicieron interesarme mucho por el diagnóstico rápido de las enfermedades infecciosas.

CP: *¿Es ese primer contacto con las enfermedades infecciosas lo que le llevó a especializarse en Microbiología, o todavía no lo decidió en ese momento?*

EB: La decisión surgió estando en el Hospital Puerta de Hierro. Yo pasé, en enero del 75, a tener una plaza de Adjunto, pero casi inmediatamente salió la convocatoria de las becas Fullbright, de los EEUU. A mí me parecía que, para la evolución de un internista, cubrir un campo como el de las infecciones, que en aquel momento las veíamos como infecciones clásicas pero que ya en EEUU empezaba a haber infecciones en pacientes con otros problemas... infecciones nosocomiales, etc., era una oportunidad. Solicité y conseguí la beca Fullbright. Busqué a alguien que me pudiera acoger en los EEUU, y, de las cartas que recibí, elegí a la persona que me respondió con más detalle y con un perfil más adecuado a lo que buscaba... que fue el profesor William Huey, de la Universidad de California, en Los Ángeles. Él me indicó que tenía un programa mixto para hacer el *fellowship* en enfermedades infecciosas en Microbiología; allí estaban haciendo los primeros trasplantes de médula experimentales y la patología infecciosa que había ya se parecía poco a la convencional (era una patología con microorganismos distintos, con necesidad de un diagnóstico rápido, etc.). En EEUU realicé mis dos años de estancia, no solo en el Hospital de la Universidad de California, sino rotando por los hospitales del consorcio, donde tuve la ocasión de formarme con personas como Sydney Finegold, Richard Meyer, Colin Jordan... algunos de los que desarrollaron la Infectología norteamericana de aquellos años.

CP: *Podemos decir entonces que ha sido de mucho provecho esa estancia en el Hospital de la Universidad de California y, por tanto, que le marcó de alguna manera en su carrera profesional.*

EB: Mucho. Entrar en el Hospital de Puerta de Hierro fue un salto impresionante en lo conceptual en relación a lo que yo había estudiado en la Facultad de Medicina; saltar a EEUU fue un salto más importante todavía. Pero también me hizo poner en valor lo que

teníamos, la estructura, la formación y el modelo del Hospital de Puerta de Hierro; la excelencia de todo eso que no ha sido superado por ninguno de los hospitales en los que yo pude estar después. Ciertamente, el Hospital de la Universidad de California tenía un nivel de ciencia y de sofisticación enorme, con unas posibilidades infinitas para quien quisiera trabajar. Allí me encontré con un equipo de personas encantadoras que me acogieron muy bien y familiarmente, y de cuya amistad me he honrado todos estos años de mi vida. Ayer mismo felicité a los conocidos que celebraban el Día de Acción de Gracias, a mis amigos que todavía quedan vivos en California, con quienes sigo manteniendo, muchos años después, esa buenísima relación.

CP: *Así que usted llevó unos conocimientos y trajo otros, nutriéndose cada parte de algún modo.*

EB: Sí; a mí se me pedía que hiciera discusiones, a veces, de pacientes con patologías que en EEUU no eran frecuentes. Cuando había un caso de brucelosis o de hidatidosis, se me requería como potencial experto procedente de otro continente. Y, al revés, yo aprendí allí las infecciones en el neutropénico profundo y en el trasplantado...

CP: *En 1977 fundó la Unidad de Enfermedades Infecciosas en el Hospital Ramón y Cajal, la primera Unidad de este tipo en España. ¿Cuáles fueron los principales objetivos y logros en esos primeros años? ¿Qué impacto tuvo en la atención a los pacientes?*

EB: En 1977, al volver de EEUU, España estaba viviendo un desarrollo médico extraordinario. La España que yo había dejado en el 75 no era la del 77. Había hospitales nuevos de la dimensión del Hospital Ramón y Cajal. Allí había una figura para mí esencial, Fernando Baquero, uno de mis grandes mentores. Fernando Baquero era un microbiólogo reconocido y de prestigio internacional, un vanguardista y un innovador. Pensó que integrar a una persona con el perfil de internista infectólogo en un servicio de Microbiología podía ser una buena idea, y que yo podía tener allí un laboratorio de Microbiología de diagnóstico rápido, hacer interconsultas y tener unas cuantas camas. Esta idea de tener un servicio dentro del laboratorio de Microbiología para poder analizar una muestra, hacer un diagnóstico rápido, incorporar a otros microbiólogos de laboratorio a la planta, etc.; todo ello me introdujo en el mundo de la Microbiología; hizo darme cuenta de lo que supone para una especialidad como la Infectología apoyarse en la Microbiología, que es su base y su sustento.

La experiencia hasta el año 84 en el Hospital Ramón y Cajal me llevó a crear un modelo de atención a pacientes, pienso que nuevo en aquel momento, acercando la Microbiología a la clínica y la clínica a la Microbiología; un servicio de diagnóstico y tratamiento de la infección que fuera muy rápido, muy orientado al paciente. Todo eso tuvo que ver con la colaboración, la maestría y el maestrazgo de Fernando, con quien también tengo el honor de seguir siendo un gran amigo a partir de entonces.

CP: *En 1984, asumió la dirección del nuevo Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas del Hospital Gregorio Marañón. ¿Cómo sucedió ese cambio? ¿Cómo consiguió convertirlo en un referente internacional en patologías infecciosas?*

EB: Estando un día de guardia, apareció por el Hospital una figura importante para mí: el profesor Pedro García Barreno, cirujano del Hospital Gregorio Marañón. Vino a comunicarme que había salido una plaza de Jefe de Servicio de Microbiología en el Hospital Gregorio Marañón. Yo le dije: "Soy un microbiólogo un poquito particular, ya que soy un microbiólogo que atiende a enfermos, hace guardias de medicina y tiene una

aproximación más clínica que básica a la patología infecciosa”. Lo que me transmitió Pedro, con una frase que no olvidaré, fue: “El Hospital Gregorio Marañón sabe que al doctor Bouza le gusta la patología infecciosa, y tiene un servicio de Microbiología que debe ser un elemento esencial para integrarlo, estructurarlo y confeccionarlo a la medida de las necesidades y al servicio de los pacientes”. Esto cambió un poco las tornas. Yo era un infectólogo en un servicio dirigido por un microbiólogo, y de alguna manera pasé a ser un microbiólogo que integraba las enfermedades infecciosas en su servicio.

En este Hospital había muchísimas cosas por hacer. Era un Hospital que ya hacía muchos trasplantes, que tenía entonces 2.500 camas, con ganas de progresar en todos los terrenos y donde me impresionó mucho, al llegar, una expresión que he usado alguna vez: “los hospitales son más o menos humildes en su comportamiento”. Este era un hospital humilde: no se consideraba superior a nadie, quería trabajar, hacer las cosas bien y había mucha gente joven. De manera que fue un medio extraordinario para avanzar.

Teníamos entonces un servicio de Microbiología, la voluntad de expandirlo y la posibilidad, que fue para mí trascendental, de integrar profesionales de todos los perfiles. La barrera entre las especialidades y las limitaciones de comportamiento y de trabajo de cada cual no contaban. Yo pude integrar a biólogos; aquí había y hay muchos farmacéuticos. Actualmente, tenemos biólogos que han hecho un desarrollo extraordinario en el campo de la Biología molecular. Había clínicos puros, que no se habían aproximado a la Microbiología, y este Hospital permitió que todo eso se amalgamase en un servicio común en el que había una sesión clínica conjunta que permitía crear un lenguaje común comunicable.

Esto nos permitió, por una parte, adaptarnos a las dimensiones de este Hospital y, por otra parte, hacer que fuese atractivo para muchas personas que querían formarse en este modelo en nuestro país. Pienso que eso ha tenido un gran impacto en la visión actual de la infectomicrobiología en España.

CP: *En 1990 fue nombrado miembro y secretario de la Comisión Nacional de la Especialidad de Microbiología y Parasitología. ¿Cómo percibe la evolución de la Microbiología clínica?*

EB: Creo que, a nivel global, la explosión de la Microbiología, amparada en la Biología molecular, fue extraordinaria. Cambió el concepto de microbiólogo clínico, dado que pasó de ser un profesional que vivía aislado en un laboratorio ubicado en un semisótano, a ser un profesional que contribuye al diagnóstico. A mi parecer, el paso esencial que se dio fue que hemos generado un nuevo concepto de dos especialidades hermanas: Microbiología y Enfermedades infecciosas, y Enfermedades infecciosas y Microbiología.

De hecho, nuestras Sociedades se llaman igual, pero con un orden inverso: Sociedad Española de Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica, y *European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*. Esta Sociedad Europea se inspiró claramente en el modelo español, porque entonces el profesor Evelio Perea era el presidente de *European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases* y llevó a los nuevos infecto-microbiólogos españoles a difundir este modelo en Europa. Quisimos, desde el principio, no hacer Sociedades separadas, sino crear una Sociedad común que tuviese como eje la infección desde el campo del laboratorio a la investigación y la clínica.

CP: *Era un servicio muy peculiar entonces, porque era multidisciplinar, integraba investigación, docencia, atención clínica: en fin, era un servicio bastante complejo.*

EB: Complejo, sí, y aunque cada uno era como la legión extranjera, provenía de su sitio, había un lenguaje común: dar un servicio de excelencia al paciente. Se hacía todo lo necesario para que los pacientes estuvieran bien atendidos y recibieran atención de forma rápida; esa era la única guía que había que seguir.

CP: *¿Cuáles son los beneficios y las limitaciones que proporcionan los avances tecnológicos en la relación clínica, en el diagnóstico y tratamiento a propósito de las enfermedades infecciosas?*

EB: Yo creo que la tecnología no merma la relación con el paciente; la relación con el paciente es la clave del hecho clínico, no puede ser sustituida por nada, ni puede estar interpuesta en esa relación la pantalla de un ordenador. Con los pacientes hay que hablar, hablar directamente, dedicar el bien más escaso, que es el tiempo, y con ese bien escaso, que nunca es suficiente y nunca es suficientemente bien empleado, la tecnología no hace más que ayudar.

CP: *Considerando la creciente resistencia a los antibióticos, ¿qué medidas cree que deben tomarse desde la práctica clínica para combatir este problema global?*

EB: Yo creo que hay muchas medidas a tomar. Pero dada la necesidad de actuar por múltiples cauces, yo siempre lanzo una llamada a la evitación de los mensajes apocalípticos. En primer lugar, hay un mensaje apocalíptico, que ya comenzó en el 2008, que consiste en decir que va a haber muchísimas enfermedades intratables y que prácticamente no va a haber antibióticos para atajarlas; y resulta que ha habido más de 15 nuevos antimicrobianos para atajar esas enfermedades... En segundo lugar, las tasas de resistencia en lugares donde se han puesto medidas de control en muchos aspectos no suben, sino que bajan. La resistencia de los estafilococos a metilina en España era superior al 30% hace una década y hoy es de un veinte y poco por ciento; es decir, hay muchas resistencias que se están controlando, que están bajando, lo cual no quiere decir que debamos relajar las medidas de control, sino incrementarlas. Lo que estoy diciendo es que estoy en contra de los mensajes apocalípticos. Los mensajes sobre las predicciones para el año 2050 siguen siendo apocalípticos para mucha gente, y me opongo a esa idea. En el año 2050 vamos a ser mucho más capaces de hacer diagnósticos rápidos, inmediatos y precisos, vamos a tener muchos antibióticos de acción específica frente a microorganismos específicos y, por tanto, aparecerán otras causas de resistencia y otros problemas, pero el problema de la resistencia a los antibióticos, tal como lo vemos hoy, no será uno de los mayores.

CP: *Por lo tanto, la información y la educación de la población en general parece un aspecto clave.*

EB: Sí, yo le digo a mis residentes que esta idea que hoy utilizamos tan a menudo, del diagnóstico y tratamiento empírico... pasará a ser algo histórico: "hubo un momento en la historia en que la gente tenía que poner tratamiento empírico. ¿Por qué? Porque no había un diagnóstico inmediato de la causa de una infección." En el año 2050, pienso que habrá mucho menos tratamiento empírico, si es que va a haber alguno.

CP: *El Proyecto SENEX, que usted impulsó en el año 2018 y que demuestra no solo su interés científico sino también su compromiso ético con la población más vulnerable, se centra en la prevención y tratamiento de las infecciones en personas mayores. ¿Qué le*

llevó a crear este proyecto y cuáles considera que son los principales retos en el cuidado de la población geriátrica?

EB: Viéndome, ya ve que no es meramente un proyecto altruista... Primero, el porcentaje de población mayor de 65 años es alto. Segundo, que esa población vive cada vez más. Tercero, que tiene unos factores de riesgo de infectarse y unas causas de debilidad mayores. Sin embargo, a pesar de los problemas de infección en esa población, si se conocen, si se diagnostican pronto y rápido, puede mejorarse la supervivencia y la calidad de vida. Por eso me pareció que, para ser Emérito de la Comunidad de Madrid, ese era un buen proyecto. Tenemos en este Hospital un servicio geriátrico de excelencia; nuestra relación con este servicio y con sus profesionales es muy buena, y pensamos que una de mis actividades después de mi jubilación oficial podía ser promover una línea de trabajo en el campo de la prevención, en el tratamiento precoz y en el buen diagnóstico de las infecciones en personas mayores. Así hemos trabajado en el mundo de las residencias de ancianos, en la infección nosocomial en los distintos hospitales, etc. De hecho, el COVID nos vino a dar la razón: que la persona mayor era un paciente especialmente predispuesto a los problemas de infección... Entonces se nos ocurrió hablar de Proyecto SENEX³, mejor que hablar de infecciones en los mayores, o incluso hablar de ese término que gusta tan poco a mucha gente, que es "infecciones en los viejos". Yo soy un viejo al que no le molesta nada el término "viejo", porque me parece que en muchos aspectos del mundo español la palabra viejo se ha asociado a honorabilidad y a buen criterio. Siempre digo lo mismo: los tercios españoles, cuando habían batallado mucho y tenían un gran prestigio, se llamaban El Tercio Viejo de Cartagena, o de donde fuese. De manera que Proyecto SENEX, dirigido a personas mayores, es un área de gran interés. Ahora tenemos un pequeño equipo en el Hospital, hacemos interconsulta permanente integrándonos con los servicios geriátricos y dedicamos mucha atención a la gente mayor. No hace mucho que la Fundación de Ciencias de la Salud ha hecho todo un programa de prevención de la transmisión de las infecciones en las residencias de mayores, que son realmente un pequeño hospital.

CP: *La fecha no pudo ser más oportuna. Porque, al año siguiente, la pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve la importancia de la Microbiología en salud pública. ¿Qué lecciones podemos obtener de esta crisis en cuanto a la preparación y respuesta a futuros brotes?*

EB: Yo creo que la primera lección es de humildad. Una parte de la sociedad había pensado que la patología infecciosa, la infección, ya en estos tiempos había desaparecido. Sobran antibióticos, sobra control... La segunda lección que nos ha dado es que los problemas hoy no son regionales. Había una cierta filosofía en el mundo occidental según la cual con las capacidades que tiene hoy un Estado moderno europeo, cualquier virus que venga del medio exterior (África, Asia, etc.), lo podemos manejar en una institución concreta, lo podemos aislar de la sociedad y controlar muy rápidamente. Pues esta pandemia nos ha demostrado que esto no es así, que la preparación para la infección tiene que ser global, y que afecta a todos los servicios. Es un problema que va mucho más allá de la salud y la enfermedad: es también la intendencia, la organización social, etc. Cuando me preguntan "y después del COVID ¿cuál será el siguiente virus?", no me canso de repetir que el siguiente virus es una riada en Valencia, etc. No se trata de prepararnos para la contingencia de una infección, que, sin duda, hay que prepararse, sino para las catástrofes en general, y hay que tener a la sociedad entrenada. Y desde luego, a los infectólogos, al mundo de la patología infecciosa, sin

ninguna duda. Pero en realidad no sabemos qué será lo siguiente. El hecho es que la humanidad no se ha librado jamás de acontecimientos de este tipo, y que hace falta tener un entrenamiento muy estructural, muy básico, muy genérico, independientemente de que luego cada área social haga lo mejor que pueda en el entrenamiento de lo suyo.

CP: *Desde su labor en la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica y en la European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, ¿qué relevancia cree que tienen estas redes profesionales en la creación de un conocimiento compartido y en la mejora de la práctica clínica?*

EB: Hay que estar muy loco realmente o ser bastante tonto en este mundo para no ser, como decía antes, humilde. A mí me parece que siempre que veo a alguien muy inteligente y un poquito soberbio, engreído, merma mi admiración por su inteligencia. Uno sabe poco, o poquísimos, de lo suyo, y casi nada de todo lo demás. La única forma de mejorar las cosas es trabajar con los demás y no tener miedo a ser corregido. Hoy muchos de nuestros jóvenes prefieren que no se les corrija, porque eso implica trabajar en aislamiento y montar su pequeña taifa. A mí me ha enriquecido muchísimo el trabajo con todos mis colegas del campo de la Microbiología y de la ciencia básica, y ahora en otras de mis actividades me enriquece enormemente el escuchar a gente de cualquier campo que tiene tanto que decir, tanto que enseñarme y tanto que contar a los demás. De manera que me parece que el trabajo en equipo hoy es difícilmente discutible de forma conceptual, aunque no siempre aplicable en algunas personas y en algunos grupos que prefieren el aislamiento a la corrección en sus errores.

CP: *Ha dedicado muchos años a la docencia y formación en el ámbito de las enfermedades infecciosas y microbiología clínica. ¿Qué conocimientos y habilidades cree que son las más importantes para los futuros médicos e investigadores?*

EB: La patología infecciosa tiene una complejidad basada, primero, en que es muy transversal, ocurre en cualquier órgano o parénquima. La sufren todo tipo de personas, y puede estar causada por tantísimos microorganismos y tan complejos, con una nomenclatura difícil de seguir que, o se le aplica una metodología rigurosa de aproximación, o se crea un aturdimiento que lleva al rechazo profesional. Es algo imposible de abarcar; son muchísimos nombres, muchísimos microorganismos, muchísimos antibióticos..., lo que lleva a decir: esto no es para mí. Por eso hemos tratado de sistematizar y hacer las cosas en un orden, aunque mucho más modesto, parecido a lo que ha hecho el profesor Gracia en el mundo de la ética: crear una metodología común que le permita a un profesional no aturdirse, trocear los problemas, examinarlos independientemente y tratar de seguir una patología o un diagnóstico de modo sistemático. Para eso hemos creado un acrónimo, PASEO, que son las letras de Paciente, Antecedentes, Síndrome, Etiología y Organización; y la organización lleva a revisar los aspectos diagnósticos y terapéuticos. Con el sistema PASEO enseñamos a los profesionales cómo no aturdirse ante un paciente infectado, cómo razonar, cómo elegir unas posibilidades, cómo decidir sobre unas pruebas diagnósticas que no se hayan realizado todavía y cómo pautar un tratamiento...

CP: *Ha dirigido numerosas Tesis doctorales a lo largo de su carrera. ¿Qué le aporta el trabajo con investigadores jóvenes y cuál es su enfoque en esta labor?*

EB: Me aporta muchísimo. Me parece que la última Tesis hace el número 64. La Tesis es mucho más, a mi juicio, que un trabajo de investigación. Se pasa de la tutoría a la

transmisión de una forma de hacer las cosas. Yo creo que en la Tesis lo más importante no es el tema; lo más importante es la metodología y, sobre todo, la metodología que se comparte. Significa hacer ver a una persona que aquello que le parece oscuro e inabordable, es abordable y se puede iluminar de alguna manera; significa enseñarle la metodología de la investigación, la metodología de la redacción de un trabajo, de unas conclusiones, el valor del esfuerzo... En general, una de las cosas que he hecho a lo largo de mi vida es tratar de hacer las reuniones con mis "tesinandos" no en el hospital y entre el apuro de ver enfermos, sino en mi casa. Allí, en la tranquilidad de la casa, hemos podido echar la mañana o la tarde, a veces ya no tanto solo resolviendo problemas técnicos o científicos, sino a veces resolviendo problemas de ánimo del doctorando. Por tanto, al final del doctorado, en la inmensa mayoría de mis doctorandos, lo que acaba produciéndose es un vínculo de sangre, un vínculo de amistad permanente y que cumple la filosofía de recibir de los maestros de uno lo que se ha de tratar de aportar a la siguiente generación. Para mí las Tesis han significado sobre todo eso. No es un título, no es obtener un papel que permite hacer otras cosas. He procurado siempre dirigir las Tesis a profesionales que tenían la convicción de querer hacerlo y que le podían dedicar algo de tiempo.

CP: ¿Y considera que a pesar de que la Tesis es un trabajo muchas veces teórico, debe tener una doble dimensión, cubrir el aspecto teórico de ciencia básica y a la vez tener una aplicación clínica?

EB: Sí, nosotros las hacemos mayoritariamente cubriendo los dos aspectos: he dirigido algunas que son más básicas y otras que son más clínicas. Me parece que cualquier pregunta sin resolver es un tema de investigación, y hay algunas que se pueden resolver solo con una aproximación clínica o con el pensamiento. La mayor parte de ellas requiere una tecnología, y nosotros aquí la tenemos en el propio servicio. Por tanto, muchas veces ponemos a disposición del doctorando, si es un tema de patología infecciosa del mundo de la microbiología, al microbiólogo, en conexión con la clínica, un punto que nos parece esencial.

CP: *A lo largo de su carrera, ¿cómo ha evolucionado la relación entre la medicina y la ética? ¿Cómo era la ética que usted ha estudiado y cómo es hoy en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, por ejemplo?*

EB: La ética que yo estudié casi no era. Los conceptos de ética eran escasísimos, el entrenamiento casi nulo, algunas ideas del Código deontológico... pero poco más. A mí me parece que ahí, y lo conocemos los dos, hay una figura que transforma el mundo español, que trae al campo de los profesionales de la salud la importancia de la ética, la importancia de una metodología para analizar los problemas y los conflictos éticos. Esto lo difundió por toda España y por una buena parte del exterior nuestro común amigo y maestro el profesor Diego Gracia. La revolución que ha hecho Diego consistió en bajar de las musas al teatro y poner la ética al servicio de la relación médico-paciente y de los conflictos de todo tipo que históricamente se han producido en medicina. Le enseñó a toda España cómo hacerlo y desde luego, al que no es capaz o no puede, o no tiene tiempo para aprenderlo, le enseñó que sí que hay gente que sabe hacerlo y que puede ayudar.

CP: *Usted es presidente del Consejo Científico de la Fundación Ramón Areces y colabora con la Fundación de Ciencias de la Salud. ¿Cuáles son los proyectos o*

iniciativas más relevantes en los que ha participado recientemente y cómo contribuyen a la mejora de la salud pública en España?

EB: Las cosas que hago tanto en la Fundación Areces y en Fundación de Ciencias de la Salud, como durante estos últimos 4 años que participé en el Comité del COVID del Colegio de Médicos de Madrid, tienen que ver con el abordaje de cuestiones de interés social: consisten en plantear preguntas sobre los aspectos de salud que inquietan a la sociedad, o que me parece que son pertinentes y que la sociedad debe conocer. Se trata de preguntas concretas respondidas por personas expertas y de campos muy diversos. Queremos saber qué opina la sociedad, qué opinan los pacientes, cómo lo ven los medios de comunicación, además de cómo lo ven los técnicos y los expertos clínicos o básicos en la materia. A lo largo de estos últimos años hemos hecho más de 40 documentos en aspectos tan diversos como pueden ser cuál es la calidad del aire, cuáles son las formas de medirlo, cómo impacta la calidad del aire en enfermedades como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cuánta gente sufre esta enfermedad, por qué no mejoran las cifras y por qué la sociedad no sigue las recomendaciones de la Sociedad Española de Neumología. Hemos tratado temas como la situación real de las infecciones de transmisión sexual en España, cuáles son nuestras deficiencias de registro, qué métodos habría para seguir para un mayor control, etc. Hemos hecho muchísimos documentos durante la pandemia de COVID. En los últimos días, en la Fundación de Ciencias de la Salud, se celebró una reunión conjunta sobre la situación de la enfermedad renal crónica en España. Quizá poca gente sabe que afecta entre el 10 y el 15% de la población española y que puede prevenirse su evolución a enfermedad renal terminal, y a la necesidad de diálisis o trasplante. De manera que abordamos problemas como estos. Tratamos de buscar a los profesionales más capacitados para resolver estos problemas de salud, escuchamos siempre la opinión de los pacientes, queremos saber qué piensan los periodistas y siempre terminamos estas sesiones, y documentos, pidiendo al profesor Diego Gracia cuáles son los aspectos éticos que suscita el tema que estamos tratando. Los documentos los publicamos tanto en castellano como en inglés. Y lo que nos dicen las personas que dirigen estas revistas en las que los publicamos es que, aun figurando como trabajos de opinión referidos muy particularmente a la situación española, son documentos ampliamente demandados internacionalmente y multiplican por cuatro el factor de impacto que tienen los originales de esas revistas.

CP: *Acaba de ser elegido académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina de España en representación de la especialidad de Microbiología y Parasitología. ¿Qué significa para usted este reconocimiento y cómo espera contribuir desde esta posición al avance de su especialidad?*

EB: Pues, primero, un inmenso honor el poder entrar en una institución como esta y representar ahí a la Microbiología y a las enfermedades infecciosas. Y, segundo, como todo honor, significa una enorme carga de responsabilidad, un motivo de preocupación, al poder contribuir en una institución como esta a mejorar las cosas en nuestro entorno, en nuestra nación, al poder servir a la sociedad y estar a la altura de lo que las personas que me han elegido esperan de mí. De manera que estoy un poquito abrumado y bastante preocupado y con muchísimas ganas de trabajar.

CP: *Durante su trayectoria docente y profesional ha formado a muchos especialistas en Microbiología y enfermedades infecciosas. Ahora, como Profesor Emérito, desde la*

perspectiva que le proporciona la experiencia y el conocimiento, ¿cómo espera que sus discípulos contribuyan al campo en los próximos años y qué valores considera esenciales en su formación?

EB: Yo veo con mucha esperanza el futuro, y me ha ayudado a ser más optimista de lo que era el comportamiento de la gente joven que yo he podido ver a pie de obra y en el hospital durante los peores días de la pandemia de COVID. Resalto esto porque no puedo decir que me ha sorprendido completamente, pero sí más de lo que esperaba sorprenderme. Cómo lo han hecho, con qué generosidad, con qué entrega... Tenemos una juventud excelente. Hace falta una dirección moral y política que la oriente, pero los mimbres que tenemos son excelentes. La gente necesita romper ya con barreras de las estructuras formadas muy rígidamente por los distintos servicios de salud. Hay que hacer grupos de trabajo multidisciplinar para aproximarse a los problemas. La infección y la Microbiología siguen siendo parte esencial de las soluciones que hay que dar a los problemas de la humanidad. En España se han formado en Microbiología y en enfermedades infecciosas en los últimos años cientos de profesionales. Por lo tanto, el factor humano está garantizado. Falta que la sociedad y los políticos le den a esa juventud profesional una salida para tener un futuro mejor. Mi preocupación ahora mismo es la salida fuera de España de muchos de nuestros egresados de las universidades. Se necesitan unas condiciones económicas mínimas que respalden la convicción de que aquí hay futuro. La Fundación Ramón Areces, por ejemplo, de la que soy el Presidente del Consejo Científico, ha sacado recientemente el Programa Retorno, que consiste en traer a España, de nuevo, a personas que apostaron por salir al extranjero y se han consolidado en el exterior. Es una idea que ha iniciado la Fundación Areces y otras fundaciones están en ese mismo camino. Tenemos que hacer lo posible para que nuestros profesionales no se nos vayan, y los que se han ido, retornen.

CP: *Muchas gracias, Dr. Bouza, por este tiempo que nos ha dedicado. Los lectores de EIDON lo agradecerán.*