

## FORMACIÓN DE GRADUADOS EN ESPAÑA: ORÍGENES, DESARROLLO, FUTURO

Luis Hernando Avendaño

Alcalá de Henares 22 de Octubre de 2004

Excelentísimo Señor Rector Magnífico, Ilustrísimas Autoridades, Ilustres Profesores del Claustro de la Universidad de Alcalá de Henares, Señoras y Señores.

Mis primeras palabras tienen que ser necesariamente de agradecimiento, hondo y emocionado, por el honor que hoy se me otorga; esta gratitud adquiere tintes particulares hacia las personas que dieron los pasos necesarios para que fuera posible.

Creo que es también momento de recordar a mis Maestros. Decía Andrés Laguna, segoviano, autor del “Discurso de Europa”, Médico de Carlos V y el Papa Julio III: **“Más debemos a quienes nos enseñaron que a quienes nos procrearon, por que de los segundos, solo hemos recibido el vivir, mientras que de los primeros, el vivir bien, que es más importante”**.

Entre mis maestros, tan numerosos, solo citaré dos por la influencia decisiva que han tenido en mi vida, mi Padre, Don Teófilo Hernando, y Don Carlos Jiménez Díaz. También quiero mencionar, como conjunto anónimo, la larga serie de estudiantes y médicos en formación con quien tuve relación estrecha durante más de cuarenta años de experiencia universitaria. En alguna parte del Corán se dice: **“Cuanto yo sé lo he aprendido de mis discípulos”**.

También debo decir algunas palabras sobre la elección del tema: He dedicado muchas horas de mi vida, a intentar mejorar la formación graduada en España, y es un tema en el que he mantenido un interés permanente, por ello lo he elegido para una ocasión tan solemne como esta. También porque entre todas las Universidades españolas la de Alcalá, y más especialmente su Facultad de Medicina, ha mostrado siempre un interés especial en la Pedagogía y la Formación.

Según Montesquieu: **“En toda discusión hay un fondo semántico ó gramatical”**. Por ello me van Uds. a permitir empezar definiendo los tres tipos de formación que a lo largo de su vida debe recibir un médico.

El médico, **“estudiante para toda la vida”**, debe recibir, una formación habitualmente dividida en tres periodos: Licenciatura o enseñanza de pregrado, Formación especializada o graduada, y, Formación continuada. Conviene dejar claro, que entre estos tres periodos existen diferencias notables, por más que sean etapas secuenciales de un mismo proceso, un proceso dinámico, en que las tres son parte de un “Continuum” y cada una añade a las anteriores sin pretender suplir nunca sus deficiencias.

**La Licenciatura ó enseñanza de pregrado** debe proporcionar una formación médica de base que capacite para la ulterior especialización. Durante este periodo el futuro médico debe, sobre todo, “aprender a aprender”, debe adquirir unos principios de auto-educación fundamentales para el resto de su vida. Además de las materias fundamentales, presentes en el Currículum de cualquier Facultad, debe también aprender a trabajar en equipo, principios de bioética, conocimiento de los costos sanitarios y medidas de la calidad asistencial.

De los acuerdos de Bolonia y de la actual Comisión de Decanos de Facultad de Medicina, se esperan grandes progresos en España en este trascendental periodo formativo.

**La formación especializada, profesional ó graduada**, es aquella que transforma al Licenciado en un profesional capaz de ejercer dignamente. El sistema de formación programada, en servicio retribuido, bajo supervisión, en unidades y centros acreditados y durante un tiempo determinado define el mejor método de formar especialistas, incluidos naturalmente los médicos generales.

El tercer periodo es **la formación Continuada**, definida esta como la que se requiere para que el médico que ha terminado sus estudios de Licenciatura y Especialización, mantenga y mejore su competencia en el ejercicio profesional. La formación continuada abarca el período más largo de la vida de cualquier médico, pues si la Licenciatura dura seis años en todos los países de la Europa Comunitaria, y el periodo de formación profesional varía entre tres y seis, la formación continuada habrá de extenderse a un mínimo de treinta años contemplando todas las jubilaciones anticipadas.

### **FORMACION GRADUADA, PROFESIONAL O ESPECIALIZADA**

Volviendo al tema que fundamentalmente nos ocupa, la formación médica de graduados en España ha sufrido durante los últimos 30 años una profunda transformación. Personalmente, creo que la implantación de programas reglados de formación especializada en nuestro País, ha tenido una influencia marcadamente positiva en la calidad de la medicina que se hace en España, pero del mismo modo, me interesa afirmar desde el principio, que el actual sistema MIR (Médicos Internos y Residentes) es fácilmente perfectible, empezando por su nombre pues desaparecidos, hace ya años, los programas de internados rotatorios, la I debía de haber sido tachada. Y los residentes no residen en las instituciones donde trabajan como lo hacían en el pasado en los hospitales americanos.

Recordar como ha sido la formación de graduados en España es interesante y permite apreciar mejor el progreso realizado en las tres últimas décadas.

La necesidad de que todo médico, al término de sus estudios de pregrado, antes de ejercer la profesión de modo autónomo, la practique bajo supervisión tiene importantes raíces en nuestro país.

En los Estatutos de la muy insigne Universidad de Salamanca de 1538 se lee: **“Y no se les ha de dar carta de bachiller hasta que hayan practicado dos años después del grado, demás de los que practicaron siendo oyentes; lo cual ha de constar por información o testimonio ante el Rector de la Universidad”**.

En la introducción al Dioscórides de Andrés Laguna, escrita a mediados del siglo XVI, se dice: **“A nadie se le ha de dar el título de médico, sin haber hecho antes del arte de curar mil pruebas en un hospital insigne”**. Y en otro lugar, en tono menor, **“Y este aprendizaje para los cirujanos, mejor que lo hagan en campo enemigo”**.

En una Real Cédula, fechada en 1594, dirigida por el Rey Felipe II al Rector de la Universidad de Alcalá por la que se crea la primera Cátedra de Cirugía en esta Facultad, se lee: **“Los que ovieren de ser Çirujanos y se ovieren de examinar y aprobar por los nuestros protomédicos ayan de aber oído tres cursos de artes**

**aunque no an de ser obligados a graduarse de bachilleres, y cumplidos estos an de oyr otros tres de Çurugía cursando en la dicha Cátedra oyendo juntamente otra lection de medicina y en los dos prostreros años de estos tres an de praticar y ganar otros dos cursos en práctica de Çurugia praticando y visitando enfermos con Çuruano de ciencia y experiencia y para ser admitidos a examen an de traer provados todos los dichos cursos de arte, Çurugia, Medicina y Práctica, y no an de ser examinados de otra suerte”.**

De hecho, ya en 1563, la Ley de Felipe II dispone para las Universidades de Salamanca y Valladolid un acto público tomado de la norma seguida en la Facultad de Medicina Complutense: **“Antes que se les dé el grado de bachiller en Medicina, en el que sustente sus conclusiones, y los Catedráticos, Doctores y Licenciados por sus votos los aprueben y reprueben y no les den las cartas de bachilleres hasta que cumplan los dos años de práctica y traigan testimonio de ello”.**

Posteriormente, durante siglos, el sistema se modificó poco y los mejores siguieron formándose a la sombra de un maestro distinguido, sin programas definidos ni en tiempo ni en contenido.

Como muchos de los presentes saben, Don Pío Baroja fue médico. Quizás menos conozcan que cuando iba a tomar posesión de la plaza de médico titular en un pueblo del Norte de España, durante el viaje en tren, según él mismo refiere, reflexionó sobre su capacidad para enfrentarse con los problemas diarios, con la preparación recibida en la Facultad, el resultado fue que cogió el mismo tren de vuelta comentando que si en su formación le habían enseñado ciertos conocimientos teóricos no se sentía dotado de **“la brutez necesaria”** para ejercer en aquellas condiciones.

A finales del siglo XIX y hasta mediados del XX, aparecen en España varias instituciones que habían de cambiar de modo sustancial el modo de entender la medicina en nuestro país, también la formación de graduados. La primera en el tiempo fue Basurto en Vizcaya 1896, en 1918 el Hospital La Santa Cruz y San Pablo en Barcelona –cuyo origen es mucho más antiguo pero que esa fecha sufrió una importante reestructuración. En 1929 Valdecilla en Santander y en 1935 el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas que unido a la Clínica de la Concepción se habían de transformar en la Fundación Jiménez Díaz en Madrid.

El cambio fundamental que en la formación de graduados supusieron estas instituciones fue: sustituir al maestro por el conjunto del Hospital y definir programas y rotaciones. Don Carlos Jiménez Díaz lo decía bellamente en la incorporación de un grupo de graduados a la Clínica de la Concepción: **“Conviviréis con todos, más que un maestro determinado hallaréis un conjunto de inquietud y formación similar que os acogerá y os incorporará. La intimidad entre los que enseñan y los que aprenden y el estímulo que de ella resulta, la objetividad directa de los problemas y sus posibilidades de resolución, son los caracteres que queremos que tenga nuestra enseñanza, que no es solamente instrucción, sino estímulo, calor, transmisión de entusiasmo y guía, para que vuestras posibilidades se desplieguen en ese ambiente”.**

Este movimiento era, por otra parte, paralelo al de otros países desarrollados. En los años 20 el conocido “Informe Flexner” mostraba la cruda realidad de la medicina en Estados Unidos, y en otros países de nuestro entorno europeo se formaban comisiones para urgir modificaciones en la legislación referida a la formación de especialistas médicos.

Sería injusto no mencionar en España dos Hospitales que pasado el ecuador del siglo XX tuvieron un papel decisivo en el tema que nos interesa: El Hospital General de Asturias y la Clínica Puerta de Hierro (CPH). El mérito de los que animaron desde su

inicio el espíritu de la CPH fue transformar desde dentro, con el ejemplo, la docencia de pregraduados y graduados en los recién creados modernos hospitales de la Seguridad Social.

Un hito importante en la formación de los médicos después del grado, fue la constitución a finales de los 60 del Seminario de Hospitales con Programa de Graduados (SHPG); cuya primera reunión tuvo lugar en la CPH y convocada por el Dr. Vicente Rojo, en él se agruparon personas que de algún modo representaban los Hospitales más arriba mencionados, de curiosa distribución autonómica, algunos grandes centros de la Seguridad Social y los Clínicos de Madrid y Barcelona.

El SHPG sentó las bases para racionalizar la formación de profesionales a través de programas lógicos en duración y contenidos, realizados en centros y unidades acreditables tanto por su nivel asistencial como por el interés docente de quienes trabajan en ellos.

Durante años el SHPG organizó reuniones voluntariamente repartidas por la mayor parte de la geografía española para difundir la doctrina y explicar los nuevos conceptos: ¿Qué se entendía por interno y residente? ¿Qué suponía la acreditación docente? ¿Cuáles eran los beneficios previsibles para el Hospital de los nuevos programas? ¿Qué obligaciones contraía?...

Este grupo -tan heterogéneo en su composición- pudo sembrar sus ideas gracias a su total libertad e independencia. Aquella situación -al margen de la Administración- necesaria en cualquier etapa renovadora, tuvo como contrapartida una aparente escasa eficacia práctica. Las normas emanadas de las itinerantes reuniones del Seminario no eran cumplidas. Los resultados de las primeras pruebas nacionales para ocupar plaza de formación en los Hospitales, tenían menos valor que la recomendación del personaje influyente y las visitas de acreditación entonces iniciadas fueron prohibidas en determinados ámbitos.

Sin embargo las ideas eran demasiado buenas y esa mejor parte de las plantillas presente en todos los Hospitales fueron progresivamente incorporándolas, creando el clima propicio para que una de las primeras acciones del nuevo Ministerio de Sanidad fueran promulgar, en 1978, un Decreto de Especialidades Médicas que confirió base legal a los principios defendidos por el SHPG; y dotar una estructura de soporte para el mismo a nivel del Estado comparable con ventaja con la mayor parte de las existentes en los países de nuestro entorno europeo.

Los puntos fundamentales recogidos en el decreto del 78 fueron los siguientes:  
Dar carta de naturaleza al sistema de formación programada.

Creación de las Comisiones de Especialidad: una por cada especialidad reconocida en España.

Los Presidentes de las distintas comisiones se integraron en el Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

Definir las tareas que Comisiones y Consejo habían de realizar.

Las Comisiones, nombradas en el 78, y el Consejo, bajo la Presidencia del Profesor Don José María Segovia, trabajando en unas condiciones precarias por falta de estructura administrativa y presupuesto, realizaron una obra trascendente cumpliendo una mayor parte de las tareas encomendadas.

Además el Consejo ocupó muchas horas de su tiempo en la redacción de un nuevo Decreto, entregado a la Administración en el 82 y que habría de sufrir no pocas modificaciones hasta su aparición en enero del 84.

Durante casi dos años, terminado el mandato de los miembros de las primeras comisiones, ni éstas ni el Consejo fueron reunidos. En este tiempo se realizó un intento de conocer el número de especialistas en las distintas áreas de nuestro país, publicado bajo el título de “Oferta y Demanda de Médicos en España una primera aproximación”, loable por ser el primer intento serio de análisis de los recursos humanos de profesionales sanitarios en España, pero cuyas conclusiones, sobre todo en lo referente a la proyección del futuro, se habían de demostrar erróneas e influyeron muy negativamente en las convocatorias de plazas de formación en los siguientes años.

El Decreto del 84 tenía como principales diferencias con el anterior:

La supresión del examen final. Esta decisión, claramente errónea, tuvo su origen en una huelga de los médicos en formación, cuando la evaluación iba a ser por primera vez realizada. Tampoco esta huelga recibió el tratamiento adecuado. El examen obligatorio se sustituía por otro voluntario para obtener un Certificado de Comisión que nunca llegó a realizarse.

La nueva etapa iniciada con la publicación de este decreto no empieza hasta Otoño del 85 en que se constituyen las nuevas comisiones, ahora con la incorporación de médicos en formación en ellas, y se reúne el Consejo del que fui elegido Presidente. Pronto se elaboraron líneas concretas de trabajo, consistentes en actualizar lo hasta entonces hecho y cumplir los restantes mandatos del Decreto incluida la concesión de títulos por vía extraordinaria.

Posteriormente, las Comisiones y el Consejo, bajo distintos Presidentes el último el Dr. Alfonso Moreno González, han seguido realizando una meritoria tarea, y progresos importantes en la realización de las directrices del último Decreto. De las que solo citaré tres como ejemplo: El Sistema de Acreditación de Centros se ha perfeccionado y complementado con un programa de Auditorias Docentes, también se han realizado exámenes por vías extraordinarias para dar la titulación a profesionales sanitarios que habían demostrado haber adquirido las habilidades y conocimientos suficientes en una determinada especialidad por una vía diferente al MIR. Se han dado normas para la estructuración de la formación graduada en los hospitales acreditados, Comisiones de Docencia y Tutores.

También durante todos estos años, la existencia de un “numerus Clausus” en las Facultades de Medicinas en las Universidades españolas ha hecho que el número de Licenciados que termina cada año sea muy semejante al de las plazas ofertadas para formación profesional.

A finales de Noviembre de 2003 se ha publicado la Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias (LOPS) que en su Capítulo Tercero se ocupa de la Formación Especializada en Ciencias de la Salud. En este capítulo se recogen, a parte de lo ya establecido en los Decretos anteriormente mencionados, algunos aspectos novedosos que por otra parte estaban en su mayoría mencionados en un borrador que fue entregado a la Administración en 1989.

La LOPS al tratarse de una Ley general es poco precisa, y habrá de ser necesariamente desarrollada en ulteriores Decretos y Ordenes. Comisiones y Consejo están trabajando conjuntamente con la Administración en su desarrollo.

A continuación, pasaré a comentar mi opinión personal sobre algún tema no contemplado por la Legislación Vigente y mi enfoque personal sobre otros que si lo están.

Voy a utilizar como guía el borrador del 89 pues contenía planteamientos, que en su mayoría, transcurridos casi 15 años, mantienen actualidad. Antes de repasar las modificaciones, que podrían contribuir a mejorar el sistema y pasar revista a los problemas pendientes más relevantes, quiero reiterar la afirmación que hacía al inicio de mi intervención: Muy pocas personas dudan en nuestro país del papel decisivo que el actual sistema de formación graduada ha tenido en elevar el nivel asistencial tanto en los hospitales como en la atención primaria.

El graduado en formación tiene en su centro de trabajo un papel estimulante “dinamizador” de las instituciones que lo reciben, pero, además la incorporación a nuevos hospitales o centros de atención primaria de profesionales formados en Unidades acreditadas por su buen hacer asistencial, le lleva a reproducir en ellos sus vivencias anteriores y esta práctica provechosa de una asistencia científica ha cambiado profundamente la calidad de la medicina en nuestro país.

Pasemos ahora revista a problemas pendientes del sistema y que no han sido resueltos:

El primero en importancia debería ser aceptar que en España, en el siglo XXI, se precisa una Ley que reconozca, explícitamente, que para el ejercicio profesional médico en cualquier especialidad, es precisa una formación después de graduado.

Desde el año 95, la Comisión de expertos para la formación médica de la Comunidad Económica Europea, de la que yo entonces formaba parte, exigió a todos los Países miembros, al menos tres años de formación después del grado para ejercer como generalista.

No se puede olvidar que el actual título de Licenciado en Medicina y Cirugía – hasta cuando esta denominación arcaica- faculta a quien lo obtuvo para el libre ejercicio de la profesión médica en cualquiera de sus facetas. Por ello, en los sucesivos Reales Decretos que regulan la formación de graduados (2015/1978 y 127/1984) en el artículo primero donde se define al especialista y se subrayan sus privilegios, una salvedad entre comas: “sin perjuicio de las facultades que asisten a los licenciados en medicina y cirugía” desvirtúa, profundamente, es sentido del párrafo.

### **Evaluaciones.**

**Prueba de entrada.-** Habiéndome responsabilizado –personalmente- de la puesta en marcha de los dos primeros exámenes que hizo SHPG a nivel estatal, no hace falta que diga que creo que la prueba fué necesaria, pues no había otro procedimiento que ofreciera las mismas garantías para seleccionar entre miles de candidatos el 15% mejor. Sin embargo este sistema de entrada tiene numerosos problemas.

El primero, no ser el procedimiento más adecuado para elegir los más idóneos para el ejercicio profesional. Se limita a poner de manifiesto la capacidad para memorizar conocimientos teóricos, y ni siquiera de una forma adecuada, pues las preguntas que lo han integrado a lo largo de los años no han sido siempre bien seleccionadas, su capacidad discriminación se ha mostrado limitada, como se recogió en un libro publicado por el Ministerio de Sanidad en 1993 (Pruebas Selectivas para el acceso a plazas de formación de Médicos especialistas. 1982.1992). Pero sobre todo, de ningún modo, muestra la habilidad clínica, profesional y social, ni las actitudes del recién licenciado en situaciones reales.

Esta prueba inicial, que yo creo debe ser mantenida, habrá sin embargo de modificarse; en primer lugar, para que sea capaz de evaluar, como se dice más arriba, no solo conocimientos si no también actitudes y habilidades y además por que al ponerse en marcha los troncos de especialidad la prueba habrá de adaptarse para cada uno de los troncos y también para las que sigan saliendo en peine al termino de la licenciatura.

Independientemente de los problemas intrínsecos de la prueba, se le pueden atribuir, al menos, otros dos inconvenientes mayores: La influencia negativa que tiene en la actitud frente al estudio de los pregraduados, que no estudian para formarse sino para aprobar el MIR, y, la aberración que han supuesto los cursos de preparación para el examen organizados por Facultades y Colegios de Médicos en competencia con academias privadas.

Finalmente los que pasaron la dura prueba –como cualquiera de los que han superado una de las clásicas y terribles oposiciones españolas- se sienten poseedores de unos derechos que les diferencian de los que no pasaron habiéndose creado un espíritu gremialista y maniqueo que lleva a considerar que todo aquel que no pasó el MIR, ahora agrupados con siglas propias los MESTOS, independientemente de lo que sea su formación y conocimientos no tiene derecho a nada, mientras haberla pasado concede todos los derechos y para el resto de la vida profesional.

**Evaluación final.-** Otra decisión que habrá de ser tomada es la puesta en marcha de un sistema de evaluación final del especialista ya formado, de la que yo me declaro totalmente partidario. Si no se quiere reintroducir por Decreto una prueba final como paso obligado para la concesión del título, medida que sería impopular y con toda probabilidad daría lugar a una huelga de los MIR, tan temida por las sucesivas administraciones, bastaría dar a la prueba considerada en el Decreto del 84 como Certificado de Comisión un valor importante en el acceso a las plazas públicas. Transformando en frase afortunada de un antiguo presidente de la Comisión de Neurología la prueba de **“obligatoria en: simplemente necesaria...”**.

A quien se pregunte ¿Por qué una prueba final? Y sobre todo desde el punto de vista de los MIR, si ellos –teóricamente al menos- están siendo constantemente evaluados.

Conviene decir, primero, en qué debe consistir la prueba y qué puede esperarse de ella.

La prueba debe poner de manifiesto que el candidato al título posee los conocimientos y las habilidades precisos para ejercer responsablemente como profesional competente. No se trataría, por tanto de un ejercicio complejo con preguntas esotéricas, sino de uno que permita confirmar que posee la información básica necesaria y que es capaz de enfrentarse con las situaciones más habituales en su especialidad con acierto.

¿A quién beneficia la prueba? En primer lugar a quienes la realicen pues les ofrece la garantía de estar en condiciones de ejercer su profesión con crédito. También a las unidades y centros que intervienen en los programas de formación por el trascendente testimonio sobre lo que fueron capaces de transmitir. Pero a quién más beneficiará esa prueba final es al conjunto de la sociedad que tiene derecho a exigir que a la hora de reconocer la titularidad de un profesional y permitirle ejercer como tal se asegure de que éste ha adquirido y asimilado los conocimientos teóricos y prácticos necesarios.

La existencia de la prueba final no resta importancia a la evaluación permanente. Toda la importancia de este largo período se reconoce el hacerla condición inexcusable

para presentarse a la prueba y porque es el mejor procedimiento para adquirir los conocimientos que ésta pretende evaluar.

### **Reordenación de las especialidades y creación de nuevas. Troncalidad. Áreas de Capacitación Específica**

La **Reordenación de Especialidades** es una misión del Consejo que nunca ha sido seriamente abordada. Existen en España especialidades no reconocidas en una mayor parte de los Países de la Comunidad Económica Europea y otras cuya denominación es diferente. Este delicado asunto habría de abordarse por más que los intereses creados lo hagan especialmente espinoso.

En el momento presente todas las Especialidades en España empiezan “en peine” al termino de la Licenciatura, es por otra parte evidente, al menos para mí, que muchas Especialidades Médicas, Quirúrgicas y de Laboratorio se beneficiarían grandemente de tener un tronco común, la LOPS contempla la **troncalidad** aunque no define los troncos.

El Profesor Luis Munuera por encargo del CNEM ha hecho un interesante estudio para conocer la opinión de las distintas Comisiones de Especialidades Quirúrgicas sobre los contenidos y duración de un tronco para las mismas, los resultados, que han sido presentados en varias reuniones, demuestran claramente las dificultades que tiene la instauración de un tronco en cualquier grupo de especialidades. La instauración de la troncalidad obligará a prolongar los periodos de formación y, en mi sentir, creo que también a la concesión de Titulaciones intermedias para Profesionales que realizaran sus tareas en determinados ámbitos.

La creación de **Áreas de Competencia Específica** dentro de las especialidades es una antigua aspiración de muchas de ellas. No todas las entienden del mismo modo y algunas, posiblemente ante la ausencia de un tronco básico, convierten todas las especialidades por aparatos en Áreas de Capacitación Específica.

Otras, reservan el término para cuando una parte de la misma alcance suficiente autonomía o desarrollo para que sea avalada por una certificación que permita acceder a determinados puestos de trabajo en Centros de Nivel Terciario.

Probablemente una vez que el complicado tema de los troncos se defina, los problemas de la creación de Áreas de Capacitación Específica serán sencillos de resolver.

Antes de finalizar esta revisión de algunos de los aspectos de la formación graduada conviene recordar que en el momento actual más de diez mil licenciados superiores, en su mayoría, médicos, están completando su formación con criterios homologables, si no superiores, al de los restantes países de la Unión Europea y que más de cuatrocientos profesionales, Profesores Universitarios, Responsables de Servicios de Grandes Hospitales, representantes de Sociedades Científicas y de la Organización Médica Colegial realizan un importante trabajo en las Comisiones de Especialidad y en el Consejo Nacional de Especialidades que agrupa a sus Presidentes; una tarea nunca retribuida, no siempre comprendida, ni apreciada, a pesar de lo cual dedican un muy apreciable esfuerzo para que la formación especializada en nuestro país ofrezca las garantías necesarias a la Sociedad española.



Vuelvo ahora a las palabras con las que empezaba, mi agradecimiento a la Universidad de Alcalá de Henares por el gran honor que de ella recibo.

La actual Alcalá de Henares, Iplacea para los Cartagineses, verosíblemente Kompluto para los griegos y con toda seguridad el Complutum romano recibe su nombre actual después de la invasión árabe “Al-kalá en Nahr” Castillo sobre el Henares.

Alcalá conoce su máximo esplendor cuando se fija en ella un fraile extraordinario, Gonzalo Giménez de Cisneros, Francisco al entrar en la Orden del Santo del mismo nombre. Este fraile, sencillo, que recorría a pie y pidiendo limosna los inseguros caminos de la época, a quién solo consiguió, por astucia, la Reina Isabel II convertir en su Confesor y que precisó la intervención directa del Papa Alejandro VI para que aceptara el Arzobispado de Toledo, tuvo como pensamiento constante la Fundación de la Universidad Complutense y cuando fue encumbrado a la alta dignidad de Arzobispo, se aplicó en mandar hacer planos de la Universidad de Alcalá. Se dice, que comprendiendo lo mal avenidas que están las ciencias, con el bullicio de las grandes capitales, no dudó en establecer sus Estudios en Alcalá, colocando la primera piedra de la Universidad el 14 de Marzo de 1499.

En enero de 1510, determina que en el Colegio Mayor de San Ildefonso haya dos Cátedras de Medicina que: **“Desempeñen dos médicos de mucha erudición y probada experiencia”**, aunque por otra parte parece que desde 1508 ya se impartían en Alcalá lecciones de Medicina.

He tenido la curiosidad de indagar en que consistían las Ceremonias de doctorado en los primeros tiempos de la Universidad de Alcalá, el acto se define en una pragmática de Felipe III en noviembre de 1617 como: **“De quasi pura ceremonia y solemnidad”**.

En los primeros años del siglo XVII, el acto abarcaba varios días y comenzaba por el acto del **Paraninfo** en que el Doctorando, “en latín elegante”, pronunciaba un discurso en materia **“Gravi e magnífica”**.

Luego venía el **vejamen**, un discurso festivo y humorístico, en que un Doctor se refería al doctorando con chistes y frases de ingenio. Parece que los problemas que crearon algunos de estos discursos llevaron a la desaparición del mismo de tal manera que en la reforma de García Medrano, en 1666, dispuso que no hubiera vejámenes, sino que dos oradores menores: **“En unas octabas en verso o en otra forma a ello igual alaben al graduado pidiendo primero la benia al Rector y la Universidad”**.

En todo caso, después del vejamen el Presidente hacía una **alabanza “seriosam”**, palabra no usual en latín, que quiere decir que la alabanza debía de ser seria y grave de las virtudes del nuevo Doctor, para compensarle, del chaparrón de ingeniosidades picantes que había oído del Orador del vejamen.

En la tarde del día de vísperas se formaba una comitiva por la Ciudad (**el paseo**) en la que figuraban el Rector, el Canciller, Doctores y Oficiales que acompañaban al nuevo Doctorando, este a caballo.

En Real Cédula de 1555 se dispuso: **“Haya paseo en cánones y Medicina y en cuanto a las colaciones la Universidad lo provea moderadamente, de manera que los que se graduaren no reciban agravio”**.

En la concesión de grado hecha por el Canciller existían determinadas ceremonias que resaltaban la grandeza del don que se otorgaba, debía comenzar el acto con un discurso de un Doctor de la Facultad a quién llamaban **“Gallo”**. La tarea de éste era fijada en la repetidamente citada reforma de Medrano del año 1666 en su título 48: **“El Doctorando elija un Doctor de la Facultad, que haga una exposición de**

**términos antes de que se le dé el grado y le dé por ello 24 reales y en ella no se dilate más de media hora”.**

A continuación, se hacía el **Juramento y la profesión de Fé**. La fórmula usada para el Juramento era la siguiente, consistente en preguntas, muy dispares entre sí y algunas difíciles de comprender en la actualidad, a las que el doctor contestaba “Juro”.

1. No haber gastado más cantidades para recibir el grado que las señaladas por la Clementis Dos de Magistris.
2. Defender el Dogma de la Inmaculada Concepción, (a partir de 1617).
3. Condenar el tiranicidio.
4. Procurar siempre el Progreso y Lustre de la Universidad.
5. Reverenciar y obedecer al Papa.
6. Reverenciar y obedecer al Rector y honrar y reverenciar al Arzobispo de Toledo y al Canciller.
7. No recibir el grado de Doctor en otra Universidad.
8. No pertenecer a ninguna logia o sociedad secreta y no admitir el principio de que el pueblo es arbitro en cambiar los Gobernantes constituidos.

Después venía la Profesión de Fé que los Graduados debían recitar de rodillas.

Procedíase, finalmente, a la **imposición de insignias** y colación de grado. Los actos eran los siguientes:

1. Entrega del Libro.
2. Entrega del anillo.
3. El birrete.
4. Toma de asiento en la Cátedra.
5. Los guantes.

Mientras se hacía la imposición de insignias, distribuía un bedel los guantes y los bonetes, pagados por el Doctorando, como obligadas “propinas” por los afanes de la enseñanza y la realización de los actos que conducían al Doctor a la meta de sus aspiraciones. Dadas esas propinas y hechas la acción de gracias por el graduado de Doctor se disolvía la concurrencia.

Repitiendo mi gratitud profunda y sincera, también al Auditorio por la atención prestada concluyo esta lectura reglamentaria.