

eidon

17
número

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Vivir con... SIDA

José Alcamí
Santiago Moreno
Antonio Gala

Entrevista

Manuel Lamela Fernández

Con otra mirada

Raúl Guerra Garrido

14 euros • noviembre - febrero **2005**



número revista eidon

FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

PATRONATO

PRESIDENTE

Diego Gracia

VICEPRESIDENTE

Rodrigo Becker

SECRETARIO

José Miguel Colldefors

VOCALES

Emilio Bouza

José Cadórniga

Rafael Dal-Ré

Emilio Díez

Ashley Grist

José M. Mato

Gonzalo París

Fco. Javier Puerto

Hipólito Durán

CONSEJO ASESOR

Gonzalo Anes

Ángel Bizcarrondo

Antonio Colino

Hipólito Durán

Alberto Galindo

Arturo García Tizón

Carmen Iglesias

Luis Mateo Díez

Federico Prades

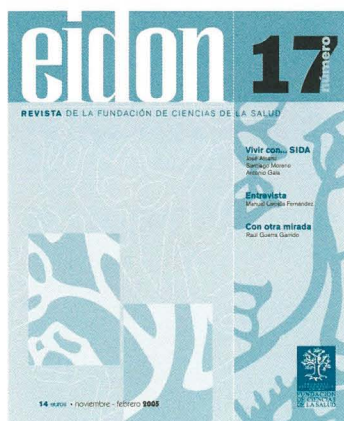
Miguel Roca

Carlos Solchaga

DIRECTORA

M^a Dolores S. de Puerta

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD



CONSEJO DE redacción

DIRECTOR
Fco. Javier Puerto

COORDINACIÓN
Beatriz Juanes

**COLABORADORES
EN ESTE NÚMERO**

*Jesús M^a Casal
Ramón Casas Vallés
Lourdes Chamoïro
José Luis Fresquet
José M. Gatell
Rafael Huertas
Javier Júdez
Justo Navarro
José Luis Peset
Juan Antonio Riesco*

REDACCIÓN
*Beatriz Juanes
Yolanda Virseda*

SECRETARÍA
Alicia Fernández de Valderrama

DISEÑO Y MAQUETACIÓN
RPM

FOTOGRAFÍA
Archivo y Vídeo Press

IMPRIME
Gráficas Monterreina, S.A.

FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
Avda. de Pío XII, 14. 28016 Madrid

Tel.: 91 353 01 50. Fax: 91 350 54 20
e-mail: info@fcs.es

ISSN: 1575-2143
D.L.: M-7360-1999

número
NOVIEMBRE-FEBRERO

1

sumario

EDITORIAL

VIVIR CON...

PLATAFORMA DE DEBATE

BIOÉTICA

ENTREVISTA

INVESTIGACIÓN Y CIENCIA

CON MANO AJENA

CON OTRA MIRADA

DEL PASADO AL PRESENTE

CRÍTICA DE LIBROS

AGENDA

4 La epidemia que está cambiando la sociedad

6 SIDA • José Alcamí • Santiago Moreno • Antonio Gala

13 Nueva generación de inhibidores de la proteasa del VIH • José M. Gatell El final de la vida • Ramón Casas Vallés

22 VII Ateneo. Humanidades médicas Situación actual

26 Manuel Lamela Fernández



31 Edición científica en el medio digital

38 Una historia americana • Justo Navarro Asociaciones de pacientes, los valores y la información • Jesús M^a Casal

46 Presentación Fco. Javier Puerto El miedo Raúl Guerra Garrido



52 La sífilis • José Luis Fresquet De los males epidémicos a la cuestión social: evolución de la Salud Pública en la España del siglo XIX • Rafael Huertas La epidemia del VIH/SIDA en España. Nuevas situaciones y nuevos retos • Lourdes Chamoïro

68 • Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas • Tratado de tabaquismo • Ciencia a la sombra del Vesubio. Ensayo sobre el conocimiento de la naturaleza

76 Próximas actividades

La endemia que está cambiando la sociedad

Fue en 1981 cuando el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) descubrió un incremento repentino en el diagnóstico de neumonía por *Pneumocystis Carinii* y de sarcoma de Kaposi en homosexuales. El 3 de julio de 1981, el New York Times se hace eco de la noticia de la existencia de un síndrome de características inusuales. Desde ese momento, los acontecimientos se desarrollan de forma vertiginosa. En 1983, el Instituto Pasteur identificó un virus como posible causante de la enfermedad. En un primer momento, la comunidad científica relacionó el contagio con las transfusiones de sangre, pero pronto se descubrió que la infección no se limitaba a hemofílicos, sino que había otros grupos de riesgo, como homosexuales y aquellos que utilizaban drogas por vía intravenosa. En 1984, se identificó el virus responsable del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), denominándolo VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), capaz de transmitirse por sangre o vía sexual. Las noticias procedentes de otros países confirmaron que la epidemia afectaba a todo el mundo. En 1985, se produce una movilización internacional para abordar lo que ha sido y es una de las epidemias que más profundamente está afectando a la sociedad.

La eclosión de la infección en EE.UU. fue determinante para que las instituciones públicas de investigación se movilaran y pusieran en marcha los mecanismos necesarios para comprender la epidemiología. La identificación de un primer grupo de riesgo, el de homosexuales, puso en alerta a la sociedad. La ampliación de los grupos de riesgo a hemofílicos y usuarios de drogas por vía intravenosa fueron los detonantes finales. Rápidamente se comprendió que la infección no tenía fronteras y que toda la sociedad estaba amenazada. En los países desarrollados, junto al desconcierto sanitario, las connotaciones sociales de los grupos principalmente afectados crearon un clima de inseguridad que forzó a las autoridades a destinar importantes recursos para investigar la enfermedad, tratar a los afectados y prevenir el contagio.

Los logros alcanzados en estos veintidós años han sido fabulosos. El esfuerzo de las instituciones públicas y privadas de investigación ha hecho posible comprender la virología, la epidemiología y la fisiopatología de la infección. La industria farmacéutica puso en marcha su potencial para descubrir fármacos con los que tratar la nueva enfermedad. Fue en 1987 cuando Laboratorios Wellcome, hoy GlaxoSmithKline (GSK), comercializó el primer tratamiento eficaz, la zidovudina (AZT). Éste fue un logro sin precedentes, pues aunque AZT era una molécula conocida y abandonada como antitumoral en la década de los años sesenta, en menos de seis años desde la aparición de la epidemia y en menos de tres años desde la identificación del VIH, se desarrolló y puso a disposición de pacientes y sistemas sanitarios un fármaco eficaz. A partir del AZT, y gracias a los avances en el conocimiento del virus y su comportamiento, proporcionados por la investigación básica, y de los esfuerzos de la industria farmacéutica, se puede contar con varias familias distintas de antirretrovirales, que han hecho posible transformar una enfermedad mortal en una crónica y prevenir la transmisión vertical (madre-feto).

Los Sistemas Nacionales de Salud no escatimaron, ni escatiman, recursos para financiar públicamente los nuevos antirretrovirales. La capacidad de mutación del virus, la aparición continua de resistencias y la complejidad de la historia natural de la infección, requieren que los tratamientos se modifiquen permanentemente y cualquier nuevo fármaco sea una nueva oportunidad para conseguir un control eficaz de la infección. La mejora continua en los nuevos antirretrovirales, junto a una mayor simplificación de los tratamientos, están aumentando la adherencia y efectividad de los mismos. Es indiscutible el esfuerzo económico que los Sistemas Nacionales de Salud están realizando, pero los éxitos son concluyentes: a modo de ejemplo, si se comparan las cifras de muertes producidas por SIDA en EE.UU. en 2001 con las producidas en 1995, fecha en que se introdujo la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), la mortalidad ha disminuido en un 82%¹ y el

paciente infectado puede reincorporarse a la sociedad, manteniendo una calidad de vida aceptable.

Aparte de los aspectos sanitarios, el SIDA ha causado cambios significativos en el comportamiento social. La transmisión por vía sexual ha llevado a un esfuerzo muy importante en la formación para prevenir el contagio, así como para luchar contra la drogadicción y evitar la transmisión por la reutilización de jeringuillas. Hoy puede afirmarse que el SIDA es una enfermedad controlable en los países desarrollados. Nunca antes una enfermedad había provocado una movilización tan importante de la sociedad civil. Las organizaciones no gubernamentales han florecido en todos los países y hoy en día el poder de estas asociaciones es capaz de forzar a los poderes públicos y a las instituciones privadas a tomar decisiones y destinar recursos que pueden parecer asimétricos cuando se comparan con los esfuerzos realizados para atender a otras enfermedades.

Lamentablemente, la situación del SIDA no es igual en los países en desarrollo. Se estima que existen cuarenta millones de infectados y la situación es tan grave en determinadas zonas geográficas que se está produciendo una desestructuración de la sociedad y una espiral de involución que está arruinando a algunos países. Las familias se destruyen por la defunción de los padres, hay escasez de capital humano y para muchos trabajadores las expectativas de vida están muy reducidas al estar infectados. La productividad disminuye y el progreso se ralentiza o se paraliza. Todo ello hace que el círculo a menor desarrollo, mayor pobreza, se recrudezca. En estas circunstancias acontecen importantes movimientos migratorios para encontrar mejores opciones de vida. Los movimientos de personas generan, a su vez, más pobreza en el país de origen y conllevan importantes problemas al país de destino, pues, en muchos casos, lo que se desencadena es una propagación de la infección.

El problema del SIDA es multidimensional y requiere la participación y ayuda de los países desarrollados para su mitiga-

ción. En numerosas ocasiones se critica de forma especial a la industria farmacéutica. Siendo cierto que la accesibilidad a los tratamientos farmacológicos eficaces es necesaria, también es cierto que es una obligación de todos poner los medios adecuados para que éstos lleguen a los pacientes y se usen de forma eficaz, pues en caso contrario supondría malgastar unos recursos muy valiosos. Si hubiera que señalar cuál es el problema más importante para el control del SIDA en esos países, se debería acusar a la pobreza. Sin programas globales que acometan reformas educacionales (fundamental para prevenir la propagación), sanitarias (prevención de la transmisión vertical y promoción al acceso y uso adecuado de los fármacos antirretrovirales), financieras (resolución de la deuda), laborales y, en definitiva, una promoción del desarrollo integral de estos países, el control del SIDA no será una realidad.

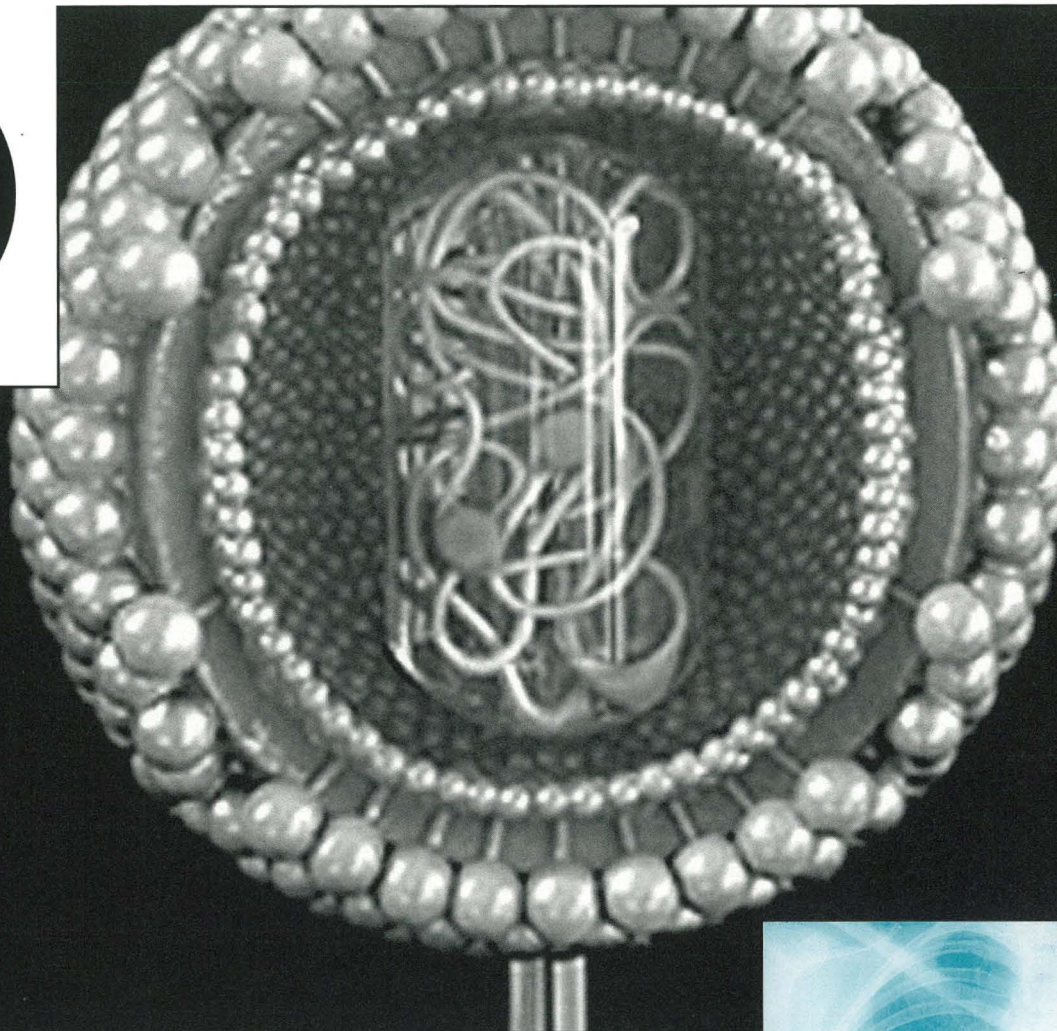
Hay que reconocer que se están dando pasos muy importantes y que los países desarrollados han tomado conciencia de su responsabilidad para ayudar a resolver un problema mundial. La OMS, Naciones Unidas (UNAIDS), el Global Fund (el fondo global, para combatir SIDA, tuberculosis y malaria), el Banco Mundial, las ONG y numerosas instituciones públicas y privadas están colaborando con programas de ayuda. Algunas compañías farmacéuticas, entre ellas GSK, están contribuyendo de forma muy significativa, implantando programas de precios diferenciados de los fármacos para los países subdesarrollados, colaborando en proyectos de investigación para producir fármacos de bajo coste y permitiendo la fabricación de genéricos de productos con patentes en vigor. Pero estas acciones, por sí solas, no ayudarán a resolver el problema si no se integran en programas globales y bien coordinados que tengan como objetivo el desarrollo socioeconómico y el progreso político, cultural y social de los países no desarrollados o en vías de desarrollo.

Gonzalo París

Patrono de la Fundación de Ciencias de la Salud

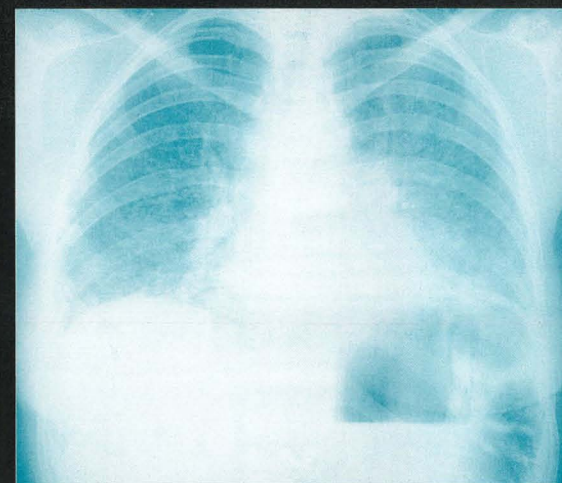
¹ CDC. HIV/AIDS Surveillance Report, 2002. Atlanta: Centres for Disease Control and Prevention. Vol. 14.

VIVIR
con...



Vivir con SIDA

Después de 20 años de epidemia mundial, a finales de 2004 alrededor de 39,4 millones de personas están infectadas por el VIH. Casi 3 millones más que hace 2 años. De ellos, 2,2 millones son niños y, entre los adultos, casi la mitad son mujeres. El SIDA continúa siendo una epidemia con dos caras. En el mundo desarrollado, la enfermedad se controla gracias a los nuevos tratamientos; en los países pobres, merma la población más joven.



El primer caso se describió en una revista científica en junio de 1981. Se trataba de un joven homosexual con una extraña enfermedad causada por un germen poco frecuente y que sólo se veía en personas con las defensas bajas: la neumonía por *Pneumocystis carinii*.

Casi simultáneamente se publicaron varios casos de sarcoma de Kaposi, otra enfermedad oportunista que aparecía también sólo en pacientes inmunodeprimidos. Curiosamente, todos los

afectados eran varones homosexuales. En pocos meses se describieron más casos similares en otros países occidentales. Nadie sabía de que se trataba. La alarma se extendió como una mancha de aceite. Primero entre los profesionales sanitarios, más tarde en toda la población.

Los científicos no encontraban respuesta ante una extraña epidemia que parecía inspirarse en las maldiciones apocalípticas. Por el momento, sólo afectaba a homosexuales, pero pronto se incorporaron otros "grupos" -drogadictos y hemofílicos- y poco después también heterosexuales. La epidemia abandonaba sus tintes de castigo para convertirse en un problema que llenaba las páginas de las revistas científicas. Los afectados se repartían por distintos continentes, pero algunos de ellos compartían factores de riesgo, por lo que los investigadores suponían que un agente tipo virus, bacteria, hongo o quizá una toxina era el responsable de esta enfermedad nueva y desconocida que dieron en llamar SIDA, síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Sólo un año más tarde, en 1982, los CDC (*Centers for Disease Control*) definen el SIDA como una enfermedad infecciosa que se transmite a partir de sangre contaminada. Se cree que la vía sexual es una de las principales responsables de los contagios. A partir de entonces los descubrimientos se suceden a una velocidad de vértigo, probablemente como no ha ocurrido nunca en la historia de la medicina, casi tan rápidamente como la enfermedad va cobrando vidas.

Poco más de 20 años después, sabemos mucho sobre el SIDA, sobre sus mecanismos de transmisión y sobre el VIH, el culpable del síndrome. En el mundo occidental se ha convertido en una enfermedad tratable con la que se puede vivir muchos años; pero el SIDA sigue siendo una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Se estima en 39,4 millones las personas que viven con el VIH. África,

Sobre virus y hombres

La causa del SIDA fue a principio de los años 80 el objeto de estudio de muchos investigadores. Sólo son dos los nombres que pasarán a la historia: Luc Montagnier, del Instituto Pasteur, en Francia, y Robert Gallo del Instituto Nacional del Cáncer en EE.UU. Fueron los protagonistas de una polémica por la paternidad del descubrimiento.

- **1982. Los CDC definen el SIDA como una enfermedad infecciosa transmitida a partir de sangre contaminada. Se cree que la vía sexual es una de las principales vías de transmisión.**
- **Enero 1983. En un hospital parisino, el equipo del profesor Montagnier examina un ganglio de un joven enfermo y determina que existen rastros de un retrovirus. Era la primera evidencia de que la enfermedad estaba causada por un agente externo.**
- **Mayo 1983. La revista *Science* publica el descubrimiento del profesor Montagnier, y se propone la denominación de virus LAV (virus de la linfadenopatía). Los investigadores creen que el virus es el agente responsable del SIDA. Se enviaron muestras del virus al NIH americano.**
- **Abril 1984. El profesor Gallo y su equipo descubren el HTLV-III, virus causante del SIDA. A partir de ese momento se desata la polémica entre Francia y EE.UU. sobre la paternidad del descubrimiento.**
- **Enero 1985. Montagnier y Gallo publican las secuencias genéticas de los virus del SIDA que han identificado y deciden compartir los derechos de la patente.**
- **1993. Ambos investigadores deciden trabajar conjuntamente.**
- **En la actualidad se considera que Montagnier fue el descubridor y Gallo aportó la metodología necesaria para descubrir los primeros retrovirus humanos.**

Asia, el Caribe y algunos países del este de Europa son las zonas más atacadas. También son las más pobres.

Para avanzar en la lucha contra esta enfermedad, los expertos recomiendan no bajar la guardia en ninguno de los frentes: la investigación, el tratamiento y la prevención. Desde estos tres frentes hablaron los invitados a la conferencia *Vivir con... SIDA*. Un título certero que define la situación actual en los países desarrollados: se puede vivir con esta enfermedad gracias a la rapidez con que se han sucedido los descubrimientos que han permitido el desarrollo de fármacos muy eficaces. Pero comencemos desde el principio. Y en el principio... era un virus.

EL CABALLO DE TROYA

"El VIH es uno de los virus que mejor conocemos a pesar de ser uno de los más jóvenes. Un virus extremadamente complejo, diabólico en su comportamiento". Así definía el virus de la inmunodeficiencia humana Jose Alcamí, Jefe de la Unidad de Inmunopatología del SIDA del Instituto de Salud Carlos III, un científico que lleva 20 años estudiándolo.

Su primera peculiaridad es que se trata de un virus que ataca precisamente las células encargadas de defendernos de los virus. Una acción especial-

Aunque en el mundo occidental se ha convertido en una enfermedad tratable, el SIDA sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo

mente perversa que destruye nuestro sistema inmunológico. Además, como si se tratara de un espía, cuando el VIH infecta una célula puede permanecer dormido en su interior en un estado de latencia durante mucho tiempo. "Comprender el proceso de invasión del VIH ha permitido diseñar una serie de fármacos que actúan interrumpiendo ese proceso" afirmó Alcamí. Hoy sabemos que para que el VIH penetre en la célula necesita abrir dos puertas secuencialmente. La primera de ellas es el receptor CD4, la segunda los llamados receptores de quimiocinas. El virus se adapta a ellas pero si los receptores están bloqueados, no puede entrar. Los fármacos se dirigen hacia ese momento inhibiendo la entrada, la fusión con la célula.

El equipo de investigadores españoles se ha centrado en cómo el organismo lucha contra el VIH y ha descubierto interesantes datos que se desconocían hasta ahora. En concreto, el Dr. Alcamí se refirió a un sistema antiviral en el que desempeña un papel crucial una proteína llamada APO-BEC3G, un potente inhibidor de virus como el del

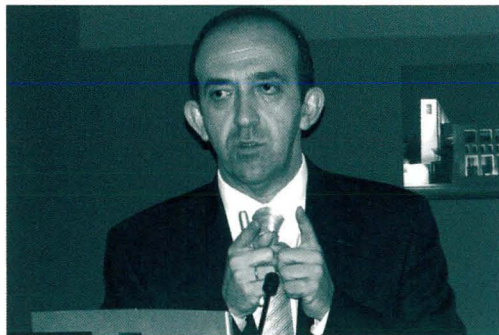
África muere de SIDA

Según el último Informe de ONUSIDA, África subsahariana tiene poco más del 10% de la población mundial, pero alberga a más del 60% de todas las personas que viven con el VIH: unos 25,4 millones. En nueve países africanos el SIDA ha situado la esperanza media de vida por debajo de los 40 años. Durante 2004 han muerto de SIDA 2,3 millones de africanos y 3,1 millones han contraído la infección.

Los países del Caribe son la segunda zona con mayor incidencia del VIH. Allí, el SIDA se contagia, sobre todo, por las relaciones sexuales y es la primera causa de muerte en adultos de 15 a 44 años. En Europa los casos se han duplicado en los últimos siete años y un gran número de infectados desconocen su condición. Y el dato más llamativo: de los más de cuatro millones de personas que necesitan antivirales, sólo 440.000 los reciben, la inmensa mayoría en los países más ricos.



José Alcamí, Jefe de la Unidad de Inmunopatología del SIDA. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo



Santiago Moreno, Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal



Antonio Gala, Escritor

SIDA. El mecanismo por el cual el VIH escapa a la acción de la APOBEC3G se basa en el factor de infectividad viriónica (Vif). En las células infectadas por el VIH se producen moléculas de Vif que se acoplan a moléculas de la proteína APOBEC3G. De ese modo, el Vif impide que esta proteína ataque a otros virus que pueden replicarse y diseminarse por el organismo. Los ratones también disponen de la proteína antiviral, pero en estos animales el VIH no puede reconocerla. La APOBEC3G se convierte entonces en un potente bloqueador de la replicación del VIH. Cuando el virus se produce en una célula infectada, la APOBEC3G penetra en el virus pero permanece allí inactiva. Una vez que el virus infecta una nueva célula, la proteína se activa, y a medida que el VIH comienza a copiar sus genes, la proteína ataca al virus. Esta línea de investigación sigue avanzando para conseguir fármacos que actúen en este trasvase de proteínas.

¿Es posible una vacuna? Para el Dr. Alcamí la pregunta no es cuándo tendremos la vacuna, sino si es posible desarrollarla. Tan insensato es dar una fecha como decir que nunca existirá. En el momento actual hay más de 60 prototipos de vacunas. Muy pocas han llegado a fase 3, y las más avanzadas han fracasado. Pero más allá de la ausencia de una vacuna, es innegable que la aparición del SIDA ha puesto en marcha una investigación eficaz que ha permitido convertir el SIDA en una enfermedad con la que se puede vivir, aunque todavía no se pueda curar.

UNA ENFERMEDAD **CRÓNICA**

Desde un punto de vista histórico, el SIDA ha batido récords. La evolución de los conocimientos ha sido imparable. Para Santiago Moreno, Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, lo más importante es que los avances en la investigación básica

han visto rápidamente los resultados en la aplicación clínica.

El aislamiento del virus supuso un gran paso pues

permitió identificarlo en los pacientes con pruebas diagnósticas relativamente sencillas. El otro récord fue el descubrimiento del primer fármaco antirretroviral, un medicamento que permanecía empolvado en un laboratorio

sobre el que se investigaba como antineoplásico. A pesar de esta rapidez, en los años 90 el SIDA todavía era la primera causa de muerte en jóvenes entre 30 y 40 años. Pero a finales de esa década coincidieron varios descubrimientos que permitieron la comercialización de una serie de fármacos tan eficaces que los médicos pensaron que se encontraban en una especie de luna de miel "cuando pasara, nos enfrentaríamos a los problemas. Pero afortunadamente esa luna de miel continúa hasta ahora".

Pronto se conocieron también las vías de transmisión del virus: relaciones sexuales sin protección, contacto con sangre contaminada a partir de jeringuillas o transfusión, y de la madre al niño. "No hay más vías, confirmó el Dr. Moreno, pero sabemos que algunas son más eficientes que otras. Por ejemplo, si la transmisión es de hombre a mujer el riesgo de infección es mucho mayor que de una mujer a un

La principal peculiaridad del VIH es que se trata de un virus que ataca precisamente las células encargadas de defendernos de los virus

Santiago Moreno

*Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.*



"El paciente con SIDA vive todavía con cierta estigmatización".

¿Cree que el SIDA sigue siendo todavía una enfermedad discriminatoria?

Los problemas sociales que la enfermedad creó en su día aún no han desaparecido en gran medida. Aunque pueda haber diferencias importantes en función del sector de la población el paciente con SIDA vive todavía con una cierta estigmatización.

¿Cómo es el día a día de un paciente seropositivo o con SIDA?

A nivel médico, el control de un paciente con infección por VIH es muy similar al de cualquier paciente crónico. Básicamente, precisa revisiones en la consulta del médico -cada 3 ó 4 meses como media- en la que se solicitan y revisan unos análisis rutinarios de laboratorio (fundamentalmente medir sus defensas y su carga viral). En cuanto a su vida social, la mayor parte de ellos pueden hacer una vida familiar y laboral estrictamente normal.

¿Se podrá simplificar aún más el tratamiento?

Sin duda. De hecho ya está en marcha la combinación de tres antirretrovirales en una sola pastilla, con lo que el tratamiento completo de un paciente VIH-positivo será en muchos casos de una sola vez al día. Como además no tiene restricciones o exigencias de alimentos, se podrá tomar en el momento que mejor venga al paciente.

La terapia antirretroviral tienen importantes efectos secundarios ¿podrán controlarse?

De hecho muchos de los efectos secundarios ya se controlan y se conocen lo suficientemente bien como para poder

prevenirlos, minimizar su impacto o, en caso de desarrollarse, poder controlarlos. Otros no son previsibles y los de aparición con el tratamiento crónico se están conociendo ahora.

Durante estos últimos años ¿cuáles son las enfermedades oportunistas más frecuentes?

Las enfermedades oportunistas han dejado de ser un problema numérico y, afortunadamente, ocurren con poca frecuencia. Las escasas veces que aparecen se trata de infecciones que se desarrollan con los niveles de defensas mejor conservados. La tuberculosis, por tanto, sigue siendo la infección oportunista más frecuente. En cuanto a los tumores, hay un aumento relativo de los linfomas.

A pesar de los esfuerzos informativos ¿cree que la población conoce suficientemente como prevenir el SIDA?

Creo que poca gente debe desconocer hoy cómo se transmite la infección por VIH. Todo el mundo tiene idea de que las relaciones sexuales no seguras y el compartir jeringuillas son prácticas de riesgo. Eso no quita que la percepción de riesgo sea baja y que, en el caso de las relaciones sexuales, no se adopten las medidas oportunas. Es parecido a otras situaciones: todo el mundo sabe que beber alcohol o la velocidad alta son factores de riesgo para los accidentes de tráfico, pero con demasiada frecuencia no se evitan pensando que "a mí no me va a pasar".

hombre. En el caso de transmisión a través de sangre transfundida, el riesgo de contagio puede llegar al cien por cien.

CURVA DE SUBIDA Y BAJADA

El SIDA ha sufrido una evolución asombrosa. "Hemos visto nacer una epidemia, cómo aumentaban alarmantemente los casos y cómo años después la curva ha bajado aún más sorprendentemente". Pero el Dr. Moreno evita caer

Los avances en la investigación básica sobre el SIDA han visto rápidamente los resultados en la aplicación clínica

en triunfalismos. El número de pacientes que se mueren de SIDA (datos del 2003) es superior al número de personas de la misma edad y del mismo sexo que se mueren por otras causas. "Una de las razones es porque lo diagnosticamos tarde. Los pacientes no saben

que son seropositivos y llegan a la consulta cuando ya ha aparecido alguna complicación", destacó el Dr. Moreno.

Los responsables de que los afectados ya no mueran tempranamente por esta enfermedad son 20 fármacos antirretrovirales. "Este abanico nos permite elegir en caso de que el virus se haga resistente o algún paciente tenga efectos indeseables. Gracias a estos avances terapéuticos, el SIDA se parece mucho a otro tipo de enfermedades de evolución crónica". Según estudios recientes, un paciente infectado por el VIH al que se trata con fármacos antirretrovirales puede vivir entre 30 y 44 años.

LA ERRADICACIÓN DEL VIRUS

A pesar de estos incuestionables avances ¿por qué no se cura el SIDA? Según el Dr. Moreno en la clínica nos enfrentamos a tres problemas: el desarrollo de resistencias por el virus; la toxicidad que producen los antirretrovirales y los problemas de adherencia al tratamiento.

Por el momento, no es posible la erradicación del virus. El tiempo calculado para hacer desaparecer todas las células infectadas es demasiado elevado:

73 años. Hoy no se contempla esta posibilidad, pero se está investigando en cómo desarrollar defensas que permitan al paciente infectado convivir con el virus sin que se dañe su organismo.

La toxicidad provocada por el tratamiento preocupa también a los médicos. Los fármacos pueden afectar a cualquier sistema del organismo, pero más alarman los efectos a medio-largo plazo como la lipodistrofia (desaparece la grasa de la cara, los brazos y los muslos y se acumula en el abdomen), el trastorno más frecuente junto con el aumento del riesgo de cardiopatía isquémica.

A pesar de estas dificultades, los beneficios del tratamiento superan con creces a los efectos indeseables.

El Dr. Moreno terminó su intervención mostrando la otra cara de la moneda: a pesar de los avances, la situación mundial sigue siendo alarmante. En zonas como África subsahariana, el SIDA se suma a otros graves problemas como la malaria y el hambre, una mezcla que impide el progreso y la supervivencia de la población más joven.

LA EPIDEMIA SOCIAL

Antonio Gala siempre ha querido estar en las primeras filas de la lucha contra el SIDA. Cuando la enfermedad suponía un estigma, el escritor denunciaba a quienes apartaban a los afectados. El SIDA, afirmaba también entonces, nos incumbe a todos. En su intervención, Gala recorrió la historia de las grandes epidemias. Los antiguos griegos distinguieron las

enfermedades de causa física de las que se originaban por una forma de vida del paciente, dijo. Esta dicotomía funcionó durante muchos siglos. Luego, nuestros antepasados más próximos hablaron de enfermedades naturales y de enfermedades morales, y la medicina positivista las denominó sociales: "eran enfermedades consideradas vergonzosas, pero ¿qué enfermedad puede ser vergonzosa? El sexo ¿por qué debe ser vergonzante? ¿Quién decide qué práctica sexual es la apropiada fuera del sujeto que la ejerce? ¿De quién es esa vergüenza de las enfermedades vergonzosas?".

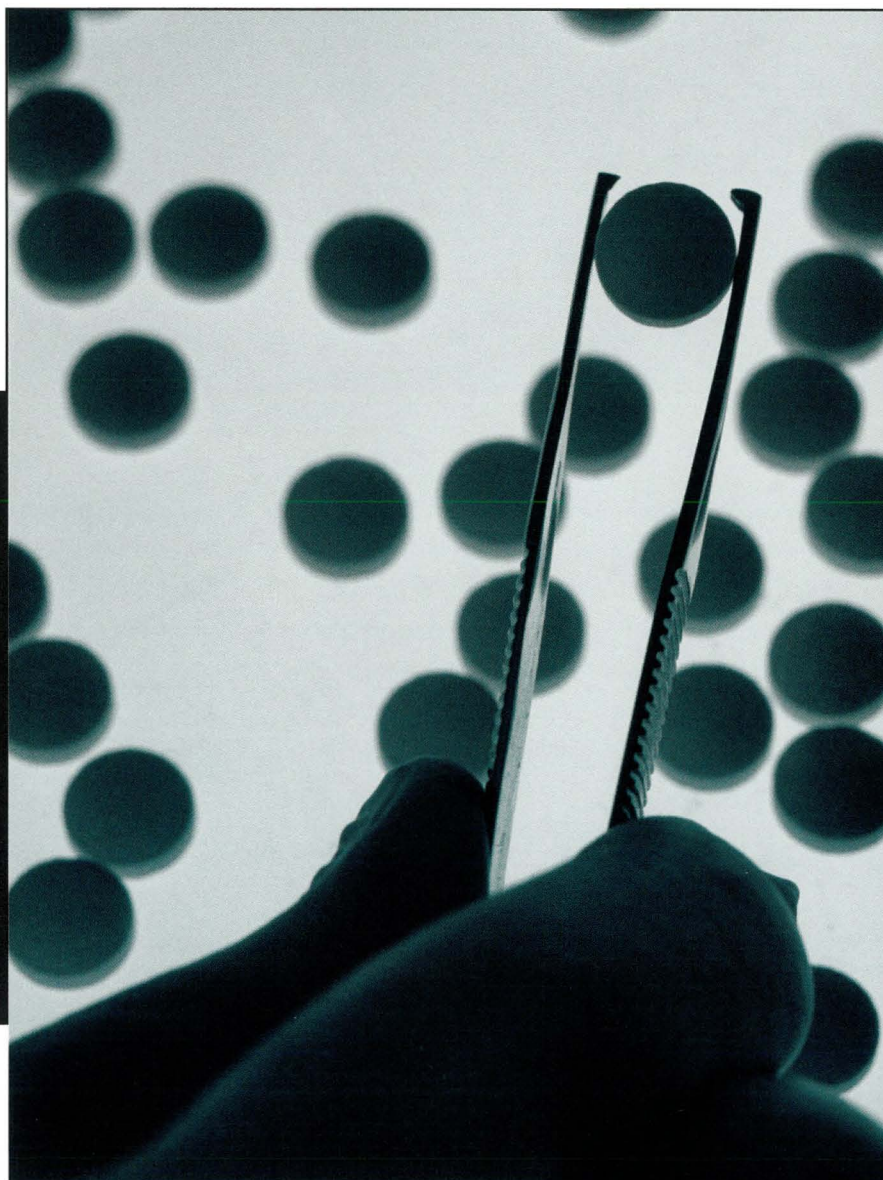
Para el escritor, las primeras epidemias, como la peste bubónica, eran "sólidas", se transmitían a partir de animales. Pronto llegaría la fiebre amarilla, o el cólera y las medidas útiles con las otras epidemias ya no servían. "La humanidad tardó tiempo en comprender que la transmisión era líquida, el virus viajaba por el agua". Una variedad inédita de epidemias atribula hoy a la humanidad. Su transmisión se realiza por la sangre, "algo que es nuestro, pactos de sangre inquebrantables llegan a ser fatales. La amistad, el amor, ese arma bicéfala puede asesinar".

"El hombre en medio de su estúpida ufanía no estaba preparado para enfrentarse a una enfermedad tan nueva"

Pero el SIDA ha provocado una epidemia psíquica mucho más contagiosa y más temible que la física. Hasta hace poco alguna gente se empeñaba en considerarlo un castigo a los pecados. Durante los dos últimos siglos, las enfermedades más utilizadas como metáforas del mal han sido la tuberculosis, el cáncer o la sífilis. Hoy lo es el SIDA.

Desde el personal punto de vista del escritor, las epidemias han supuesto siempre una transgresión. La tuberculosis minó la sociedad burguesa del siglo XIX. En el siglo XX, el *homo economicus* centrado en un capitalismo progresista sufrió el cáncer como otra transgresión. En el tercer milenio, el capitalismo se haya confuso e indeciso y el hombre ya no es rey sino depredador de la naturaleza. El SIDA es otra transgresión, una reacción contra la sociedad defraudadora. El SIDA, más que un síndrome es un símbolo. "El hombre en medio de su estúpida ufanía no estaba preparado para enfrentarse a una enfermedad tan nueva". Habíamos llegado casi a la cima de los progresos. Después de antibióticos y vacunas ya podíamos descansar y dedicarnos a las industrias del armamento y la destrucción, pero de repente llegó el SIDA. Otra vez el asombro a las puertas de tercer milenio: "¡qué ejercicio de humildad para los seres humanos!".

La conferencia *Vivir con SIDA* se celebró el 9 de diciembre de 2004



NUEVA GENERACIÓN DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA DEL VIH

JOSE M. GATELL

Profesor de Medicina
Universidad de Barcelona

El cambio más importante en la historia del tratamiento antirretroviral se produjo en 1996. Desde entonces se han ido sucediendo avances más lentos, pero significativos, en la respuesta global al tratamiento antirretroviral inicial y de rescate. Esto ha sido posible gracias a que se han introducido nuevos fármacos de las mismas familias con algunas ventajas farmacocinéticas y con mejor tolerancia.

Coincidiendo con la introducción de los primeros inhibidores de la proteasa (saquinavir, ritonavir, indinavir y algo más tarde el nelfinavir) el año 1996 marcó un

antes y un después en el tratamiento antirretroviral¹⁻⁴. Con una terapia combinada que incluía dos análogos de nucleósidos más un inhibidor de la proteasa se conseguía suprimir la replicación

viral lo suficiente como para que los niveles de virus en plasma se mantuvieran por debajo de los límites de detección, se evitara la evolución viral incluyendo la selección de resistencias, se asociara con una recuperación del sistema inmune lo suficientemente importante como para evitar la aparición o las recidivas de las infecciones oportunistas y para que, finalmente, todo ello se tradujera en un aumento importante de la supervivencia y la calidad de vida¹⁻⁵.

Sin embargo, pronto se hizo evidente que la eficacia de los regímenes que contenían dos análogos de los nucleósidos más un inhibidor de la proteasa (de los que ahora quizás podríamos denominar de primera generación) se veía limitada por varias situaciones. En primer lugar, por los problemas de cumplimiento de las pautas prescritas en el tratamiento; en segundo lugar por los efectos secundarios relacionados con los trastornos del metabolismo de la glucosa y los lípidos además del desarrollo de lipofatrofia y lipoacumulación clínicamente evidente⁶⁻⁸.

El primer intento para superar algunos de estos problemas fue reemplazar a los inhibidores de la proteasa por inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (nevirapina y luego efavirenz)⁹. Combinando dos análogos de los nucleósidos clásicos (zidovudina más lamivudina) más efavirenz, la eficacia virológica era globalmente superior a la de los regímenes con inhibidores de la proteasa clásicos (indinavir). Estos tratamientos eran muy simples y aceptables para los pacientes y se evitaban o minimizaban algunos de los problemas relacionados con las alteraciones metabólicas y la acumulación de grasa¹⁰. El paradigma cambió y la combinación de dos análogos de los nucleósidos más un no nucleósido se convirtió en el "estándar de oro" para el tratamiento inicial. Un porcentaje importante de pacientes, con el tiempo, seguía desarrollando lipofatrofia posiblemente condicionada por la toxicidad

mitocondrial asociada a los análogos de los nucleósidos que constituían la espina dorsal de todos los regímenes con inhibidores de la proteasa o con no nucleósidos¹¹.

MENOS TOXICIDAD, MENOS DOSIS

El segundo intento fue reemplazar los análogos de nucleósidos iniciales por otros con menor potencial de toxicidad mitocondrial y con una farmacocinética, sobre todo intracelular, más robusta que permitiera la administración en dosis única diaria. El mejor ejemplo podría ser el estudio 903 de Gilead en el que pudo demostrarse que la combi-

nación de tenofovir + lamivudina + efavirenz no sólo era muy eficaz si no que además se asociaba con un mejor perfil lipídico y una menor tasa de lipodistrofia cuando se com-

paraba con el mismo tratamiento que contenía estavudina en lugar de tenofovir¹². El tercer intento fue tratar de recuperar los inhibidores de la proteasa aprovechando que asociándolas con una pequeña dosis de ritonavir mejoraba sustancialmente su perfil farmacocinético sin perjudicar demasiado la seguridad.

La mayor ventaja de los regímenes para el tratamiento inicial, que contienen dos análogos de los nucleósidos más un inhibidor de la proteasa potenciado (Lopinavir®, Fosam-prenavir®), es su

Coincidiendo con la introducción de los primeros inhibidores de la proteasa, el año 1996 marcó un antes y un después en la historia del tratamiento antirretroviral

elevada eficacia y el que los pocos pacientes que presentan un fracaso virológico lo hacen sin seleccionar resistencias, por lo que no es difícil "rescatarlos" con una pauta alternativa¹³. Estos regímenes, sin embargo, no son muy cómodos para los pacientes y, sobre todo, se asocian con una tasa valorable de trastornos lipídicos del metabolismo.

Finalmente, la introducción de nuevos inhibidores de la proteasa como el atazanavir¹⁴ con una farmacocinética muy robusta que permite su administración una sola vez al día o la reformulación de compuestos clásicos como el nelfinavir o el saquinavir, puede contribuir a revertir el paradigma del tratamiento inicial y hacer que de nuevo consideremos las combinaciones de dos análogos de nucleósidos o nucleótidos con bajo potencial de toxicidad mitocondrial más un inhibidor de la proteasa fácil de dosificar, potente y que no produzca -o incluso mejore- los trastornos del metabolismo lipídico.

Al menos un 30-40% de los pacientes cuando inician el tratamiento antirretroviral tienen menos de 200 linfocitos CD4+/mm³ y muchos investigadores siguen prefiriendo utilizar un inhibidor de la proteasa en lugar de un no nucleósido en esta situación. En el caso concreto de

atazanavir, cuando se utiliza sin potenciar como tratamiento inicial combinado con zidovudina o estavudina más lamivudina, ha demostrado ser tan eficaz como el nelfinavir¹⁴ o el efavirenz¹⁵. En la rama del atazanavir, los pocos pacientes que presentaron un fracaso virológico solían seleccionar la mutación I50L aislada o asociada con otras, que codificaba resistencia al atazanavir sin resistencia cruzada o, incluso, con hipersensibilidad al resto de los inhibidores de la proteasa¹⁶. Por ello, en caso de fracaso, el rescate debería ser fácil aunque por el momento hay poca experiencia clínica. Con la utilización de

atazanavir potenciado con ritonavir seguiríamos teniendo un régimen sencillo, una vez al día, con escasa influencia sobre el metabolismo lipídico. Sería de prever que, en caso de fracaso virológico, no se seleccionaran mutaciones de resistencia como se ha demostrado con lopinavir¹⁷ o con fosamprenavir potenciados con ritonavir. Además, el atazanavir solo o potenciado con ritonavir por su simplicidad (2-3 compr/día) y por su capacidad para no alterar el metabolismo lipídico, jugará un papel importante en pautas de simplificación reemplazando otros inhibi-

dores de la proteasa más complejos o con una mayor influencia sobre el metabolismo lipídico. Hay un estudio en el que se reemplaza nelfinavir por atazanavir y otros

dos en marcha en los que se sustituye cualquier inhibidor de la proteasa o Lopinavir[®] respectivamente.

Por otra parte, en pacientes con una mediana de utilización previa de más de dos inhibidores de la proteasa, atazanavir potenciado con ritonavir ha demostrado que a largo plazo (96 semanas) no es inferior al Lopinavir[®] y se asocia con un perfil lipídico más favorable sobre todo respecto a los niveles plasmáticos de triglicéridos y colesterol total¹⁸. Finalmente, en pacientes con historia de múltiples fracasos previos a los IP, tipranavir puede aportar, al menos a los seis meses, ventajas adicionales respecto a la respuesta virológica tras optimizar el tratamiento de base incluyendo, si fuera necesario, enfuvirtida. A destacar, no obstante, que sólo se incluyeron pacientes con dos o menos de las llamadas mutaciones universales asociadas a las proteasa (UPAM's; L33I/V/f, V82A/F/L/T, I84V, L90M) y que el perfil de tolerancia del tipranavir es algo más desfavorable en comparación con el inhibidor de la proteasa de la rama control¹⁹.

La eficacia de los regímenes que contenían dos análogos de los nucleósidos más un inhibidor de la proteasa se veía limitada

Al menos un 30-40% de los pacientes cuando inician el tratamiento antirretroviral tienen menos de 200 linfocitos CD4+/mm³

Notas bibliográficas

- ¹ GULICK RM, MEIBOHM A, HAVLIR D, ERON JJ, MOSLEY A, CHODAKEWITZ JA et al. Six-year follow-up of HIV-1-infected adults in a clinical trial of antiretroviral therapy with indinavir, zidovudine, and lamivudine. *AIDS*. 2003;17:2345-49.
- ² GULICK RM, MELLORS JW, HAVLIR D, ERON JJ, MEIBOHM A, CONDRA JH et al. 3-year suppression of HIV viremia with indinavir, zidovudine, and lamivudine. *Ann Intern Med*. 2000;133:35-39.
- ³ GULICK RM, MELLORS JW, HAVLIR D, ERON JJ, GONZALEZ C, MCMAHON D et al. Simultaneous vs sequential initiation of therapy with indinavir, zidovudine, and lamivudine for HIV-1 infection: 100-week follow-up. *JAMA*. 1998;280:35-41.
- ⁴ HAMMER SM, SQUIRES KE, HUGHES MD, GRIMES JM, DEMETER LM, CURRIER JS et al. A controlled trial of two nucleoside analogues plus indinavir in persons with human immunodeficiency virus infection and CD4 cell counts of 200 per cubic millimeter or less. AIDS Clinical Trials Group 320 Study Team [see comments]. *N Engl J Med*. 1997;337:725-33.
- ⁵ PALELLA FJJ, DELANEY KM, MOORMAN AC, LOVELESS MO, FUHRER J, SATTEN GA et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators [see comments]. *N Engl J Med*. 1998;338:853-60.
- ⁶ CARR A. An objective case definition of lipodystrophy in HIV-infected adults: a case-control study. *Lancet*. 2003;361:726-35.
- ⁷ CARR A, SAMARAS K, CHISHOLM DJ, COOPER DA. Pathogenesis of HIV-1-protease inhibitor-associated peripheral lipodystrophy, hyperlipidaemia, and insulin resistance. *Lancet*. 1998;351:1881-83.
- ⁸ CARR A, SAMARAS K, BURTON S, LAW M, FREUND J, CHISHOLM DJ et al. A syndrome of peripheral lipodystrophy, hyperlipidaemia and insulin resistance in patients receiving HIV protease inhibitors. *AIDS*. 1998;12:F51-F58.
- ⁹ STASZEWSKI S, MORALES-RAMIREZ J, TASHIMA KT, RACHLIS A, SKIEST D, STANFORD J et al. Efavirenz plus zidovudine and lamivudine, efavirenz plus indinavir, and indinavir plus zidovudine and lamivudine in the treatment of HIV-1 infection in adults. Study 006 Team. *N Engl J Med*. 1999;341:1865-73.
- ¹⁰ MARTINEZ E, ARNAIZ JA, PODZAMCZER D, DALMAU D, RIBERA E, DOMINGO P et al. Substitution of nevirapine, efavirenz, or abacavir for protease inhibitors in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med*. 2003;349:1036-46.
- ¹¹ MARTINEZ E, MOCROFT A, GARCIA VIEJO MA, PEREZ-CUEVAS JB, BLANCO JL, MALLOLAS J et al. Risk of lipodystrophy in HIV-infected patients treated with protease inhibitors: a prospective cohort study. *Lancet*. 2001;357:592-98.
- ¹² GALLANT JE, DERESINSKI S. Tenofovir disoproxil fumarate. *Clin Infect Dis*. 2003;37:944-50.
- ¹³ WALMSLEY S, BERNSTEIN B, KING M, ARRIBAS J, BEALL G, RUANE P et al. Lopinavir-ritonavir versus nelfinavir for the initial treatment of HIV infection. *N Engl J Med*. 2002;346:2039-46.
- ¹⁴ MURPHY RL, SANNE I, CAHN P, PHANUPHAK P, PERCIVAL L, KELLEHER T et al. Dose-ranging, randomized, clinical trial of atazanavir with lamivudine and stavudine in antiretroviral-naïve subjects: 48-week results. *AIDS*. 2003;17:2603-14.
- ¹⁵ SQUIRES K, LAZZARIN A, GATELL JM, POWDERLY WG, POKROVSKIY V, DELFRAISSY JF et al. Comparison of Once-Daily Atazanavir With Efavirenz, Each in Combination With Fixed-Dose Zidovudine and Lamivudine, As Initial Therapy for Patients Infected With HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004;36:1011-19.
- ¹⁶ COLONNO R, ROSE R, MCLAREN C, THIRY A, PARKIN N, FRI-BORG J. Identification of I50L as the signature atazanavir (ATV)-resistance mutation in treatment-naïve HIV-1-infected patients receiving ATV-containing regimens. *J Infect Dis*. 2004;189:1802-10.
- ¹⁷ KEMPF DJ, KING MS, BERNSTEIN B, CERNOHOUS P, BAUER E, MOSELEY J et al. Incidence of resistance in a double-blind study comparing lopinavir/ritonavir plus stavudine and lamivudine to nelfinavir plus stavudine and lamivudine. *J Infect Dis*. 2004;189:51-60.
- ¹⁸ DEJESUS, E., GRINSZTEJN, B., RODRIGUEZ, C., NIETO-CISNEROS, L., COCO, J., LAZZARIN, A., LICHTENSTEIN, K., JOHNSON, M., RIGHTMIRE, A., SANKOH, S., AND WILBER, R. Efficacy and safety of atazanavir with ritonavir or saquinavir vs lopinavir/ritonavir in patients who have experienced virologic failure on multiple HAART regimens: 48 week results from BMS A1424-045. 11th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 2004.
- ¹⁹ YENI P. Tipranavir: a protease inhibitor from a new class with distinct antiviral activity. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;34:S91-S94.



EL FINAL DE LA VIDA

RAMÓN CASAS VALLÉS

*Profesor Titular de Derecho Civil
Universidad de Barcelona*

"Cuando juzgamos de la serenidad del prójimo ante la muerte, el acto más relevante de la vida humana, hemos de considerar una cosa: que difícilmente creemos haber llegado a ese punto. Pocas gentes mueren persuadidas de que sea su última hora, y no hay momento en el que el engaño de la esperanza nos engatuse más. No deja de murmurarnos al oído: otros estuvieron mucho más enfermos y no murieron; la cosa no es tan desesperada como se cree; y, en el peor de los casos, Dios ha hecho otros milagros¹" (Michel de Montaigne)

Desde hace muchos años en las Facultades de Derecho se viene enseñando que la personalidad se adquiere con el nacimiento y se pierde con la muerte. *Persona*

viva es una redundancia; *persona muerta*, una contradicción. La condición de persona no admite grados. Se tiene o no se tiene. No obstante, antes de la adquisición de la personalidad y desde

el instante mismo de la concepción, hay una vida humana que se conviene en considerar digna de tutela, sin perjuicio de la polémica existente en cuanto a sus formas y alcance ². Desde este punto de vista, el comienzo de la vida aparece como un devenir susceptible de una cierta gradación. Nada de eso sucede en cambio con el final, que se produce en un momento o instante preciso. Antes de él

hay vida y persona. Después, sólo quedan el cadáver y la memoria. Pese a ello, la expresión *el final de la vida* también puede aplicarse al período, corto o largo, que precede a la muerte y a las circunstancias en las que ésta puede producirse.

ESCONDER LA MUERTE

Ante la muerte ha habido y hay diferentes actitudes individuales y colectivas. En las modernas sociedades desarrolladas, el dominio alcanzado sobre la naturaleza gracias al progreso científico y técnico hace difícil resignarse ante ella. Pero no podemos evitarla. Y por ello optamos a menudo por esconderla, al tiempo que -en una suerte de exorcismo patético- la banalizamos por todos los medios a nuestro alcance. Cualquier adolescente ha visto centenares, si no miles, de muertes ficticias; y, sin embargo, es muy probable que jamás llegue a vivir otra muerte real que la propia. Nunca ha gustado pensar en la muerte. Son raros quienes siguen el consejo que tan bien expresó el propio Montaigne: "Si fuera enemigo evitable, yo aconsejaría tomar las armas de la cobardía. Mas puesto que no lo es, puesto que nos atrapa igualmente siendo huidizos y cobardes que hombres de honor y ninguna coraza puede protegernos, aprendamos a hacerle frente a pie firme y a combatirla. Y para empezar a quitarle su mayor ventaja contra nosotros, tomemos el camino contrario al

Cualquier adolescente ha visto centenares de muertes ficticias; y, sin embargo, es muy probable que jamás llegue a vivir otra muerte real que la propia

del común de la gente. Quitémosle lo raro, acerquémosla a nosotros, acostumbremos a ella, no tengamos nada tan a menudo en la cabeza como la muerte. [...] La premeditación de la muerte es premeditación de libertad ³."

En la actualidad aún es más difícil seguir el consejo anterior. "A diferencia de otras épocas, [la muerte] raramente se vive. Sólo con ocasión del fallecimiento de un familiar muy íntimo, de un accidente inesperado. La muerte en nuestras sociedades es justamente eso: un accidente ⁴."

La vemos como un hecho que fatalmente ha de producirse pero lejano y, sobre todo, ajeno a nuestra voluntad. Nosotros lo padeceremos y otros lo constatarán. Sin embargo, como es notorio, la muerte también puede ser el resultado de un acto del propio interesado o de otros actos ajenos pero queridos y aprobados por él. La muerte se convierte así en objeto de decisión y, por tanto, en manifestación de la capacidad de autodeterminación del ser humano.

SUICIDIO Y EUTANASIA PASIVA

El suicidio es un acto frente al cual la reacción íntima de la mayoría suele ser de respetuoso silencio, acompañado de extrañeza y, a menudo, del malestar que provoca su comprensión. La sociedad y la Ley mantienen una actitud relativamente neutra. No lo estimulan, pero tampoco lo sancionan. Al

menos en España, no hay represalias contra el suicida. Tampoco hay sanciones cuando se sobrevive al intento. Sin embargo, sí se castigan la inducción y la ayuda al suicidio. En el primer caso, con una pena de prisión de cuatro a ocho años. En el segundo, si se ha cooperado con actos necesarios, la pena oscila entre dos y cinco años; y pasa a ser de entre seis y diez cuando la cooperación llega al punto de ejecutar la muerte.

Pero la norma no acaba aquí. En un último apartado se contempla también el caso de quien causa la muerte de otro o coopera de forma activa con actos necesarios y directos, por "petición expresa e inequívoca" de quien sufre "una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte" o que le produce "graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar". Cabría pensar que, en esta situación, no debiera haber sanción alguna. Pero no es así. Aunque con una sensible reducción, la pena se mantiene.

¿Es razonable mantener este planteamiento disuasorio, que deja al interesado ante el dilema de quitarse la vida por sí mismo -si materialmente puede hacerlo- o seguir arrastrando una existencia que no desea? ¿No sería más sensato y humano permitir que otros -en particular quienes disponen de la formación adecuada- pue-

dan ayudarle, estableciendo las necesarias cautelas para asegurarse de que la voluntad de dejar de vivir es meditada, persistente y cuenta con suficiente base objetiva?

No parece plantear hoy grandes problemas lo que se conoce como *eutanasia pasiva*. Existe amplio acuerdo en que la vida humana no debe prolongarse de forma innecesaria, incurriendo en lo que se ha dado en llamar *encarnizamiento terapéutico*, contra el que ya se manifestó en 1957 el Papa Pío XII en una famosa alocución en un congreso de anestelistas. En la memoria de todos -o al menos de muchos- están los casos de Karen Quinlan (1976) y Nancy Cruzan (1990), ambas en estado vegetativo y conectadas a una máquina durante largo tiempo hasta que los tribunales admitieron la retirada de la asistencia técnico-médica; o el de Samuel Linares, un niño de siete meses en coma permanente cuyo padre, armado con una pistola, sostuvo en sus brazos hasta que murió tras haber desconectado la respiración asistida ⁵.

Por lo general, en ese tipo de situaciones, la familia más allegada y el personal facultativo debían tomar decisiones dramáticas en un entorno jurídico poco claro y asu-

miendo el riesgo de represalias jurídicas. En la actualidad, por fortuna, el panorama es diferente. Al menos cuando se cuenta con la voluntad del propio interesado. En este sentido, el *Convenio de Oviedo* de 1997 (*Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina*), tras sentar como principio básico "el interés y el bienestar del ser humano" (artículo 2), establece que: "Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad". Siguiendo al

Existe amplio acuerdo en que la vida humana no debe prolongarse de forma innecesaria

Convenio de Oviedo, la Ley 41/2002 (Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones

en materia de información y documentación clínica), además de disponer que toda persona tiene derecho a negarse al tratamiento, contempla la posible existencia de "instrucciones previas" (artículo 11): "Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una

vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo u órganos del mismo". Asimismo se contempla la posibilidad de que el otorgante del documento designe además a "un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas".

Las "instrucciones previas" conforman lo que se conoce como *documento de voluntades anticipadas* o, con una terminología un tanto equívoca, *testa-*

mento vital. Se trata de "una declaración de voluntad formalizada en un documento elaborado por una persona con capacidad suficiente en el cual expresa su voluntad relacionada con el tratamiento médico que acepta o rechaza para el caso eventual de estar en un estado que no le permita manifestar esa voluntad personalmente ⁶." Se puede encontrar un modelo o formulario (que vale más que mil explicaciones) en la página electrónica del *Observatorio de Bioética y Derecho* de la Universidad de Barcelona⁷. Con este documento se resuelve un grave problema sin dejar de respetar la autonomía de la persona y, a la vez, otorgando a la familia y al personal facultativo la necesaria seguridad.

EUTANASIA ACTIVA: LA POLÉMICA

Por el contrario, resulta muy problemática la *eutanasia activa*, entendiendo por tal no la simple interrupción del tratamiento a un paciente terminal y en estado irreversible, sino la causa directa de la muerte de quien padece graves sufrimientos sin perspectivas de curación. Queda fuera del debate la eutanasia activa *involuntaria*, que se rechaza. Pero hay una viva polémica acerca de

El Estado puede e incluso debe intervenir para evitar que alguien ponga fin a su vida o, simplemente, se deje morir

la *voluntaria*. En España no está admitida. Todos tenemos muy presente el caso de Javier Sanpedro: una persona totalmente impedida, pero en plenitud de facultades mentales, a la que la vida se le había hecho insostenible y que, sin embargo, no podía darse muerte por sí mismo. Su peregrinar por los tribunales en busca de ayuda para morir se saldó con una negativa constante. Como sabemos, nuestro ordenamiento, pese a su mayor benevolencia, no deja de castigar a quien cause la muerte de

otro, pese a que éste padezca padecimientos —físicos o síquicos— difíciles de soportar y manifieste de forma indubitada y constante su deseo de morir.

El asunto es grave y muy delicado, y no parece que la opinión general y la Ley vayan de la mano. Aunque no dispongo de datos estadísticos, probablemente sean mayoría —amplia, además— quienes se muestran a favor de aceptar la eutanasia activa y voluntaria, dando cauces a la voluntad de quien la quiere, regulando sus requisitos y asegurando la impunidad de quien la ejecuta de acuerdo con ellos. Actualmente sólo algún país (como Holanda) ha dado el paso en ese sentido.

Sin necesidad de llegar a hablar de un derecho sobre la propia vida, no puede dejar de admitirse que la capacidad de decidir al respecto está direc-

tamente relacionada con la autonomía y dignidad de la persona. Como se explica en el documento "*La disposición de la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia*", elaborado por el *Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho* de la Universidad de Barcelona en diciembre de 2003 ⁸: "No sería legítima una ley que tratara de

Sin necesidad de llegar a hablar de un derecho sobre la propia vida, la capacidad de decidir al respecto está directamente relacionada con la autonomía y dignidad de la persona

imponer la eutanasia a todos los enfermos incurables y dolientes, pero sí lo es una ley que la admita bajo determinados supuestos bien pre-

cisos e incluya las cautelas necesarias para prevenir posibles vicios en cualquiera de los dos actos que concurren en ella". Esos dos actos, como explica el propio documento, son el del paciente (que toma la decisión libre y consciente de pedir que se ponga fin a su vida, dándose las mismas circunstancias que hoy conducen a una sanción penal atenuada) y el del personal médico que pone sus conocimientos y actividad para conseguir que la muerte sea rápida, indolora y apacible.

El Estado puede, e incluso debe, intervenir para evitar que alguien ponga fin a su vida o, simplemente, se deje morir. A este respecto son conocidas las sentencias del Tribunal Constitucional relativas a supuestos de alimentación forzosa de presos en huelga de hambre o de transfusiones de sangre a menores pese a la oposición de sus padres. Pero lo que ningún Estado puede legítimamente hacer es imponer a una persona capaz y consciente una vida en condiciones penosas y en con-

tra de su voluntad. Y tampoco puede mirar hacia otro lado, impidiendo que quienes están profesionalmente capacitados para lograr que la voluntad de morir se lleve a efecto en las mejores condiciones, puedan -si lo desean, no en otro caso- poner sus conocimientos al servicio de esa voluntad. Como mínimo, urge abordar la cuestión, retomando el debate en el punto en que lo dejó el vigente Código Penal.

Notas y Bibliografía

¹ *Ensayos, De juzgar de la muerte del prójimo*, edición de Dolores Picazo y Almudena Montojo, ed. Cátedra, 3ª ed. 1998, II, XIII.

² Sobre el particular tuvo ocasión de pronunciarse el Tribunal Constitucional español en la famosa sentencia 53/1985 y, luego, en la 212/1996 y 116/1999. También el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en varias ocasiones, entre las que cabe señalar, como más reciente, la muy interesante sentencia de 8 de julio de 2004 (*Caso Vo c. Francia*).

³ *Ensayos, De como filosofar es aprender a morir*, edición de Dolores Picazo y Almudena Montojo, ed. Cátedra, 3ª ed. 1998, I, XX.

⁴ Juana Teresa Betancor, *Bioética y Eutanasia. Materiales de Bioética y Derecho*, ed. María Casado, editorial Cedecs, Barcelona, 1996.

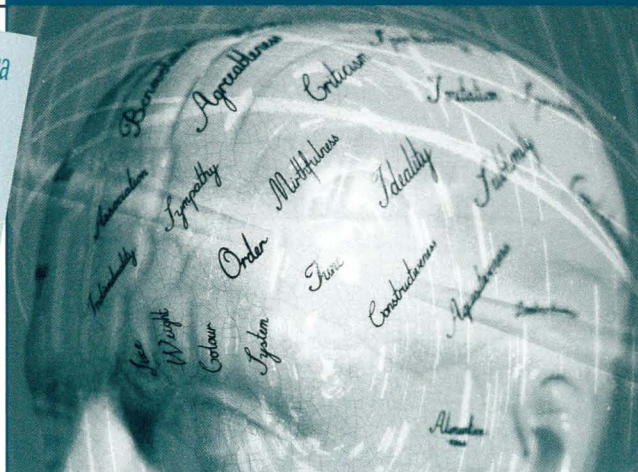
⁵ Vid. las referencias a los casos Quinlan y Cruzat en: Navarro M, *El documento de voluntades anticipadas*, en *La Notaría*, núm 2, 2003; y al caso Linares en Juana Teresa Betancor, cit.

⁶ Mónica Navarro, cit.

⁷ www.bioeticayderecho.ub.es

⁸ Disponible en la página electrónica antes citada.

VII Ateneo de Bioética



La formación en humanidades médicas ayuda a resolver situaciones de la práctica diaria fuera de los meros "hechos clínicos"

22 eidon

VII Ateneo de Bioética



Chris Hickey, Director del British Council España



Roland Meinert, Director Adjunto del Goethe Institut España



Norbert W. Paul, Director del Instituto de Historia de la Medicina de la Universidad Johannes Gutenberg de Maguncia



Debora Kirklin, Directora del Centro de Humanidades Médicas del Royal Free and University College Medical School, Londres



José Lázaro, Profesor de Historia y Teoría de la Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid

Los expertos reunidos en este VII Ateneo, coorganizado por la Fundación con el British Council y el Goethe Institut, coincidieron en señalar la necesidad de incrementar la formación en humanidades

El conocimiento de las humanidades pueden permitir a los profesionales sanitarios tratar mejor a los pacientes

médicas dentro de las facultades de Medicina, ya que ayudan a resolver situaciones de la práctica diaria fuera de los meros "hechos clínicos".

Son disciplinas cuyo objetivo directo no es el análisis de los hechos clínicos, sino la comunicación con el paciente y la comprensión de sus valores, conocimientos que ayudan al médico a relacionarse y a entender mejor la situación del enfermo.

La situación en Alemania

"¿Por qué tiene que existir la historia, la filosofía y la ética de la medicina si tenemos normas de actuación, protocolos, guías y legislación? Nos olvidamos con frecuencia de que la medicina tal y como la entendemos es muy contingente. Es muy distinto ejercer la medicina en la Bahía de San Francisco con un gran número de emigrantes asiáticos que en Alemania o España. Tenemos un entendimiento cultural sobre las enfermedades

que conforman la base en la que ejercemos la medicina." Así defendió la necesidad de potenciar el estudio de las humanidades médicas Norbert W. Paul, Director del Instituto de Historia de la Medicina de la Universidad Johannes Gutenberg de Maguncia, considerado uno de los principales expertos alemanes en cuestiones de ética, filosofía e historia de la medicina. Es importante tener en cuenta estas disciplinas para acercarse a la enfermedad. De hecho, afirmó, los conocimientos sobre las patologías siempre deben estar abiertos a los valores sociales.

Para el Dr. Paul, es necesario un concepto que conecte la biomedicina y las humanidades al que él denomina ética reconstructiva. Se inicia con la construcción del contexto del problema, para lo que es necesario el punto de vista de un historiador. Una vez reconstruido, hay que analizar si se trata de un problema de relevancia ética para poder llevar a cabo una evaluación crítica en la que se plantean los objetivos médicos y cómo los vamos a alcanzar. Y todo no sólo para llegar al objetivo de la curación, sino también para poner en práctica valores sociales que acompañan irremediablemente cualquier acto médico.

En Alemania, la Red Nacional de Investigación Sobre el Genoma está aplicando por primera vez conocimientos de lo que se llaman datos blandos para la investigación, que son criterios sociales y de humanidades que guían el proceso de

investigación. Como conclusión, afirmó que la historia, la filosofía y la ética de la medicina deberían constituir una parte fundamental del diseño curricular en las universidades.

Los pacientes como personas

Para Deborah Kirklin, Directora del Centro de Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina del *Royal Free and University College Medical School* de Londres, las humanidades pueden permitir a los profesionales sanitarios tratar mejor a los pacientes. La calidad sanitaria significa encontrar la atención médica que necesita el paciente adaptada a sus necesidades y circunstancias, "que se les trate como personas y no como enfermedades".

Sin embargo, las humanidades médicas son un campo relativamente nuevo en el Reino Unido. En 1993 el Consejo de la Medicina (organización que supervisa la formación en medicina en el Reino Unido) publicó su manual de educación médica titulado *Los médicos del mañana* en el que se afirma que las humanidades deberían ser reconocidas como un conocimiento válido para los alumnos de medicina. La Dra. Kirklin defiende que "las humanidades médicas no son la anticencia, sino una forma complementaria de contribuir a la formación y a la educación de los profesionales". Se trata de una tarea interdisciplinaria en la que las ideas, opiniones y

José de Letamendi criticaba la práctica de la medicina con pareados como "a la fisiología le falta hombre y le sobra rana"

perspectivas procedentes de diferentes enfoques conducen a un conocimiento más amplio y profundo. Además, el estudio de estas disciplinas puede ayudar al médico a comunicarse adecuadamente con sus pacientes: "aprendemos a conocer a nuestros pacientes conociéndonos a nosotros mismos y las artes creativas son muy útiles para esta exploración", afirmó.

De Letamendi a Laín Entralgo

José Lázaro, Profesor de Historia y Teoría de la Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, describió la situación de las humanidades médicas en España partiendo de un artículo publicado por Diego Gracia, Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud, en la revista JANO en el año 1991. El profesor describía tres modelos de plantear las humanidades médicas coincidiendo con tres personajes relevantes en este área. El primero de ellos es José de Letamendi un médico que criticaba la práctica de la medicina con pareados como "a la fisiología le falta hombre y le sobra rana".

El segundo modelo está representado por Gregorio Marañón. Logró un gran prestigio como clínico que adornaba con la imagen de humanista que siempre le acompañó. Sin embargo, el propio Marañón tenía muy claro que las humanidades eran el espacio de su ocio, y desaconsejó que los médicos se educaran de forma profesional en el campo de la disciplinas humanísticas.

La tercera etapa está representada con un salto cualitativo en la figura de Pedro Laín Entralgo que, desde 1940, se centró en la historia de la medicina pero también en la antropología médica de carácter filosófico. Para dedicarse de pleno a estos estudios dejó la práctica clínica en

"un deseo de dedicarse a las humanidades con el mismo rigor que se exige a un anatomista o a un fisiólogo".

Más recientemente se han sucedido trabajos publicados en diversas revistas dirigidas a médicos: JANO, las publicaciones llevadas a cabo por la Fundación de Ciencias de la Salud o por instituciones como la Fundación de Medicina y Humanidades Médicas.

Sin embargo, en 1978, Laín Entralgo afirma en el prólogo de su *Historia de la Medicina* que muchas veces se ha sentido como un profesor inútil. Sus alumnos estudiaban historia y filosofía pero prácticamente como afición. Tal vez, afirmó Lázaro, existe la creencia de que la medicina es un campo serio y las humanidades algo mucho más liviano donde los científicos puede entrar sin ningún tipo de esfuerzo. La profesionalización de las humanidades médicas se está llevando a cabo en edito-

riales o fundaciones no lucrativas pero aún no se ha producido una regulación universitaria. El objetivo es que los profesores de humanidades médicas no tengan el mismo sentimiento de inutilidad que Laín. Estamos en una nueva etapa en la que se pretende la aplicación directa a la clínica de los saberes de humanidades médicas.

Pasado, presente y futuro

El Profesor Diego Gracia dio el mismo título a su conferencia que a un artículo publicado en la revista JANO hace 15 años, *Pasado, presente y futuro de las humanidades médicas*, con el planteamiento esta vez del relativo fracaso de ese artículo. "¿Por qué tienen tan mala fama las humanidades entre los médicos?", planteó. Con el fin de analizar las distintas acepciones que este término ha tenido a lo largo de la historia, el profesor Gracia destacó tres corrientes históricas.

La teoría teológica defendía que toda ciencia debía entenderse dentro de los planteamientos de la teología. El humanismo, por tanto, era también muy peligroso en tanto en cuanto no se supeditara a un credo determinado. Fue la corriente que imperó durante la Edad Media.

A finales de la etapa medieval entra en crisis este modelo y comienza a fraguarse el positivismo que triunfaría siglos más tarde. Durante el siglo XVI se incluyen las bellas artes dentro del concepto de humanidades y el XVII es el siglo de la ciencia moderna que propicia la oposición entre humanismo y cientificismo. El siglo XIX culmina esta teoría con el positivismo, una corriente que aún tiene mucho éxito.

El tercer modelo pone en duda el pensamiento apodíctico, es decir, que se pueda someter la realidad a un tratado de matemáticas, porque de hecho no es fácil encontrar argumentos apodícticos en medicina.

¿Cuál debería ser el futuro, según Diego Gracia? Deberíamos promover la incorporación de las nuevas humanidades como la sociología médica, la antropología, etc., pero no debemos quedarnos ahí, sino que habría que terminar con el modelo positivista porque en cuanto se le araña, se ve que es falso. "La enfermedad -concluyó- debe definirse teniendo en cuenta otros muchos criterios (sociológicos, históricos) que los puramente positivistas".

El Ateneo de Bioética es un foro de investigación multidisciplinar cualificado, en el que se abordan de manera rigurosa los distintos desafíos éticos planteados en el campo de las ciencias de la salud. Quiere propiciar la calidad de la interacción y del encuentro entre los participantes y los ponentes invitados, figuras destacadas de esta disciplina en el ámbito nacional o internacional.

El VII Ateneo de Bioética se celebró el 24 de junio de 2004.



El sistema funciona en cascada; si no somos capaces de arreglar los problemas de atención primaria, difícilmente vamos a poder solucionar el resto

"Pretendemos aumentar la asistencia al ciudadano mejorando la situación de los profesionales"

MANUEL LAMELA FERNÁNDEZ

Consejero de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Madrid

Desde noviembre de 2003, Manuel Lamela es consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Atrás, una amplia experiencia en la Administración del Estado en donde, entre otros cargos, dirigió la subsecretaría del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación durante varios años. Desde allí se enfrentó a la crisis de las vacas locas, situación difícil, pero no la peor de su carrera. Su recuerdo más doloroso tiene una fecha dramática: 11 de marzo de 2004, atentados que vivió en primera fila y que pusieron al límite a los profesionales sanitarios madrileños.

Desde su nombramiento como Consejero, Manuel Lamela se está enfrentando a muchos retos incluidos en el programa electoral de su partido. Recortar las listas de espera, construir ocho nuevos hospitales y mejorar la situación laboral de los profesionales de la salud son algunos de sus objetivos, pero también dice estar dispuesto a negociar y dialogar con la industria farmacéutica para pactar una política del medicamento coherente y moderna.

¿Cómo valora el periodo con el nuevo equipo en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid?

Ha sido un año intenso, pero no muy diferente a los que llevo en política. Sí es cierto que la sanidad es un asunto muy sen-

sible de cara a la población, y esto genera una carga adicional porque, lógicamente, la responsabilidad es aún mayor. Pero este año también ha sido muy bonito. Me he aproximado a un sector que sólo conocía en números. He conocido de cerca al personal sanitario y eso me ha hecho valorarlos mucho más, sobre todo porque he podido comprobar en persona el trabajo que realizan para que el sistema sanitario funcione.

Durante este tiempo, se ha tenido que enfrentar a situaciones muy difíciles ¿cuáles han sido sus peores momentos como Consejero?

Cuando llegué aquí pensé que ya había pasado por muchas situaciones complicadas en mi vida política, como por ejemplo la crisis de las vacas locas. Pero comparado con los acontecimientos del 11 de marzo todo ha sido menor. Ha sido el acontecimiento más doloroso. El equipo de esta Consejería estuvo ayudando y gestionando desde las ocho de la mañana hasta las doce de la noche. Afortunadamente pudimos comprobar que el sistema funcionó y no de manera fortuita. Nos dimos cuenta de que, a pesar de la enorme presión asistencial y de los muchos problemas que afectan a los profesionales sanitarios, tienen una capacidad de respuesta enorme. Para mí ha sido un honor ser consejero en esas fechas, aunque ojalá nunca me hubiera tocado.

¿Cómo son las relaciones con el Colegio Oficial de Médicos de Madrid?

Yo creo que buenas y espero que este sentimiento sea bilateral, entre otras cosas porque los objetivos que nos hemos planteado para esta legislatura sólo son alcanzables si contamos con el apoyo de los profesionales. Yo creo que sería una locura intentar hacer cosas a espaldas de quienes están a pie de obra cada día. Otra cuestión es que a veces se lleven a cabo decisiones que no gustan a todo el mundo, pero en definitiva eso es gobernar, tomar decisiones que benefician a la mayoría.

No obstante, creo que tenemos un diálogo muy intenso y fructífero con el Colegio de Médicos de Madrid, con la OMC, con las Sociedades Científicas, o con las propias organizaciones sindicales. De hecho, hemos firmado 10 acuerdos en 10 meses.

Creo que hemos conseguido transmitir nuestra intención de hacer las cosas lo mejor posible, y lo más importante es que estamos de acuerdo en que estos cambios son muy difíciles, en que no existe una varita mágica para arreglar los problemas que llevan con nosotros 20 años.

Una promesa de su Gobierno es la desaparición de las listas de espera ¿qué medidas se están tomando al respecto? ¿cómo van las listas de voluntarios para trabajar en horas libres?

La respuesta de los profesionales está siendo muy buena, pero los resultados aún no los conocemos. Llevamos poco tiempo, pues el plan comenzó a mediados del mes de abril, y entre medias ha estado el verano, una época complicada para la planificación. Pero a pesar de esto, un 25 por ciento menos de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid están en listas de espera. Éstas se han reducido en unos 1600 pacientes. No solamente hemos sido capaces de absorber a los pacientes del área quirúrgica, sino que además hemos disminuido las listas. Nos planteamos realizar 8.000 procesos quirúrgicos más durante este trimestre respecto del año pasado, y se han llevado a cabo 9.600, es decir, 1600 más de los previstos.

Reducir las listas es un objetivo muy difícil y ambicioso y, de hecho, nunca se ha llevado a cabo ni en España ni fuera de nuestro país. Es importante señalar que este Plan nos está sirviendo como ejemplo para otras muchas actividades que, al final, se traducirá en una mejor atención a los pacientes y en mejores condiciones para los profesionales.

¿Cómo atajar la insatisfacción que tienen los profesionales sanitarios?

La sensación de "quemazón" que destacan los profesionales sanitarios es el fruto lógico de una presión asistencial enorme, pero yo lo que me he encontrado y me ha preocupado más es el escepticismo. Una situación que, a mi juicio, se produce cuando uno lleva mucho tiempo con problemas y no ve una solución a medio plazo. Los profesionales son magníficos y se dejan la piel todos los días atendiendo lo mejor posible a sus pacientes, por lo que yo creo que se trata de un problema más personal que laboral. Reformar un sistema en el que están implicados 70.000 profesionales que

atienden a 6 millones de pacientes y que realizan en un año 60 millones de actos médicos es muy difícil. Y partir de una situación de escepticismo lo dificulta aún más. Este escepticismo, además, va acompañado de cierta

dificultad para convencer de que queremos llevar a cabo ciertos cambios, aunque también he de decir que en los meses que llevo en este cargo la respuesta está siendo muy favorable.

¿A su juicio, dónde se encuentra el problema más grave de la sanidad madrileña, en atención primaria u hospitalaria?

El sistema funciona en cascada, de manera que si no somos capaces de arreglar los problemas de atención primaria, difícilmente vamos a poder solucionar el resto. Si en primaria tenemos un exceso de demanda y lo que hacemos es derivar a especializada, cuando muchas de las patologías podrían resolverse en los centros de salud o ambulatorios, estamos trasladando el problema a un nivel que no corresponde.

Nuestro objetivo es racionalizar, incrementar los efectivos y diseñar un nuevo sistema de relación entre primaria y especializada para que los problemas que se puedan resolver en los centros no

lleguen al hospital. Lo mismo ocurre con urgencias. Es un caso paradigmático pues sabemos que la gran mayoría de las urgencias hospitalarias se podrían atender en primaria. Sólo un 5 por ciento de las urgencias generan ingresos. Para combatir esta situación habría que aumentar las posibilidades de diagnóstico en primaria y sería conveniente aumentar la asistencia domiciliaria.

Otra de las promesas más esperadas es la construcción de 8 hospitales y la reforma de algunos antiguos ...

Nuestra intención es que para el primer trimestre del año próximo todos los hospitales estén adjudicados y puestas las primeras piedras. También se están rehabilitando las urgencias de 11 hospitales y la nueva construcción del Doce de Octubre y se va a remodelar el Hospital de El Escorial. Es un plan de infraestructuras muy ambicioso.

Le preocupa especialmente la situación de los inmigrantes en cuanto a las prestaciones de salud.

Nosotros partimos de la premisa de que queremos tratar a todos los pacientes por igual, pero para eso necesitamos un sistema que sea capaz de asu-

mir ese compromiso. Y para que esta asistencia no desequilibre el sistema financiero sanitario, o lo que es lo mismo, su sostenibilidad, debemos contemplar su financiación. Los extranjeros están en condiciones muy desiguales dentro del territorio nacional. Algunos tienen permisos de residencia,

trabajan y tributan; otros no están en esta situación, sin embargo, el sistema les atiende exactamente igual. La propia Ley de Cohesión y Calidad dice que el fondo de compensación debe contemplar la forma de financiación, y no podemos olvidar que desde el Pacto de Toledo la Sanidad ya no se financia con cuotas de la Seguridad Social, de manera que el discurso de que es bueno que haya más extranjeros porque si se dan de alta pagan las cuotas de la seguridad social es válido, pero no en cuanto a que suponga más financiación para sanidad.

La sanidad se nutre de impuestos, por tanto habría que plantearse cuántos impuestos pagan esos ciudadanos. Y como la premisa es que todos deben ser atendidos, lo que propone la Ley de Cohesión es buscar dentro del fondo de



cohesión un sistema para financiar esos supuestos y que no se genere un descalabro económico en determinadas Comunidades Autónomas.

Además de esta observación, hemos expresado un temor. Si nuestro país se convierte en un destino fácil para los extranjeros, se convertirá en un reclamo y eso generará una necesidad mayor de financiación. Debemos estar preparados para dar respuesta a esta situación.

¿Qué opina del cariz que está tomando la política farmacéutica ?

De entrada hay algo que yo no comparto con la Ministra de Sanidad y es la no renovación del pacto con Farmaindustria. Yo creo que llegar a un acuerdo siempre es bueno, aunque no sea entre iguales. La industria farmacéutica, por otro lado, es un sector económico muy importante en nuestro país y creo que eso requiere el máximo esfuerzo por parte del gobernante de turno para intentar llegar a un acuerdo. En este caso, la propia Farmaindustria quería renegociar, pero se ha optado por imponer una ley (la ley de presupuestos) que parece casi una sanción, una especie de impuesto más propio de una república bananera.

Cuando una empresa paga su impuesto de sociedades lo hace en base a su cuenta de resultados, no

Reducir las listas es un objetivo muy difícil y ambicioso. Nunca se ha llevado a cabo en España ni fuera de nuestro país

parece razonable añadir un plus para financiar el I+D en investigación biomédica. En este caso, estaríamos legitimando que se cree otro impuesto semejante para la industria automovilística, la vitivinícola, etc. Yo creo que el gobierno se ha metido en un camino muy peligroso desde el punto de vista sanitario, farmacéutico y económico, separándose del modelo económico del Gobierno anterior que era un modelo occidental.

¿Y cómo se podría ahorrar en gasto farmacéutico? ¿Le parece válido el sistema de visados?

Soy partidario más del autovisado que del visado propuesto. Creo en el autocontrol pues los profesionales saben lo que hacen. El visado tiene que ser una excepción, nunca la regla general. En mi opinión, la política farmacéutica no está siendo coherente. No sabemos si se van a aumentar los precios de referencia y la política de visados no debería generalizarse. También habría

A la industria le favorece crecer en líneas estables, no en dientes de sierra y un acuerdo daría estabilidad a quienes gastamos en farmacia, las administraciones

que homogeneizar el asunto de la visita médica y sería conveniente hablar con Farmaindustria y ver su capacidad para vincularse en una serie de objetivos que interesan a todos. A la industria le favorece crecer en líneas estables, no en dientes de sierra y un acuerdo daría estabilidad a quienes gastamos en farmacia, que somos las administraciones, y a quienes ingresan por el gasto en Farmacia, que son los laboratorios.

¿Cree que volverá el consenso al Consejo Interterritorial?

Es bueno que los consejeros nos reunamos, pero mientras que el objetivo sea demostrar a la sociedad que todo va bien, yo no me prestaré a este engaño. Si la única forma de lanzar al Ministerio y a la sociedad que el Consejo no está funcionando es no asistir, por desgracia tendremos que seguir en esa línea. Pero la Ministra sabe que estamos abiertos a dialogar.

Su opinión sobre algunos asuntos candentes: tabaquismo, prevención de las ETS y embarazos no deseados, las drogodependencias...

Cualquier dependencia puede generar patologías graves y desde el punto de vista sanitario, es un ahorro prevenir estos problemas. En Madrid, la política



de prevención de las drogodependencias ha sido un modelo. También creo que es importante informar a nuestros jóvenes en materia de educación sexual. Nosotros nos hemos comprometido a presentar al Parlamento un plan de educación y formación en sexualidad que pretende informar a los jóvenes de forma exhaustiva y realista. La mayoría de los abortos que se producen se podrían haber evitado con una política de información más valiente. Esa es nuestra intención.

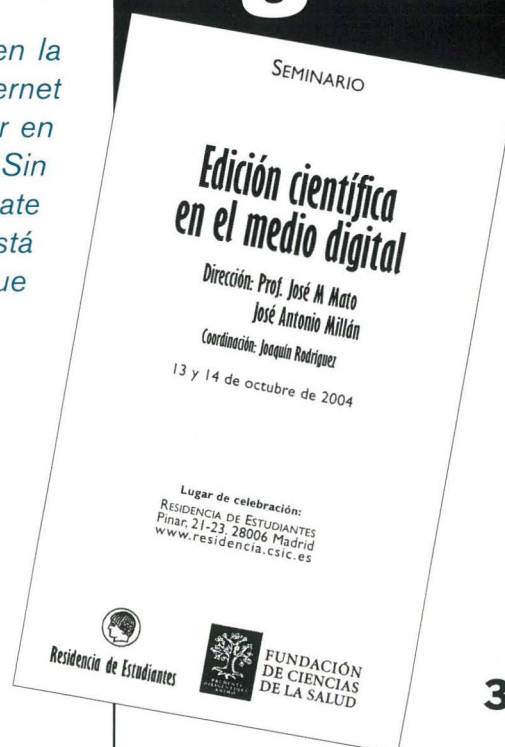
De los proyectos que su departamento tiene previsto acometer ¿cuál le ilusiona especialmente?

Lo más ambicioso es mejorar la asistencia al ciudadano mejorando la situación de los profesionales, desarrollando su carrera profesional unida a un marco retributivo homogéneo y realista... El beneficio para los profesionales se traducirá en una mejoría para el ciudadano. Tal vez es el objetivo más complejo, pero también uno de los más importantes.

Edición científica en el medio digital

La edición electrónica ha supuesto un importante cambio en la difusión de los conocimientos. El CD-ROM, el DVD e internet han creado nuevos espacios y nuevas formas de comunicar en un entorno diferente, al que es necesario adaptarse. Sin embargo, el engranaje ya ha comenzado a chirriar. El debate sobre si el acceso a las publicaciones debe o no ser libre está sobre la mesa, y con él un nuevo modelo de comunicación que obliga a renovar otros caducos para muchos.

Public Library of Science, una asociación de científicos de ciencias biológicas y médicas, en el año 2001 propuso el libre acceso en internet a los artículos científicos, transcurridos seis meses desde su publicación en las revistas especializadas. La iniciativa, capitaneada por



doce investigadores, entre los que figura el premio Nobel Harold Varmus, lejos de quedarse en una mera sugerencia, supuso un auténtico revuelo. Por un lado, las tremendas posibilidades de la red permitían esa propuesta desde un punto de vista tecnológico; por otro, las editoriales científicas ya se habían lanzado a colgar sus revistas, pero se resistían a que la difusión fuera siempre gratuita.

Desde entonces, las cosas no han cambiado demasiado y, de hecho, aún queda pendiente la gratuidad de los artículos, pero los avances tecnológicos han permitido enriquecer el caleidoscopio de prestaciones que supone la edición digital: almacenamiento, accesibilidad, regularidad, visualización, facilidad de búsqueda y, sobre todo, rapidez en la difusión de los hallazgos.

A pesar de estas evidentes ventajas, se trata de un nuevo modelo que convive todavía con el tradicional y aún quedan muchos cabos por atar. En este contexto se celebró el pasado mes de octubre un seminario sobre edición científica en el medio digital. José María Mato, director de Programas de Investigación y Ciencia de la Fundación de Ciencias de la Salud, coorganizador junto a la Residencia de Estudiantes de la jornada, aseguró que la difusión de los contenidos científicos es "vital" porque permite la comunicación inmediata del conocimiento entre los investigadores de todo el mundo. "La ciencia es una empresa colectiva -afirmó- requiere de la comunicación de unos con otros y sin mecanismos para transmitir esta comunicación no habría ciencia".

La revista científica se mantiene en el formato que conocemos desde hace 300 años. Al aparecer el medio digital los científicos se apuntaron inmediatamente para comunicarse entre ellos obteniendo así un acceso a la información que antes jamás hubieran imaginado.

Bajo esta premisa se entiende perfectamente lo que se ha venido llamando la "revuelta de los científicos", una postura que ha ido adoptando la comuni-

dad científica desde hace algunos años y que defiende que los frutos del trabajo de investigación deberían ser puestos al servicio de la comunidad de forma abierta, libre y gratuita.

La "revuelta" ha sido posible gracias a un avance tecnológico: la difusión general y barata que posi-

bilita la red. La incorporación de las telecomunicaciones al proceso de difusión del saber permite que los contenidos en formato digital sean reproducibles a un precio ínfimo sin merma de calidad. Un nuevo modelo que rompe con un extraño círculo al que se ha

referido en otras ocasiones José Antonio Millán, filólogo y escritor, especialista en nuevas tecnologías: "las universidades y los gobiernos subvencionan las investigaciones, los científicos crean sus obras, las editoriales criban la producción (con la colaboración gratuita de miembros de las instituciones científicas), la difunden, y las universidades y las bibliotecas pagan por consultar lo que han pagado ya. Un extraño viaje de ida y vuelta".

Nuevos sistemas de edición

La "revuelta" tal vez no haya triunfado como hubieran querido sus promotores, pero ha propiciado nuevos sistemas de edición científica. Las experiencias de Biomed o de la *Public Library of Science* (PLOS) son un ejemplo de ello. José Antonio Córdón, profesor titular de la Facultad de Traducción y Documentación de la Universidad de Salamanca, destacó como ventaja indiscutible de la edición digital la posibilidad de actualizar la edi-

La "revuelta de los científicos" defiende el acceso abierto, libre y gratuito a los frutos de la investigación

ción hasta el último momento, justo antes de difundirla. Y esta característica es especialmente interesante en el caso de la comunicación científica pues los nuevos procesos de edición consiguen una mayor accesibilidad a la información además de garantizar un riguroso control del contenido.

Pero también existe un proceso que ha permanecido inalterable durante cientos de años: los investigadores someten los resultados de su trabajo a editores científicos que los revisan e integran en un proceso de edición en papel: corrección, composición, impresión y distribución. En el caso de la edición electrónica estos pasos se alteran evitando las servidumbres de todo proceso de producción editorial. El autor es en ese caso el responsable directo.

Sin embargo, y a pesar de lo novedoso, la edición digital no supone un cambio de modelo, sino la coexistencia con otro que ha funcionado durante cientos de años. Esto supone, destacó Cordón, la aparición de dos filosofías, en algunos casos contrapuestas o, incluso, antagónicas. En un lado, los objetivos de toda publicación científica: difusión de los trabajos de investigación y, con ello, la obtención de reputación, premios, promoción, etc. En otro, la visión comercial cuyos fines son maximizar el valor los contenidos que se gestionan y controlar el acceso a la información incrementando los beneficios.

La libre consulta de los trabajos de investigación beneficia, en primer lugar, a los científicos pues el artículo en acceso abierto tiene más posibilidades de ser citado por parte de los miembros de la comunidad científica que el que se sitúa en medios convencionales. Pero por el momento, terminó, son los editores convencionales los que siguen controlando el mercado de la edición científica.

Por el acceso libre a la ciencia

Este movimiento de acceso libre (*Open Acces*) surge, según Elena Fernández, del Centro del Departamento de Información y Documentación Científica del CSIC, motivado por distintas razones. La primera, el alto precio de las revistas científicas, lo que ha obligado a muchas bibliotecas a cancelar suscripciones. La segunda, por la demora de tiempo que sufren las publica-

ciones desde el momento en que un científico envía su artículo hasta que sale publicado. La tercera, por el llamado "periodo de embargo" que ralentiza que esos conocimientos salgan a la luz. Por último, internet posibilita que los investigadores no tengan que someterse a las reglas estrictas de la edición en papel. Los autores se convierten de esta forma editores.

En contra del Open Acces se esgrimen argumentos como que las artículos pierden calidad y desaparece la homogeneidad y equilibrio de las revistas tradicionales. Pero más allá de las críticas, la edición digital gana terreno y ha necesitado un nuevo marco legal, sobre todo una adaptación de los derechos de propiedad intelectual.

Ramón Casas Vallés, profesor de Derecho Civil de la Universidad de Barcelona y Árbitro de la Comisión Mediadora y Arbitral de Propiedad Intelectual, aclaró en este sentido que "la Ley Española de Propiedad Intelectual declara proteger las obras literarias, artísticas y científicas y esto a veces se traduce en el equívoco de considerar que el derecho de autor protege a la ciencia en sí misma". Pero no es así, las obras científicas, en cuanto a su forma de expresión, no son sino obras literarias, plásticas, audiovisuales, informáticas, etc. y

sólo la forma de expresión puede convertirse en objeto de propiedad intelectual.

De esta forma, el científico se enfrenta a dos grandes principios del derecho de autor: la separación entre forma y sustancia (no hay propiedad sobre ideas, hechos, datos...) y la exigencia de originalidad expresiva poco compatible con conceptos como exhaustividad, funcionalidad o fidelidad a lo real. El juego combinado de esos principios hace que lo que más valora el científico (el descubrimiento, los hechos, los datos) escape a las redes del derecho de propiedad. La ciencia queda al margen de la batalla, no debe existir una propiedad sobre la ciencia.

Mientras que la investigación esta en curso, los descubrimientos se protegen mediante el secreto, pero tras su divulgación ya no cabe el discurso

Nuevos bibliotecarios

Con la aparición de las nuevas tecnologías de la información, el modelo de bibliotecario "clásico" convive con otro nuevo. Miguel Jiménez, de la Residencia de Estudiantes, describió estas nuevas funciones. El bibliotecario es cada vez más un mediador de acceso a recursos. En la biblioteca híbrida (digital y papel) adquiere derechos de acceso a la información y se convierte en un gestor de nuevos recursos. Antes, el bibliotecario compraba la información, pero no firmaba contratos ni licencias, pero ahora debe conocer las licencias de autor y los derechos de reproducción.

Una de las experiencias más novedosas en la adquisición de revistas electrónicas para bibliotecas es la del Consorcio Madroño. Azucena Blanco, una de sus responsables, definió su objetivo fundamental: la mejora en la calidad de los servicios a través de la cooperación interbibliotecaria. El Consorcio Madroño agrupa a 6 universidades públicas de la Comunidad de Madrid. Su función es crear y gestionar el catálogo colectivo de las bibliotecas del Consorcio de manera que se incremente la efectividad de la investigación y de la enseñanza al aumentar los recursos bibliotecarios disponibles de forma inmediata. De esta manera se incrementa la productividad científica al mejorar el acceso de la comunidad universitaria.

so exclusivo y la ciencia pasa a ser del dominio público sin perjuicio de asegurar al científico el reconocimiento de su paternidad.

La debatida propiedad intelectual

La persona física que crea una obra ostenta sobre ella, por ese simple hecho, la propiedad intelectual. El autor adquiere un conjunto de facultades o derechos morales y económicos que le otorgan el

control sobre su obra. Ese control es casi absoluto mientras que ésta permanece sin divulgar, pero tras la difusión entran en juego excepciones y

limitaciones que controlan la utilización de la obra, por ejemplo, para citar, reproducir, para préstamo bibliotecario, etc.

Ramón Casas reconoció que los científicos necesitan la ayuda de un editor para publicar. "Los editores, ayudados por representantes cualificados de la comunidad científica, escogen lo que merece publicarse, invierten dinero en hacerlo, se ocupan de asegurar la difusión de las obras e intentan obtener beneficios con su actividad. Hay que llamar la atención sobre la multiplicación del número de las publicaciones, la concentración de las mismas

en unos cuantos grupos y el constante aumento del precio de las suscripciones".

La revolución digital podría cambiar este estado de cosas. Cualquier obra puede expresarse en lenguaje digital con la consecuente facilidad de copia y a unos costes muy reducidos. Estos cambios han conducido a una redefinición del contenido tradicional de los derechos de autor, muy en particular el derecho de reproducción pues en el soporte de la Red, para leer es necesario copiar.

Sobre los aspectos contractuales de la creación, producción y difusión de contenidos científicos en soportes digitales habló Fernando Carbajo, profesor de derecho de la Universidad de Salamanca. En este campo, la cesión de derechos de propiedad intelectual siempre es limitada. Nuestra ley especifica que se concrete qué modalidad de derecho se cede, algo que en la práctica se hace pocas veces porque la cesión suele ser total. Según la ley, publicar es la divulgación que se hace a través de un número de ejemplares suficientes para satisfacer de forma razonable las necesidades del público. El autor cede al editor los derechos de edición, reproducción y distribución.

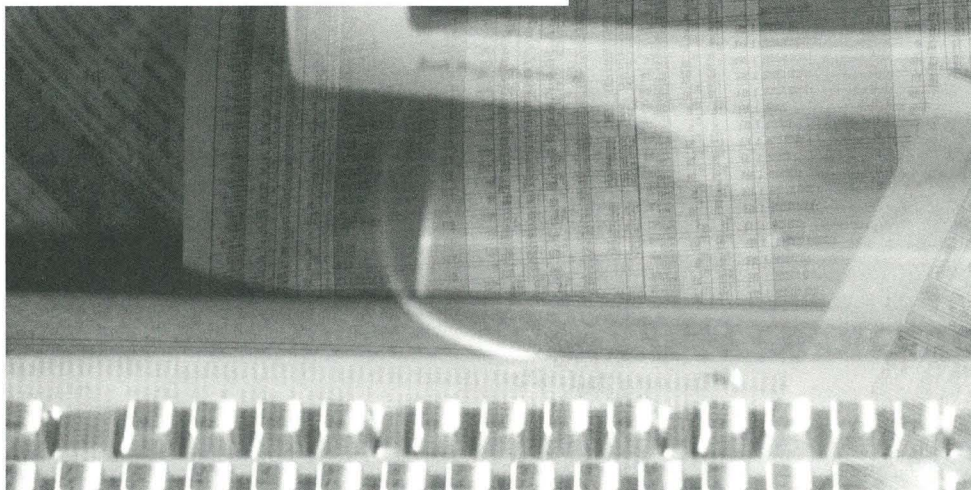
Como la edición *on line* no tiene ejemplares, obliga a una importante modificación en los contratos de edición. En esta situación, ¿qué ocurre con la edición electrónica realizada por parte de un editor de

obras preexistentes en un formato tradicional si se hace sin autorización del autor? En EE.UU. ocurrió con una serie de columnistas cuyos textos periodísticos se recopilaron en un CD. En primer lugar, los jueces dijeron que no había delito. Los autores apelaron y la solución fue la contraria. El periódico donde escribían contrató los derechos a reproducir en papel, pero no en formato digital. El tribunal supremo confirmó esta decisión.

En cuanto a la cesión de contenidos en la red, es evidente que el comercio electrónico ha modificado el concepto de uso y compra. Se consumen bienes intelectuales y no importa tanto la propiedad de esos bienes como el disfrute de los mismos. Lo importante no es comprar sino acceder a la obra literaria, película, pieza musical. Internet permite esta difusión libre, pero a la vez se plantea lo que ya está siendo el principal debate: propiedad intelectual versus difusión de la cultura. Para Carbajo se trata de derechos constitucionales interdependientes y no se puede hacer valer un modelo sobre otro.

La posibilidad de *Creative Commons*

Según su propia definición, *Creative Commons* es "una organización sin ánimo de lucro basada en el hecho de que no todos los titulares de propiedad intelectual quieren ejercer todos sus derechos sobre ella". La iniciativa se inspira en la filosofía del software libre y su idea es ofrecer un



modelo legal y una serie de aplicaciones informáticas que faciliten la distribución y uso de contenidos dentro del dominio público. Por ejemplo, un compositor podrá distribuir su música bajo una licencia que especifique los términos en que puede copiarse y utilizarse siempre que no tenga un fin comercial.

Actualmente todas las creaciones intelectuales tienen la protección de las leyes de *copyright* y, a la par, todas las restricciones añadidas. Emplear una obra específica supone obtener los permisos necesarios incluyendo pagos de *royalties*. Por esta causa, se dejan de llevar a cabo muchos proyectos. *Creative Commons* proporciona un sistema que automatiza la búsqueda de contenidos "comunes". El usuario puede encontrar una serie de obras y escoger la que más le convenga para su proyecto.

Javier Maestre, abogado del Bufete Almeida, utilizó un símil para definir en qué situación se encuentra *Creative Commons*. "Si por un lado tenemos a los capitalistas, que serían los que abogan por los derechos de autor, y por otro a los piratas más recalcitrantes, el movimiento de *Creative Commons* podría situarse en lo que sería la socialdemocracia de la propiedad intelectual". Para Maestre, los avances tecnológicos (la imprenta, internet, etc) suelen estar apoyados siempre al principio de su andadura por los poderes, pero cuando eso supone dar paso adelante en libertades, las cosas cambian. En España ocurrió así cuando se introdujo la imprenta. La primera ley libró a los imprenteros de impuestos, pero sólo 20 años después, los propios Reyes Católicos establecieron una norma mediante la cual los libros no se podían imprimir sin permiso de la Corona.

En la actualidad "los grupos de poder ejercen presión sobre los legisladores para que se impongan normas que les favorezcan a ellos y no a la mayoría". Su objetivo: defender un modelo de negocio. "Sin embargo -afirmó- internet posibilita que cualquiera puede tener una imprenta y un canal de distribución a escala mundial. Y a esto hay que añadir que la historia nos demuestra que el autor y su creación nunca ha sido el valor más importante". Por ejemplo, en un incunable se valoran y se valoraban las ilustraciones, el material con que se había trabajado, pero no lo que allí se decía. La novedad es que a medida que el soporte ha perdido valor, el protagonismo lo han asumido los canales de distribución.

En la actualidad, la situación que nos encontramos es que el medio pierde importancia y avanza enormemente la posibilidad de la copia. Pero la ley pena poseer las herramientas necesarias para la copia privada "con el objetivo de perpetuar un modelo de negocio obsoleto", concluyó.

Nuevas formas de explotación

A medio camino entre el *Creative Commons* y la edición tradicional se encuentran algunos nuevos modelos de explotación comercial de contenidos en la red. Cristina de la Peña, Directora Técnica de Ebsco, habló del modelo desarrollado en su empresa. Todo lo que hace Ebsco se puede vender a través de la red. No se ofrece un catálogo, sino el propio producto. Los contenidos que maneja en enormes bases de datos son una herramienta importante para las bibliotecas pues acerca el trabajo de miles de editores digitales.

Mantener actualizada su base de datos es uno de los objetivos más importantes de esta empresa.

En estas bases ya no sólo se incluyen revistas académicas sino otro tipo de literatura muy importante en algunos sectores. Ebsco está presente en casi todas las Universidades americanas, hospitales y escuelas de negocios.

La creación de una red de conocimiento global que permita la difusión del conocimiento científico en el medio electrónico es un deseo incuestionable para los científicos, pero según Carmen Vidal Perucho, Directora del CINDOC, no se puede considerar una forma de comunicación estable en todos los casos.

La edición de las revistas científicas en soporte electrónico es imparable y todas deben plantearse desarrollar una edición electrónica que conviva con el papel. Pero debería garantizarse la estabilidad del acceso y mantener parámetros de calidad. Los organismos académicos o de investigación deben ocuparse de "librar al investigador de las trabas para la publicación" afirmó.

La transferencia de tecnología también tiene su lugar en la red. El anterior Ministerio de Ciencia y Tecnología propició la rápida transmisión de los avances científicos a las empresas. Y a esto hay que añadir que los empresarios también acuden directamente a las fuentes y mantienen contacto personal con los investigadores.

La necesidad de crear un espacio global, terminó Carmen Vidal, se hace evidente si tenemos en cuenta que los científicos sufren más presión para publicar y las editoriales tienen, a su vez, mayores costes de edición. Acceder a los trabajos de investigación es cada vez más costoso a causa de las cuotas de suscripción, lo que hace pensar en la necesidad de seguir trabajando en la búsqueda de nuevos modelos de edición en un mundo cada vez más rápido y global.

El seminario *Edición científica en el medio digital* se celebró en Madrid, en la Residencia de Estudiantes, los días 13 y 14 de octubre de 2004.



José A. Millán (izda.) y José M. Mato (dcha.)

Los resultados de EDICIENCIA

El análisis de la difusión digital de los contenidos científicos en las universidades españolas es el objetivo del trabajo englobado en Ediciencia. Los primeros resultados expuestos por Joaquín Rodríguez, coordinador del proyecto, evidencian que de las 70 universidades españolas sólo 15 han comenzado a practicar alguna modalidad de edición electrónica. No existe una estrategia establecida de difusión de contenidos, ni tampoco una reflexión sobre cuáles deben ser los canales posibles de edición.

Ediciencia se sitúa como un material de gran ayuda para iniciar esta labor. Se abordan los aspectos jurídicos a tener en cuenta en la edición digital, las especificaciones tecnológicas, los aspectos relacionados con la normalización de las publicaciones científicas y termina con un material sobre el análisis de buenas prácticas en este tipo de edición.

Ediciencia pretende animar a los agentes de la comunidad científica a que se apropien de las herramientas necesarias para editar de forma digital.

una historia americana

1 Parece un cuento, pero he visto la foto del personaje principal, Weldon Kees (1914-¿1955?), poeta y artista americano. Está sentado en los escalones de la entrada a su casa, en Denver, donde fue bibliotecario seis años, antes de huir a Nueva York. Es el 22 de junio de 1941, y Kees lee el *Denver Post*: "Hitler declares war on Russia", dice el gran titular de portada. Y hay otro titular más abajo, menos visible, que anuncia el suicidio de un político en un hotel. Tenía Kees cierta predisposición al suicidio, y, tres meses después, una noche, cenando en casa del médico y poeta William Carlos Williams, en Rutherford, Nueva Jersey, cuando Williams citó un poema de Kees que hablaba de "los despegados, los que sin darse cuenta se apartaron", publicado en el último número de la revista *Poetry*, Kees recordó su libro de Williams preferido, ése donde el poeta-pediatra-ginecólogo dice que el tipo perfecto del hombre de acción es el suicida.

Cuando, el 18 de julio de 1955, la policía se hizo cargo del coche de Weldon Kees, abandonado en el aparcamiento de un puente monumental, el Golden Gate Bridge de San Francisco, sólo encontró, en el asiento trasero, una bata blanca del hospital psiquiátrico Langley Porter, donde Kees trabajaba como colaborador fotográfico-cinematográfico del doctor Jurgen Ruesch y del antropólogo Gregory Bateson. Otro coche quedó aquel 18 de julio en el aparcamiento del puente: el del vendedor Joseph R. Eppler, que dejó una nota para explicar que los negocios iban mal y le pesaba tirarse desde el puente, por lo que pedía perdón. Rescataron de las aguas el cadáver de Eppler, pero Weldon Kees no apareció nunca.

Aunque lo más probable es que se matara voluntariamente aquel día, un matrimonio amigo sostendría luego, casi con absoluta seguridad, que había cenado con Kees el 18 o el 19 de julio, y recordaban la conversación, inclu-

so aquello de lo que no habían hablado: de la mujer de Kees y su reciente divorcio. Pocos días después, otro amigo se cruzó con Kees en la biblioteca de Santa Bárbara, y Kees, en contra de su costumbre, estuvo seco y poco simpático. Fue un Kees rarísimo, si fue Kees. Y alguien lo vio bebiendo, un poco turbio, en un bar de México, y, en 1962, entró resplandeciente en un concierto de clarinete en Nueva Orleans. ¡Weldon!, lo llamaron, pero ya no estaba. Había sido un joven y admirado poeta en Nueva York, elegantísimo, celebrado por Malcolm Cowley y Truman Capote. Y, en el momento de la explosión del arte abstracto, se transmutó prodigiosamente en pintor prometedor, con Pollok, Motherwell, Rothko y De Kooning, y firmó manifiestos y artículos combativos en *The Nation* y *Partisan Review*, y poemas humorísticamente desolados en el *New Yorker*. Alfred Kazin dijo que Kees, además de ser infeliz hasta extremos insondables, albergaba la fantástica ambición de convertirse en los años cuarenta en un escritor de los años veinte, la Edad del Jazz. Y Truman Capote le dijo en una fiesta: "Weldon, ¿por qué huyes del éxito?".

2 Fue pianista de jazz, crítico de cine en *Time* y guionista de noticiarios para la Paramount. Pacifista en la Segunda Guerra

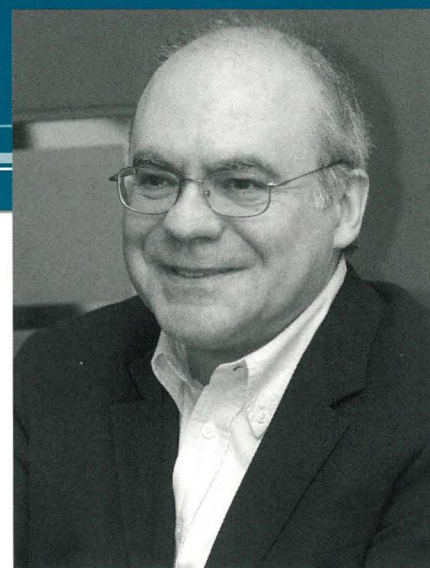
JUSTO NAVARRO

Escritor

Mundial, consiguió ser declarado inútil para la milicia, pero acabó haciendo películas de propaganda bélica. Produjo reportajes cinematográficos sobre Hiroshima y las pruebas con bombas atómicas en el atolón de Bikini. Se dedicó a la pintura abstracta exactamente en el primer momento de la Guerra Fría, cuando todo americano era sospechoso de comunismo y espionaje y George Dondero, congresista republicano por Missouri, condenó el arte moderno como destructor de la moral nacional: las pinturas abstractas serían mapas cifrados que revelaban al enemigo soviético la localización geográfica de las instalaciones militares estadounidenses. Entonces Weldon Kees, que siempre padeció un fabuloso desasosiego, huyó de Nueva York en la primavera de 1948, en un coche viejísimo que le vendió el también abstracto Mark Rothko.

Kees fue uno más entre los incontables pintores abstractos de la época, pero fue un poeta excepcional, entre los principales de su generación, como Elizabeth Bishop o Robert Lowell, aunque nadie se daba cuenta. Había publicado sus versos en las más importantes revistas, y en sus dos libros, *El último hombre* y *El crepúsculo de los magos*, concilió, con productiva incoherencia, la maestría clásica y el desquiciamiento contemporáneo, horror y humor métricamente anudados. Vivía en una época especial, de secretos y amenazas atómicas, y Ann Swan, su mujer, andaba alcoholizada, obsesionada con que el FBI la seguía y le controlaba la correspondencia y el teléfono. Kees estaba en 1950 en Texas, haciendo documentales para el Ejército, *Cómo construir un iglú*, por ejemplo. "Cada proyecto es como una visita al dentista", dijo. Recibía una y otra vez, devuelto, el original de una novela suya de 1940 que siguió siendo rechazada por los editores hasta 1990.

Kees fue uno más entre los incontables pintores abstractos de la época, pero fue un poeta excepcional, entre los principales de su generación



3 Entonces, en 1950, Weldon y Ann se fueron a San Francisco, donde Kees aprendió a manejar la cámara de 16 mm y trabajó en proyectos científico-cinematográficos para la Universidad de California y el hospital psiquiátrico Langley Porter. Filmó películas sobre la interacción entre madres e hijos, o sobre la interrelación entre gestualidad y oralidad en los esquizofrénicos, al servicio del psiquiatra vienés Jurgen Ruesch y el antropólogo Gregory Bateson. Escribió la música para un cortometraje de vanguardia, y las revistas empezaron a rechazarle poemas. Su amistad con el gran James Agee, en aquel tiempo guionista de *La reina de África* para John Huston, lo llevó a vislumbrar el resplandor monetario de Hollywood, y proyectó una película con

un productor turco sobre espías en Estambul. Douglas Fairbanks Jr. iba a ser el protagonista de la película que nunca existió. La vida en California tenía, según Kees, una serenidad especial. El

buen vivir se resumía en un domingo de hombres que lavaban el coche en el jardín.

Un día de 1952, conduciendo de Berkeley a Port Richmond, Kees descubrió un barrio deshabitado, en

demolición para construir una autopista. Aparcó, exploró las casas muertas, eligió un edificio de dos plantas, el *Hotel Apex*. Recorrió escaleras, habitaciones y pasillos vacíos. Pensó en los antiguos huéspedes, imaginó prostitutas y trabajadores de la refinería de petróleo. Pisó basura y cristales rotos. Volvió con la cámara de 16 mm y, aprovechando la luz que entraba por las ventanas arrancadas y los agujeros en los muros, rodó 300 metros de película, el legendario cortometraje *Hotel Apex*. La banda sonora es el concierto para violín, piano y trece instrumentos de viento de Alban Berg. El espectador, según la crítica, tiene la impresión de pasear por una galería de fotos: Kees registró la inmovilidad del abandono. Un gorrión salta en las últimas imágenes.

4 El doctor Ruesch tuvo entonces una idea. Pensó que la disposición de los objetos en las viviendas, el orden y el desorden doméstico de todos los días, entrañaba un universo de mensajes emitidos por sus habitantes. Jurgen Ruesch y Weldon Kees publicarían en 1956 el libro *Nonverbal Communications: Notes on the Visual Perception of Human Relations* (University of California Press, Berkeley), para el que Kees hizo cientos de fotos en interiores de casas californianas, en los mismos días en que escribía canciones invendibles, y hablaba por la radio de películas y música, y quería abrir un teatro y una escuela de cine, y se aburría profundamente, como las nutrias que filmaba en el zoo con el antropólogo Bateson, estudioso del juego en niños y animales. Kees, muerto de aburrimiento y sin sosiego, se convirtió en fanático de las anfetaminas, amigo de músicos, que son "benzedrina, alcohol y devoción en estado puro". Le rechazaban poemas, y olvidó los poemas. Planeó otra película de espías, la historia de una periodista paranoica, que cree ser perseguida y es perseguida, con LSD y CIA y KGB en la trama, *Hot jazz & liquor & dames*, y filmó otro corto, sobre un faro en la bahía de San Francisco, un lugar donde volverse loco de soledad. Un día después, en septiembre de 1954, Weldon Kees se divorció de Ann Swan.

La vida en California tenía, según Kees, una serenidad especial. El buen vivir se resumía en un domingo de hombres que lavaban el coche en el jardín

Estaba a punto de desaparecer. El teatro, que iba a inaugurarse con una obra (*Sala de espera*) escrita por Kees para la ocasión, fue cerrado por inspectores del Servicio de Bomberos, avisados por un magnífico reportaje sobre el estreno inminente. Kees terminó el documental sobre las nutrias, estudió las estadísticas de suicidios desde el Golden Gate Bridge y los mensajes de suicidas en los archivos del hospital psiquiátrico Langley Porter y, el domingo 17 de julio de 1955, le confió a su amigo íntimo y socio teatral y radiofónico Michael Grieg su proyecto de irse a México o saltar desde el puente. El lunes 18 llamó por teléfono a unos amigos que no pudieron hacerle mucho caso porque en ese momento salían para el aeropuerto, a recoger a una tía. Kees sólo quería despedirse: se va a vivir a México. ¿Lo dice en serio? Los amigos recuerdan que Kees tenía la costumbre de llamar por teléfono muy temprano.

5 El lunes 18 de julio de 1955 apareció en la revista *The New Republic* el último artículo de Weldon Kees: "Cómo ser feliz: capítulo 1053". Kees escribía: "En nuestra presente atmósfera de desconfianza, violencia e irracionalidad, con tantos seres humanos matándose a sí mismos, literalmente o simbólicamente..." La policía encontró abandonado en el

puente el coche de Kees, del que, unos días antes, había pagado el último plazo. Era un hombre muy cumplido. Su padre, John Kees, fabricante de ferretería en Nebraska, jubilado, hijo de alemanes, no entendía que Weldon pudiera haberse matado sin

CON MANO **ajena**

dejar una nota de despedida para su madre, Sarah Lucy Green, una genealogista aficionada que había descubierto ser descendiente de los primeros peregrinos llegados al Norte de América en el Mayflower, y de los antiguos reyes ingleses, los Plantagenet, y miembro de la Society of Magna Carta, la Asociación Americana de Descendientes Reales, las Hijos e Hijas de Peregrinos, y las Hijas de la Revolución Americana. John Kees, el padre de Weldon, no entendía que su hijo no hubiera dejado una explicación para su madre antes de tirarse desde el puente de San Francisco.

Weldon no podía haber olvidado escribir una carta para su madre, decía John Kees, a no ser que hubiera perdido la memoria. Y, probablemente, ése fuera

Puesto que no existía cadáver, y el presunto suicida no había dejado documentación ni objetos personales dentro del coche, la policía no aceptaba la tesis del suicidio

el caso. Su hijo había dejado el coche en el aparcamiento del puente, había perdido la memoria, vagaba por el mundo víctima de la amnesia. Puesto que no existía cadáver, y el presunto suicida no había dejado documentación ni objetos personales dentro del

coche, la policía no aceptaba la tesis del suicidio. Pero Ann Swan, antigua Ann Kees, dijo que Weldon era un especialista en suicidios decidido a engañar a la policía. El caso es que, en 1961, durante un crucero a Hawai y Australia, John y Sarah Kees creyeron ver a Weldon en la cubierta de un barco que se alejaba del puerto de Sidney. Era, por lo menos, un hombre semejante a Kees, y como Kees se iba, se iba otra vez, ajeno a las llamadas de los suyos, exactamente seis años después de su desaparición. Y seis años era el tiempo que Weldon Kees solía aguantar en un sitio.

Fuentes

James Reidel. *Vanished Act. The Life and Art of Weldon Kees*. University of Nebraska Press. Lincoln and London. 2003.
Weldon Kees. *The Collected Poems of Weldon Kees*. University of Nebraska Press. Lincoln. 2003.

Weldon Kees (1914-¿1955?)

Asociaciones de pacientes, los valores y la información

La Sanidad es la política pública de mayor prioridad para los ciudadanos. Así lo muestran los resultados del Barómetro Sanitario 2003.

Además, cuando se desgranar los datos allí recogidos, se pone de manifiesto que las cuestiones que menor grado de aceptación concitan entre la ciudadanía son las relativas a la información sobre derechos, programas y reformas.

En este espacio vacío es donde cobran sentido las asociaciones de pacientes como elementos de articulación de los ciudadanos. Pacientes que piden sus derechos desde una triple dimensión: información sobre sus patologías, participación y capacidad de influencia en la toma de decisiones en la política sanitaria.

Las asociaciones de pacientes son bastante recientes en nuestro país, pero a pesar de su juventud, existen más de 1.500. Se trata, sin duda, de

Las asociaciones de pacientes son bastante recientes en nuestro país, pero a pesar de su juventud, existen más de 1.500 en España

un colectivo emergente que plantea cada vez más demandas. Un aspecto que no se puede obviar es que de los aproximadamente 19 millones de ciudadanos que presentan algún nivel de padecimiento crónico, al menos (o solamente) un 3% forman

parte de este tejido asociativo. Sin duda alguna estas cifras nos permiten comprender ciertas debilidades.

El marco asociativo en nuestro país presenta un perfil bastante concorde. La mayoría son grupos de reciente creación, con poca experiencia

de gestión, con objetivos difusamente establecidos, con alta desagregación y notable atomización geográfica.

Las principales demandas que los pacientes formulan acerca de su enfermedad permiten visualizar sus prioridades. La primera (46%) se refiere a la necesidad de disponer de más y mejores tratamientos; un 42% reivindican más investigación; un 36% acabar con las listas de espera; y, en cuarto lugar, un 32% pide más información sobre su enfermedad. El resto de los porcentajes se refieren a necesidades de escasa repercusión.

¿Crisis del vínculo médico-paciente?

Con el fin de compartir una visión general del mundo de la asociaciones -asumiendo el riesgo que toda simplificación lleva implícita- y las actividades que éstas desarrollan se pueden establecer tres grupos, no excluyentes:

- asociaciones cuya prioridad es la información, la educación, y todos aquellos aspectos encaminados a la autoayuda.
- asociaciones cuya actividad prioritaria se centra en el fomento de la investigación científica aplicada.
- asociaciones de carácter vindicativo, cuyas

JESÚS M^a CASAL

Enfermero. Máster en Salud Pública. Master en Gestión de la Calidad. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

actuaciones se sitúan fundamentalmente en la defensa de los derechos de los pacientes desde la perspectiva judicial. En nuestro país, a pesar de las preocupaciones que suscitan en los ámbitos profesionales, no están aún muy difundidas.

La información primaria se produce en el encuentro médico-paciente y abre el círculo de la necesidad, un círculo que se cerraba sobre sí mismo hasta hace poco tiempo y que evidenciaba el estilo de esta relación.

Los pacientes se sienten protagonistas de su enfermedad y no meros convidados de piedra

Quizás, la pregunta que nos formulamos todos es si el vínculo médico-paciente, al margen de los papeles que tradicionalmente fueron asumidos, ha entrado en una abierta crisis.

Tal vez nos encontremos ante escenarios nuevos donde ni el profesional ni el paciente se encuentran especialmente cómodos. Hemos pasado de la "sacralización" del modelo paternalista, en el que apenas existía complicidad en aras de un presunto bien superior, a otro estadio donde el paciente presenta sus necesidades de



forma más explícita y activa, y busca respuesta a sus demandas. Es en este aspecto donde las asociaciones de pacientes y el entorno sociofamiliar tienen un papel crucial.

La autonomía y la corresponsabilidad frente al paternalismo y la relación asimétrica son el reflejo de una cultura que emerge de forma imparable y que, a pesar de las limitaciones escleróticas del sistema, avanza imparablemente hacia su derrumbe definitivo. Estamos lejos, pero aun con la licencia propia que el caso requiere, estamos más cerca.

La información como necesidad

Datos recientes insisten en que la tarea a la que más se dedican las asociaciones de pacientes es la información. Sólo un 11,9% de los pacientes buscan información adicional sobre su enfermedad y de

La situación en España

A partir de la Ley de Cohesión y Calidad del año 2003, la Administración española introduce a las Organizaciones de Pacientes como un agente decisorio más dentro del sistema sanitario y está especialmente interesada en desarrollar y regularizar este protagonismo, como ya lo hizo anteriormente con las ONG's.

A día de hoy, se trata aún de organizaciones dispersas, con escasa estructuración, objetivos poco definidos y para las que el número de afiliaciones sigue siendo reducido.

ellos, casi el 36% basan esa información en datos ofrecidos por sus familiares y amigos. Sólo un 2% reconoce hacer una búsqueda activa. Algo no funciona. Hay algo que nos sitúa en un escenario poco esperado o, quizás, insospechado. Posiblemente la visión asociativa sea la clave de estos encuadres, que, en el fondo, responden a un deseo de jugar un papel que no es el que se está asumiendo. Sería injusto no reconocer que, al margen de la maraña de siglas, de asuntos personales, de voluntarismos no altruistas, de intereses poco claros, también hay organizaciones serias, estructuradas y bien focalizadas que asumen un papel que, en muchos casos, no les es reconocido.

La información no es un valor objetivo, está sometida al complejo mundo de los intereses, en muchos casos legítimos, pero también este débil entramado

La información genera pacientes con criterio, pacientes que preguntan, que formulan sus expectativas y, por ende, reivindican

asociativo se encuentra limitado por la necesidad de supervivencia de la propia estructura.

Este aserto, especialmente rotundo, no pretende cercenar legitimidades sino señalar las debilidades que día a día se encuentran las asociaciones de pacientes, y que pueden condicionar tanto su nacimiento como su existencia y su desarrollo.

Protagonistas de su enfermedad

La información genera pacientes con criterio, pacientes que preguntan, que formulan sus expectativas, y, por ende, reivindican, pero sobre todo afrontan



CON MANO **ajena**

tan un posicionamiento activo respecto a su enfermedad de la que se sienten protagonistas y no meros convidados de piedra.

Los movimientos asociativos de los pacientes han tenido la lucidez y la capacidad de establecer alianzas estratégicas en Europa en poco tiempo. Sin

La modernización del tejido asociativo tiene una finalidad de futuro, hacer real la implicación de los pacientes en la organización de los Servicios Sanitarios

duda, se trata de una fórmula adecuada que puede aportar la solidez y capacidad de gestión de la que hasta el momento habían carecido.

El futuro de este movimiento asociativo será clave si tiene la capacidad de transformar sus modos de trabajo, si su independencia se consolida como un valor añadido y de credibilidad, si es capaz de establecer una relación dinámica y ágil con sus asociados, y si

consigue ser un elemento de impulso, soporte y ponderación ante las nuevas tecnologías. Porque a la postre, la modernización del tejido asociativo tiene que dar respuesta a una finalidad clara e inequívoca de futuro, que debe hacer real la implicación efectiva de los pacientes en la organización de los Servicios Sanitarios como una forma de afrontar la mejora de la calidad asistencial y la capacidad de respuesta del sistema ante nuevos escenarios llenos de incertidumbres.

La situación en Europa

En 2001 se constituye en el seno de la Comisión de la UE el *G-10 Medicamentos*, un grupo de alto nivel sobre innovación y suministro de medicamentos, integrado por dos representantes de la comisión y diez expertos de los ámbitos de la industria, los ministerios nacionales de sanidad, los organismos de seguridad social y las asociaciones de pacientes. Como resultado de los trabajos del grupo, se publica, en mayo de 2002 un Informe Final, con 14 recomendaciones para la acción, entre otras:

Recomendación 13. Financiación de los Grupos de Pacientes

La Comisión deberá plantearse la financiación básica de los grupos europeos de pacientes para que puedan participar de manera independiente en el debate y la toma de decisiones sobre cuestiones de salud en la UE

Responsables: la Comisión y los grupos de pacientes

Plazo: 2003-2008

Paralelamente, en enero de 2003, se crea el *Foro de Pacientes (FEP)*, una nueva voz que representa a los pacientes en Europa. Sus miembros, hasta la fecha trece organizaciones, son alianzas y federaciones a nivel europeo de organizaciones de pacientes nacionales.

Ciclo de Conferencias Con otra mirada

Raúl Guerra Garrido

PRESENTACIÓN FCO. JAVIER PUERTO

Hace ahora algo más de veinticinco años, a Raúl Guerra le concedieron el premio Eugenio Nadal por la *Lectura insólita* de "El Capital".

En esa época velaba uno sus primeras armas en la universidad, contento con una beca miserable, luego de haber finalizado los estudios de Farmacia y tras abandonar los de Filosofía y Sociología. Desde adolescente deseaba ser escritor, pero la tradición familiar, la profesión y el negocio del padre y del abuelo, me inclinaban hacia el camino de la botica. Acabé, de alguna forma, convertido en escritor y sin el negocio, pero esa es otra historia..

La obra de Raúl me brindaba un rayo de esperanza: podía uno haberse formado en Ciencias y convertirse en un magnífico novelista reconocido y laureado. La ilusión inicial se nubló

con una serie de dudas respecto al personaje.

Unos aseguraban que Raúl era farmacéutico. Otros le hacían químico de una industria pesada. Los más, simplemente escritor...

No sé...

La segunda incertidumbre me surgió con respecto a la procedencia de Guerra Garrido. Por su aspecto físico fuerte, por su carácter, a medio camino entre la timidez y la osadía, por sus ideas rotundas y por su fondo generoso, sentimental, con un sentido del humor y de la ironía a toda prueba, parecía el prototipo de la imagen del vasco, tal y como la entendíamos los castellanos. Sin embargo, algunos me dijeron:

- ¡Qué va, hombre! Es un maqueto. Extremeño, de Cáceres. - (Una de sus primeras obras se titula *Cacereño*.)

Otros, aparentemente más enterados, les corregían:

- Cacereño..., cacereño... ¡De Madrid de toda la vida!

Una compañera me aseguró:

- Es castellano, pero medio gallego.

No sé...

Otro día, en una tertulia, el enterado de turno me espetó:

- ¿Raúl Guerra Garrido? Ni se llama Raúl, ni Guerra, ni Garrido.

-No me digas, - le contesté-.

No sé...

Poco a poco, empecé a comprender que la Patria, las señas de identidad de Raúl, el Estado en donde se desarrolla su vida, es la Literatura. De ahí lo difuminado de sus señas de identidad personales.

En esa Patria recibió un merecido reconocimiento, hace algo más de veinticinco años, con la *Lectura insólita de El capital*.

El libro es excelente. Fácil de leer, entretenido y además comprometido con el problema de la tierra en donde vive, luego transformado en el suyo propio -de vida o muerte- y en el de todos los españoles.

El título, magnífico y sugerente. Desde luego, en esa época, era insólito leer *El Capital*. Todos lo poseíamos y citábamos, como hablábamos del *Ulises* de Joyce o del *Paradiso* de Lezama Lima, pero muy pocos leían esos libros, a no ser los de contenido marxista en los manualillos de Marta Harnecker. Más insólito aún es que los secuestradores de un industrial vasco lo hubiesen leído y se lo dieran como entretenimiento, o sutil forma de tortura, durante su cautiverio, para discutirlo con él. Sabemos hoy que aquellos jóvenes fanatizados, a lo mejor algún día leyeron *El Capital* pero, sobre todo se formaron en la lectura de *Mi Lucha* de Adolfo Hitler, acaso en los *Cánticos de Maldoror* o, más seguramente, en la aceptación ágrafa de consignas panfletarias y en la oscuridad de los cines en donde se proyecta *El Padrino*, la película que retrata a la mafia.

De una realidad beata, en poco tiempo pasaron al paganismo, pero no al paganismo civil, laico y responsable de la Ilustración, sino al paganismo de los indígenas prehistóricos, previo a los conceptos de compasión, prójimo o dignidad humana, en donde dioses terribles, innombrables e inexistentes, exigían cada noche un sacrificio humano para hacer salir el sol a la alborada y, de manera periódica, el riego de los campos con la sangre de los mejores, para asegurar su fertilidad. De todos esos pueblos apenas se conservan abandonados vestigios pétreos y misteriosos.

Algo de eso se vislumbraba en las páginas de este libro y todo se plasmaría en *La carta*, del mismo autor.

Comprometido con el análisis de la violencia, escribió también *Tantos inocentes* y las novelas negras *La costumbre de morir* o *Escrito en un dólar*.

Su obra no se reduce a ese lúcido compromiso. Guerra Garrido ha publicado una serie de novelas experimentales, de tanteo temático, sintáctico y gramatical y otras, maravillosamente entretajadas en la memoria y el senti-

miento, como el *Viaje a una provincia interior*, *El año del Wolfram*, finalista del Premio Planeta o *El otoño siempre hiere*; junto a ellas su *Castilla en Canal*, sus cuentos hispano americanos, en donde la lengua es un juguete más, sus ensayos o sus miradas al paisaje en *La muga en el horizonte*, completando una obra mágica y todavía en marcha. En el mes que entra saldrá a la luz su *Cuaderno Secreto*, publicado por *El Aleph*.

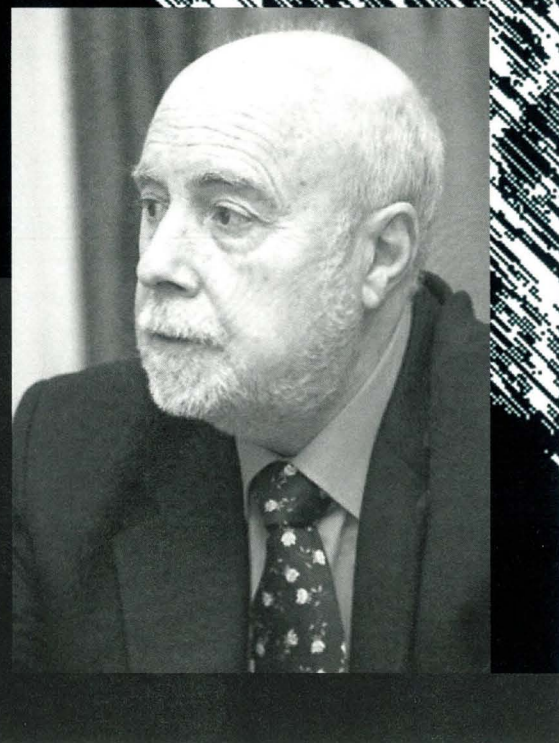
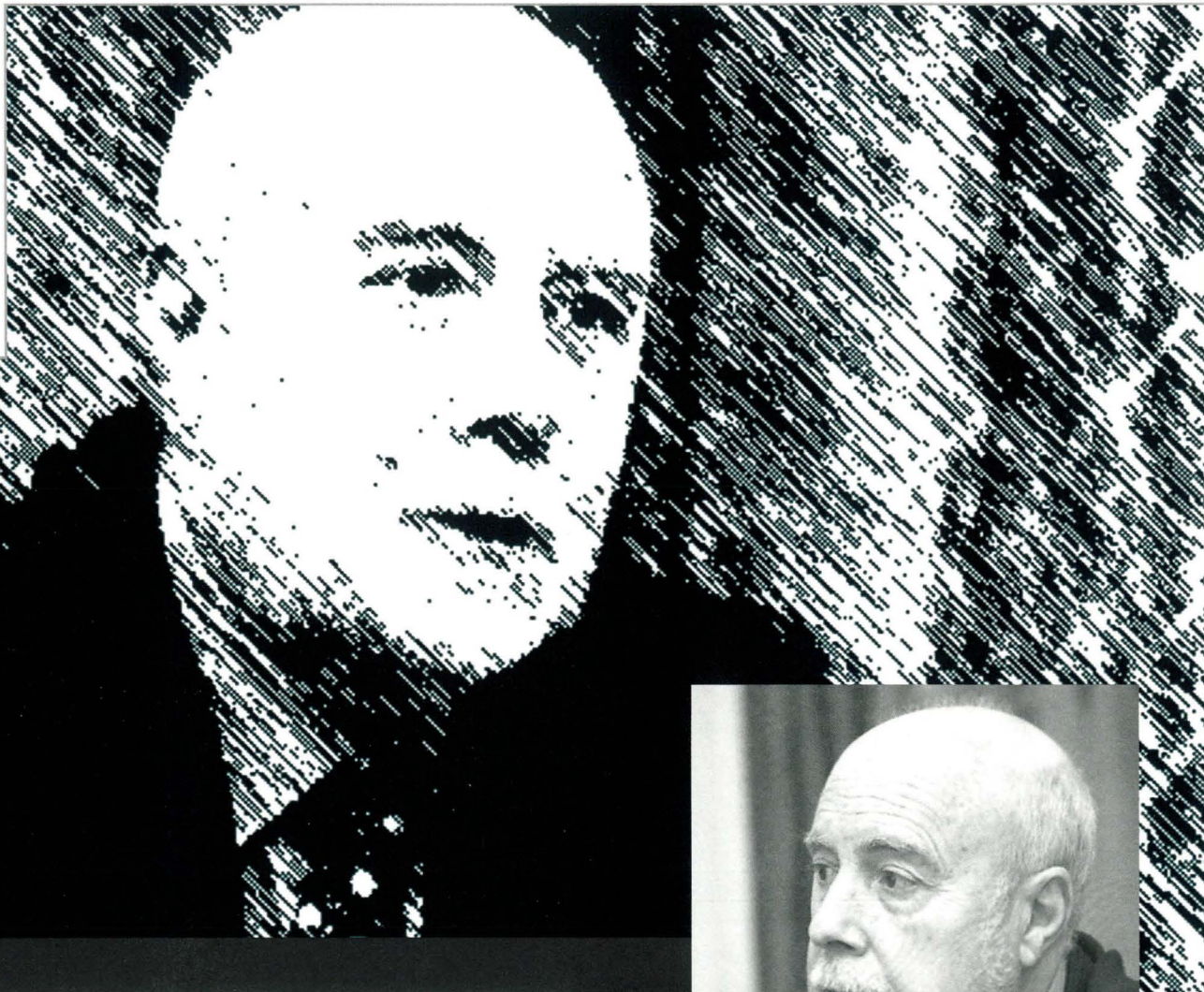
Con el tiempo me fui dando cuenta de que, para ser escritor no basta con redactar correctamente, ni con ser capaz de contar historias y encontrar quien te las publique. Para ser escritor la ortografía y la sintaxis son, en muchos casos secundarias. Para ser escritor hay que estar dispuesto a dejarte la vida, a jugártela en una jugada, tan rápida y al tiempo tan lenta, como lo es el parpadeo de ojos que dura una existencia humana. Por eso tan pocos tienen el pasaporte de la Patria de la Literatura.

En el caso de Raúl, no sé si allí nació, pero allí vive asentado con esfuerzo y sin desmayo. Por patriota de esa patria de papel y dignidad se ha jugado la vida en numerosas ocasiones y su juego, hace ya algunos años, ha dejado de ser una metáfora literaria para convertirse en una amenaza terrible e injustificable.

La Patria de Raúl es la Literatura y esa nación se asienta en el territorio de la Libertad, en donde otros muchos confluyamos desde ámbitos diferentes. La Patria de Raúl es de acceso difícil y esforzado. El territorio en donde se asienta, por el contrario, es abierto, acogedor y accesible a todas las gentes de buena voluntad.

Cuando los seres de torva mirada y entrañas de acero impiden el acceso a quienes quieren vivir en libertad, surge el miedo, una enfermedad o una respuesta sana a una violencia bárbara, del que Raúl Guerra Garrido va a hablarnos esta tarde.

Sería insólito, pero deseable, que todos pidiéramos asilo, personal y político, en el territorio de libertad y tolerancia en donde se asienta la Patria de Raúl Guerra Garrido.



El miedo

POR RAÚL GUERRA GARRIDO

CRÓNICA YOLANDA VIRSEDA

El Premio Nadal en 1976 le situó entre los literatos más reconocidos por la crítica y le animó a seguir escribiendo. También es farmacéutico, y desde su botica familiar veía con ojos críticos cómo su ciudad, San Sebastián, se llenaba de miedo. Víctima del terrorismo, la literatura se ha convertido en su forma de luchar. Ya no calla. Al miedo le responde con palabras.

El abuelo de Raúl Guerra Garrido era boticario en Cacabelos, un pueblo de El Bierzo. El escritor también es farmacéutico. Su

botica estuvo durante muchos años en el País Vasco. Allí vive y trabaja. Allí conoció el miedo.

Quizá no habríamos sabido de su pasado, ni de su abuelo, ni de las leyendas que escuchaba durante su infancia si la violencia no se hubiera cruzado en su vida. Los violentos quemaron la farmacia del escritor y, con ella, los papeles del abuelo José, sus recuerdos, la libertad del pasado... y del presente. Entonces publicó *Cuaderno secreto*, una especie de venganza literaria. No hay odio ni críticas en sus páginas. Sólo recuerdos.

Después vinieron más agresiones y el escritor decidió rebelarse contra la violencia desde la literatura. Hace ya tiempo que dejó su oficio familiar y sólo se dedica a escribir. Dice que "escribe para vivir y sobrevivir" y desde el territorio particular de la literatura defiende la libertad, aunque también ha sumado su voz al Foro de Ermua y se hace escuchar en toda página que defienda el derecho a opinar, a pensar, a decidir sin temor.

A pesar de los atentados contra el negocio familiar, Guerra Garrido sigue viviendo en el País Vasco, pero siempre encuentra una excusa para volver a León, aunque sólo sea en sus novelas. En su literatura hay un lugar mítico, que es el mojón que marcaba el Km. 400 de la N-VI de Madrid a La Coruña. En ese llano estaba la viña de su abuelo y es ahí donde comienzan muchos de sus relatos. Todavía se conserva. Y como la literatura, en los momentos difíciles es un buen refugio. Un remanso de tranquilidad cuando el miedo acecha.

Sobre el miedo y su influencia en la literatura habló Guerra Garrido en la conferencia que impartió dentro del ciclo *Con otra mirada*. El miedo como enfermedad del alma: "a uno le gusta considerar el miedo muy próximo al dolor. El dolor es un síntoma general importante pero nunca signo patognómico exclusivo; su carácter es anfibológico pues resulta positivo como señal de alarma (por ejemplo, de no quemarnos el agua caliente nos escaldaríamos en la ducha) y resulta tan

negativo como abominable cuando pierde esa característica y pasa a ser innecesario (así, el dolor en una parturienta o en un enfermo terminal de cáncer)". Pero lo más terrible es que el miedo puede hacer variar el curso de la historia puesto que

quien genera miedo marca un territorio de dominio. Mediante el uso del terror se genera un espacio de poder impune y ese es el objetivo de los terroristas". Pero el objetivo de su intervención era poner en evidencia el criminal uso

que se hace del miedo en el País Vasco "un problema - añadió- que me ocupa muchas horas y me preocupa todos los días del año".

La razón de la fuerza

Raúl Guerra Garrido escribe desde un Euskadi profundo, donde asumir la democracia más cotidiana exige enormes dosis de coraje "porque la razón de la fuerza se impone diariamente a la fuerza de la razón y una mentira, por aberrante que sea, repetida un millón de veces por un individuo con un arma en la mano, termina siendo una verdad aceptada por el grupo". Este grupo vive asustado y desde hace años reacciona a continuos estímulos de terror mediante lo que el escritor denomina un mecanismo de defensa a medio camino entre los síndromes del avestruz y el de Estocolmo.

De tanto repetir la violencia, ésta parece haberse convertido en un derecho; de tanto callar por miedo, los violentos terminan por creer cómplices a quienes viven amedrentados. Es la socialización del miedo: "el miedo se instala en el cuerpo social y decide todo un código de comportamientos camuflantes, una forma de entender la vida bajo la amenaza a sos-

layar, hay una moda del miedo, una arquitectura del miedo, unas diversiones del miedo, hasta una literatura del miedo (por ejemplo, esta conferencia), unas características que terminan imponiéndose hasta en el paisaje. Ya tenemos un paisaje del miedo definido en paredes pintarrajeadas y sudarios intocables, sábanas con esotéricos mensajes que únicamente las

"En circunstancias difíciles, el ejercicio de la libertad de expresión requiere coraje y el vencer la autocensura una dosis extra de nobleza"

inclemencias meteorológicas se atreven a descolgar. Es la socialización de la violencia sin utopía".

ETA fabrica miedo y el miedo produce silencio. A veces, un silencio que explota con fusil en mano, y entonces los terroristas encuentran la coartada para pasar de ser verdugos a víctimas y de esta manera socializar y justificar definitivamente su violencia.

Para el escritor, la libertad comienza en las palabras: "En circunstancias difíciles, el ejercicio de la libertad de expresión requiere coraje y el vencer la autocensura una dosis extra de nobleza". Aunque ya se han alzado voces, para Guerra Garrido opinar en Euskadi sigue siendo la eutanasia, una forma de jugarse la vida. Por eso, la mayoría sigue siendo silenciosa, y el terror convierte en cómplices a los que callan por miedo.

El miedo es una emoción que se aprende, los terroristas lo saben y lo enseñan sin miramientos y con gran eficacia: "Todos aprendemos rápido y bien. De ser psicólogo me extendería en la complejidad neurovegetativa de este fenómeno y su condicionamiento de evitación, entre cuyas variantes no es la menos desdeñable la ya insinuada de culpabilizar a la víctima para así disculparnos nosotros; quien ha sido castigado alguna culpa oculta, reacción dramáticamente paralela a la de los puritanos frente al portador del virus de inmunodeficiencia adquirida".

Raúl Guerra Garrido es un excelente narrador, y con una narra-

ción autobiográfica demostró cómo el miedo se aprende y llega a modificar la vida. El relato del asesinato del amigo fue la mejor forma de demostrar que el miedo es una enfermedad infecto contagiosa que se extiende pandémicamente en Euskadi.



Un momento de la conferencia

El farmacéutico. El escritor

Raúl Guerra Garrido quiso ser buscador de tesoros, geólogo, taxista... cualquier profesión a la que atravesara el hilo de la curiosidad. Dos cosas le fascinaban: la investigación científica y escribir novelas, "las dos formas ideales en España para morirse de hambre". Abandonó la primera pero no podía dejar escapar la segunda.

En 1976 recibe la primera inyección de la crítica con el Premio Nadal. Y poco después publica la que se considera su primera gran novela, un relato muy original, *Lectura insólita de El Capital*, en la que ya se plantea la difícil situación que vive en el País Vasco.

Luego, su obra se desarrolla a gran velocidad: *Copenhague no existe* (1975); *La costumbre de morir* (1981); *Escrito en un dólar* (1983); *El año del wolfram* (1984); *La mar es mala mujer* (1987); *La carta* (1990); *El síndrome de Scott* (1993); *Tantos inocentes* (1996); *El otoño siempre hiere* (2000).

Su última novela cambia de escenario. *La Gran Vía es New York*, es un recorrido por la historia de esta calle madrileña, en el que la ficción y la realidad se entremezclan.

Corto viaje hacia la muerte

Así tituló este breve cuento. Un cuento real que se inicia con una frase demasiado cotidiana y repetida con distintos nombres propios: "Han matado a José Luis". José Luis López de la Calle, periodista, fue asesinado por ETA el siete de mayo de 2000.

Amigo de Raúl Guerra Garrido, defendieron juntos la libertad en una época en que un dictador se ocupaba de callar a quienes no le respetaban. Juntos lucharon contra el franquismo, pasaron muchas veces la frontera de Francia, la frontera de la libertad para quienes creían en los derechos humanos a pesar del riesgo. El mismo ansia de libertad terminó con la vida del periodista. Su delito, hablar, opinar, escribir.

Lo encontró tirado un domingo por la mañana en la puerta de su casa. Era temprano: "La rabia, la impotencia, la necia necesidad de agredir, me abalanzó sobre la muerte. Le arranqué la capucha y no encontré el hórrido vacío de los ojos albos sino un rostro desencajado por el miedo, reflejo de mi pánico. Con la máscara en la mano hice uno de los descubrimientos más importantes de mi vida. La muerte no es un ser imaginarlo sino la imagen de un hombre. Una imagen muy particular un millón de veces fotografiada. La muerte es un hombre asustado con un gatillo en donde engarfiar su índice. Ese dedo, señal ominosa. A ti, a ti te ha tocado. Ese dedo tocando mi pecho".

José Luis López de la Calle era un hombre dialogante, conciliador, "Claro que pueden atentar contra nosotros, pero no creo que nos maten, matar a un escritor es siempre punto sin retorno, es la eutanasia política del credo del sicario. Desengáñate, el mesianismo integrista no repara en tales nimiedades" había dicho a su amigo. Se reía del miedo, y pensaba en el futuro. Recién jubilado pensaba recorrer el Camino de Santiago y su amigo escritor le había dado las claves para ser peregrino en su tierra, El Bierzo, su patria literaria.

"Hay una moda del miedo, una arquitectura del miedo, unas diversiones del miedo, hasta una literatura del miedo"

Y mientras el amigo corre al encuentro de su amigo asesinado, la rabia golpea las sienes. "No sólo mutilan tu cuerpo sino además emponzoñan el fluir de tu conciencia. Me abismo en el vértigo de cuál habrá sido su último pensamiento, en qué pensaría al ver a aquel hijo de puta apuntándole con una mágnum, un único y último instante, la felicidad del amor, la mujer, los hijos, la felicidad de la infancia, quizá la rebeldía del eterno luchador, una súplica laica, Dios mío, dame fuerzas para al menos sacudirle una patada en los cojones. Ninguna fuerza doma, ningún tiempo consume, ningún mérito iguala, el nombre de la libertad. Nombre tantas veces nombrado en vano". Son los pensamientos de un rebelde contra el terror durante

los quince minutos que dura el trayecto que le separa de la muerte.

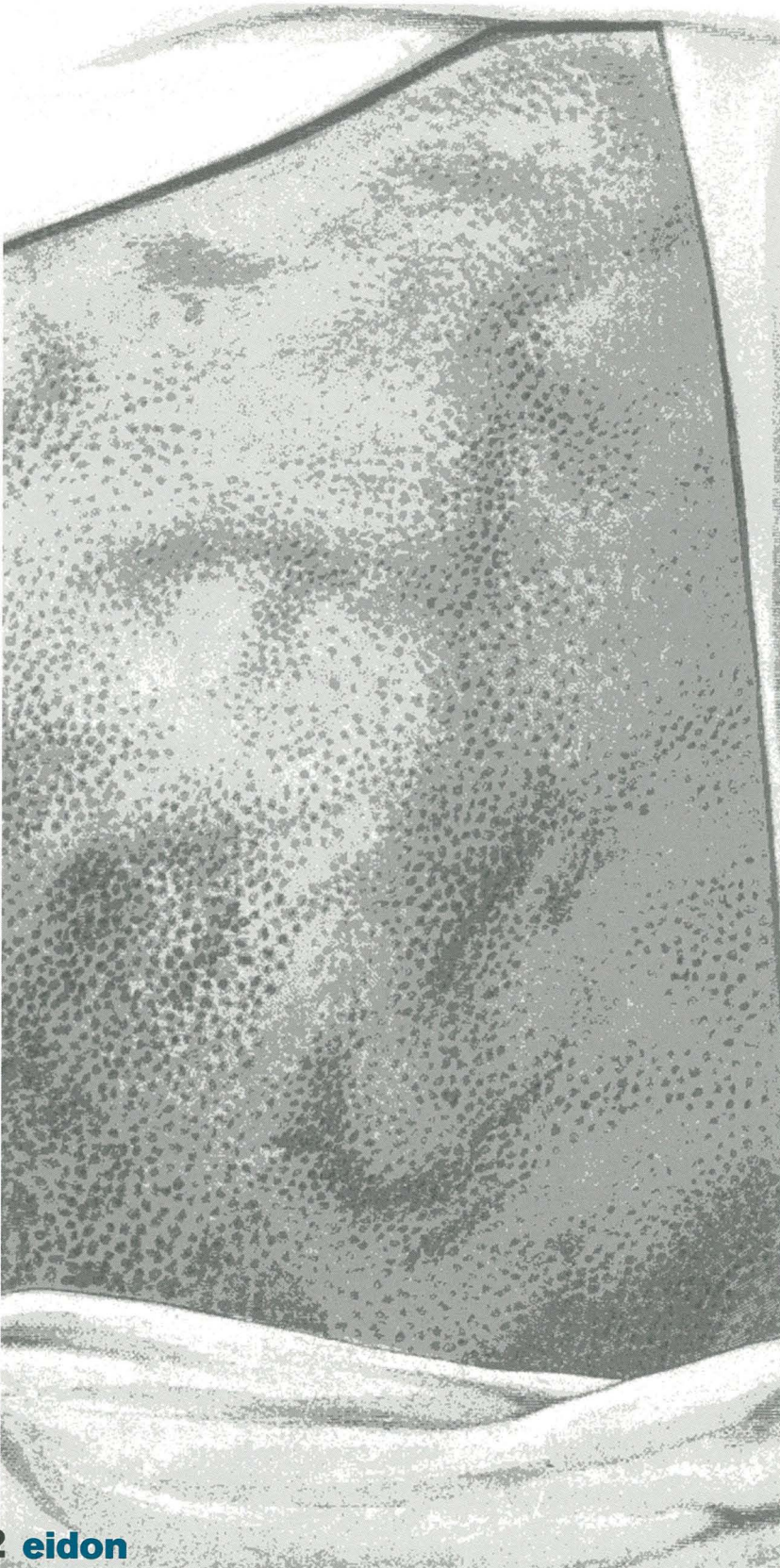
Sobre la acera reposaba el cuerpo del periodista. "La muerte es una mierda, todo tú hecho mierda. Matarán a alguno de nosotros y el domingo seguirá

imperturbable su marcha hacia el crepúsculo. Es tan absurda la muerte, provoca tan abyectas contradicciones, alguien necesita de un paraguas para salir a la calle a comprar la prensa y la playa se tapiza de cuerpos bronceados, bronceándose para no oír los disparos".

Y ante el cuerpo de su amigo, el escritor calla. Pero sólo por un momento, "quieto mientras la pesadilla de la historia se derrumba sobre mis hombros. Procurando domeñar el miedo y con el corazón roto".

Cuando Guerra Garrido terminó su conferencia, varios hombres anónimos vigilaban sus pasos. Cuidaban de que los terroristas no callaran al escritor. Como él, muchos necesitan vigilancia en el País Vasco para poder seguir viviendo.

La conferencia *El miedo* fue un homenaje a José Luis López de la Calle, asesinado por ETA el siete de mayo de 2000.



La sífilis



José Luis Fresquet

Profesor titular. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Universidad de Valencia

Una de las características de la medicina renacentista fue la descripción de nuevas enfermedades no advertidas por los tratadistas clásicos, que consideraron de nueva aparición. No siempre es fácil afirmar si en realidad lo eran o no, máxime cuando se trata de enfermedades de carácter infeccioso que están ligadas a las condiciones de vida, a los contactos humanos y a las mutaciones de los gérmenes que las causan. La que tuvo mayor impacto y mereció gran número de publicaciones fue, sin duda, el morbo gálico o sífilis.

La sífilis es una enfermedad intersexual, contagiosa y crónica, provocada por la espiroqueta o *Treponema pallidum*. Se inicia con el llamado chancro de inoculación, evoluciona a través de periodos clínicos bien definidos, generalizándose primero y volviendo después a limitarse tardíamente en alguno de los principales sistemas de la economía, sobre todo en el nervioso, en el arterial y el hepático.

El origen de la enfermedad

Antes de finalizar el siglo XV cundió la alarma en Europa por una "afección pestilencial" que cubría el cuerpo de sucias pústulas, causaba dolores violentos y "corroía el organismo". De pocas enfermedades del pasado se puede mencionar con bastante precisión el momento de su comienzo. En este caso sabemos que se manifestó en los conflictos que tuvieron lugar en el reino de Nápoles entre 1494 y 1495, donde se reunieron soldados de varias nacionalidades, especialmente franceses, italianos y españoles. A medida que regresaron a sus territorios de origen fueron expandiendo la dolencia por toda Europa.

Los médicos se encontraron de repente con una enfermedad de la que nada se decía en los textos. Entre 1495 y 1504 llegaron a aparecer una treintena de trabajos correspondientes a veinticuatro autores, de los cuales la mitad pertenecían al área italiana. Una buena parte de los estudios se relacionan directa o indirectamente con la convocatoria que hizo el duque de Ferrara en esta ciudad alarmado por los estragos que estaba causando el *morbus gallicus* en la corte y en sus dominios. En la "disputa" que convocó el duque participaron varios médicos para arrojar luz acerca de la naturaleza y tratamiento de la nueva enfermedad. Entre ellos estaba el influyente Niccolo Leoniceno (1428-1524), cuyo *Libellus de epidemia quam vulgo morbum gallicum vocant* se reimprimió tres veces antes de concluir 1497. Esta reunión actuó de catalizador de otras "disputas" que tuvieron lugar por toda Europa y que involucraron a médicos preocupados por el problema.

Siguieron los escritos de Natale Montesaurò, un profesor de la facultad de medicina de Bolonia; de Antonio Scanaroli, discípulo de Leoniceno; de Simon Becker y Martin Pollich, de la Universidad de Leipzig; de Bartolomeo Montagnana y Pietro Trapolino, de la Universidad de Padua, Bartholomäus Steber, de la Facultad de Medicina de Viena; así como los de los arquiatras

pontificios de Alejandro VI, los valencianos Pere Pintor y Gaspar Torrella.

Todos los tratadistas de la primera época no se atrevieron a asegurar de forma absoluta que se tratase de una nueva enfermedad. Los hubo que dijeron que se trataba de una alteración ya descrita en el pasado; los que pensaron que era una enfermedad general ya conocida, pero con muchas formas específicas de manifestarse; los que prefirieron considerarla como una nueva variedad clínica de una especie morbosa conocida.

En cuanto a las causas, hubo algunos que la atribuyeron al castigo divino y otros a una conjunción astral desfavorable, pero la mayoría afirmaron que se debía al contagio o contacto, o bien a un régimen de vida inadecuado.

A lo largo del siglo XVI continuaron las publicaciones sobre este asunto. Se conocía bien la clínica de la enfermedad, las formas de contagio, su evolución, los tratamientos, etc. Los cirujanos, como responsa-

bles de atender las "enfermedades externas", también hicieron sus contribuciones. Su forma de tratar el tema es distinta a la de los médicos. Podemos mencionar aquí a Giovanni da Vigo y a los españoles Lobera de Ávila, Juan Calvo y Pedro Arias de Benavides.

Añadieron a sus obras de cirugía

tratados o capítulos enteros dedicados a este problema. Para ellos ya estaba claro que se trataba de una enfermedad nueva, con lo que se sentían libres de los clásicos para afrontarla. Llama la atención la obra que publicó el cirujano Ruy Ruiz de Isla en su ancianidad: *Tractado contra el mal serpentino* (1539). En ella da testimonio de los casos que pudo ver en Barcelona en 1493 coincidiendo con la presentación de Colón ante los Reyes Católicos de regreso de su primer viaje. El origen lo sitúa en Santo

La sífilis se manifestó en los conflictos que tuvieron lugar en el reino de Nápoles entre 1494 y 1495, donde se reunieron soldados de varias nacionalidades, especialmente franceses, italianos y españoles



Tratado del Morbo Galico (1580) de Juan Calvo, ejemplo de uno de los textos sobre la enfermedad que los cirujanos incluían en sus tratados de cirugía.

Domingo donde lo habían contraído los marineros en contacto con las indígenas. En el largo trayecto de Sevilla a Barcelona comenzó la diseminación de la "nueva pestilencia". Desde aquí pasó con facilidad a Francia, y también llegó a Nápoles llevada por los mercenarios del Gran Capitán que fueron a apoyar al rey de Nápoles. Esta teoría se vio refrendada también por los escritos de Fernández de Oviedo, López de Gómara y otros autores de las primeras relaciones de viajes y crónicas de Indias.

Desde el primer momento surgen, pues, dos hipótesis respecto al origen de la sífilis, el americano y el europeo. Con el descubrimiento y descripción de los treponemas durante la primera mitad del siglo XX, pudieron establecerse cuatro

que bordean los trópicos las lesiones se restringieron a las áreas más húmedas del cuerpo como la boca, axilas y entrepierna, como ocurre en la sífilis endémica (bejel). Así se habría llevado al nuevo mundo por las tempranas migraciones asiáticas. Cuando llegaron a las zonas húmedas y calientes de Centro y Sudamérica, la sífilis endémica se reconvirtió en pian. La condición física y cultural del individuo, los cambios climáticos y las condiciones de vida habrían jugado un papel importante.

Un enfoque algo distinto plantea Hackett (1976) quien reconoce que las cuatro especies no son distinguibles entre sí, aunque identifica cuatro enfermedades como entidades clínicas distintas que pueden observarse en los huesos. Al igual que Hudson, plantea un origen afro-asiático para el *Treponema carateum*, que fue mutando hasta un tipo pian, sífilis endémica y, finalmente, a un tipo venéreo, asociado

también a cambios en el estilo de vida y a adaptaciones a diferentes ambientes. F. Guerra acepta en parte esta idea y, revisando la primera literatura sobre la enfermedad, sugiere que, con el

Descubrimiento, se importó un pian virulento que acabó adaptándose al ambiente urbano de Europa.

El historiador de la medicina Grmek retomó el origen americano de la sífilis. Para él existían tres gémenes biológicamente distintos y responsables de entidades nosológicas diferentes. Desde el Nuevo Mundo y por sucesivas mutaciones de un treponema saprófito surgió el primer patógeno, el *T. pertenue*. En América evolucionó a dos nuevos gémenes: el *T. pallidum* y el *T. caratum*. Los marinos españoles habrían introducido el *T. pallidum* en Europa. Ya aquí, las condiciones de vida dieron lugar a formas distin-

A lo largo del siglo XIX en la historia de la sífilis confluyen varias áreas médicas que en esos momentos estaban en pleno cambio, como la microbiología, la neurología y la patología

mas durante la primera mitad del siglo XX, pudieron establecerse cuatro enfermedades: el pian, yaw o frambesía tropical, trepanomatosis no venérea de biología fásica, afín a la sífilis, producida por el *Treponema pertenue*; la pinta, mal de pinta o caraté, enfermedad que provoca la aparición de unas placas blancas, pruriginosas localizadas en la cara, manos, piernas y cuero cabelludo y causada por el *Treponema caratum*; la sífilis endémica no venérea o bejel, localizada en el Mediterráneo oriental y centro de África, que comienza en la infancia con una placa mucosa en la parte interna de la mejilla seguida de ampollas en el tronco, brazos y piernas, y en su evolución acaba produciendo bultos blandos y gomosos en la nariz y en la parte superior de la boca.

El siglo XX: nuevas teorías

Durante la segunda mitad del siglo XX fue surgiendo una nueva hipótesis, denominada "unitaria", que plantea orígenes independientes tanto en el Viejo como en el Nuevo Mundo. Hudson propuso que la sífilis, el pian, la pinta y otras formas locales de trepanomatosis endémica pueden agruparse como una sola enfermedad, con origen en el Paleolítico Superior en la zona del África subsahariana, como el tipo pian o frambesía. Los cazadores-recolectores lo habrían expandido a través de sus desplazamientos. En las zonas secas

La sífilis

tas de sífilis, como la endémica, que se acantonó en los Balcanes y en la costa oriental del Adriático.

Son muchos los trabajos paleopatológicos que se han desarrollado en el Viejo y en el Nuevo Continente (C. y B. Rothschild, V. G. Standen, M. Allison, B. Arriaza, A. Cockburn, C. Hackett, A. Coppa, entre otros.). Estos ayudan a matizar las distintas hipótesis ya que la diferenciación clínica de las cuatro formas de treponematosis es difícil y el diagnóstico paleopatológico diferencial entre la sífilis, el bejel y el pian es muy complicado, especialmente cuando no se dispone del esqueleto completo.

Remontándonos de nuevo al siglo XVI, Fracastoro se refirió a lo que luego hemos visto como dos tradiciones, la americanista y la europeísta. En su libro *De contagione*, habla de la aparición simultánea en Italia y el continente americano. El nombre de sífilis también proviene de él, que publicó en 1530 su *Syphilis, sive morbos gallicus*, donde cuenta a lo largo de 1347 la historia de la enfermedad, la eficacia del mercurio como remedio y la historia del pastor *syphilo* que había sustituido su culto al sol por la devoción al rey Alcitoo por lo que fue castigado con la *lúes*.

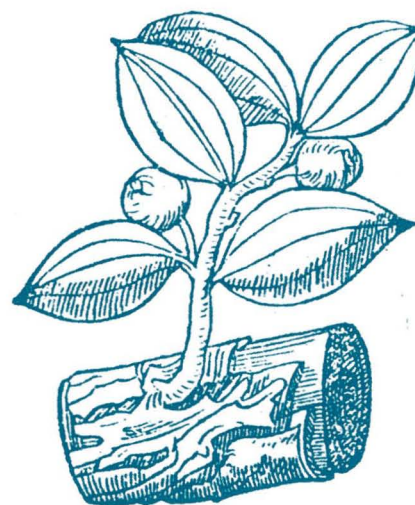
En los primeros años, las manifestaciones de la sífilis fueron muy aparatosas, especialmente las externas, por lo que se utilizó el mercurio que ya se empleaba para algunas lesiones de la piel

la gonorrea. En 1838 Philippe Ricord demostró que eran dos enfermedades diferentes. También estableció tres periodos en la evolución de la enfermedad: primaria, secundaria y terciaria. Siguiendo los pasos de su maestro Alibert, fundó una escuela de venereología. Oliver Wendel Holmes llegó a decir de él que era el Voltaire de la "literatura pélvica". Leon Basserau desarrolló el concepto de "chancro" hacia 1852. El mundo alemán tuvo mucho que ver en el descubrimiento de los gérmenes causantes; por ejemplo, Albert Neisser encontró el agente productor de la gonorrea en 1879 y, en 1905, en la *Charité* de Berlín Fritz Schaudinn y Erich Holfman hallaron el *Treponema pallidum*. A lo largo del siglo XIX y primeras décadas del XX, en la historia de la sífilis confluyen varias áreas médicas que en esos momentos estaban en pleno cambio, como la microbiología, la neurología y la patología, por no mencionar las que abordan los temas sociales y humanos de la enfermedad.



Imagen de una sífilide vesiculosa. Atlas de las Enfermedades venéreas y sífilíticas, de José Díaz Benito y Angulo, Madrid, Imprenta Nacional, 1864.

LIGNVM INDICVM



Leño índico o guayaco. Ilustración procedente de De Materia médica, de Andrés Laguna (s. XVI). Si el morbo gálico venía del nuevo mundo, su remedio también procedía de América.

Dos orígenes, dos tratamientos

Si la nueva enfermedad venía de América, de allí también vendría un remedio: el guayaco o palo santo (*Guajacum officinale* L). El humanista Ulrich von Hutten (1519) o el clérigo español Francisco Delicado (1529), se convirtieron en panegiristas de esta nueva sustancia. Los conocidos comerciantes y banqueros Fugger obtuvieron buenos beneficios con el comercio de esta sustancia tan reclamada en la época. Las cocciones de este vegetal se utilizaban por sus efectos sudoríficos que producían una evacuación del humor afectado. Su uso, además, estaba dentro de la ortodoxia galénica.

En los primeros años, las manifestaciones de la sífilis fueron muy aparatosas, especialmente las externas, por lo que también se utilizó el mercurio que ya se empleaba para algunas lesiones de la piel. Su uso, en cambio, era muy controvertido pues se oponía a las ideas galénicas. Se aplicó en forma de ungüentos, sahumeros y fumigaciones, a pesar de los riesgos que comportaba. Algunos cirujanos lo prefirieron frente a los sudoríficos. Por ejemplo, Arias de Benavides lo utilizó en el Hospital del Amor de Dios, para sífilíticos, que se erigió en la ciudad de México, pese a poder conseguir con facilidad el guayaco, la zarzaparrilla y otros sudoríficos originarios de América. Sin duda consideraba que era más eficaz.



Paul Ehrlich. Con su Salvarsán, había conseguido lo que era su sueño: las "balas mágicas", medicamentos que actuaran sobre la causa de enfermedad sin causar daño al huésped.

La absorción del mercurio por la piel siempre ha sido controvertida. En realidad puede absorberse mediante fricciones aplicadas con rudeza y por el aparato respiratorio. Los experimentos llevados a cabo por Antoine Merget, Fürbringer y Edmond Fournier en el siglo XIX comprobaron que a las pocas horas de administrarlo aparecía el metal en la orina. Antoine Rémond y Müller también observaron que una persona que inhala vapores de mercurio elimina grandes cantidades del mismo por vía renal. Los trata-

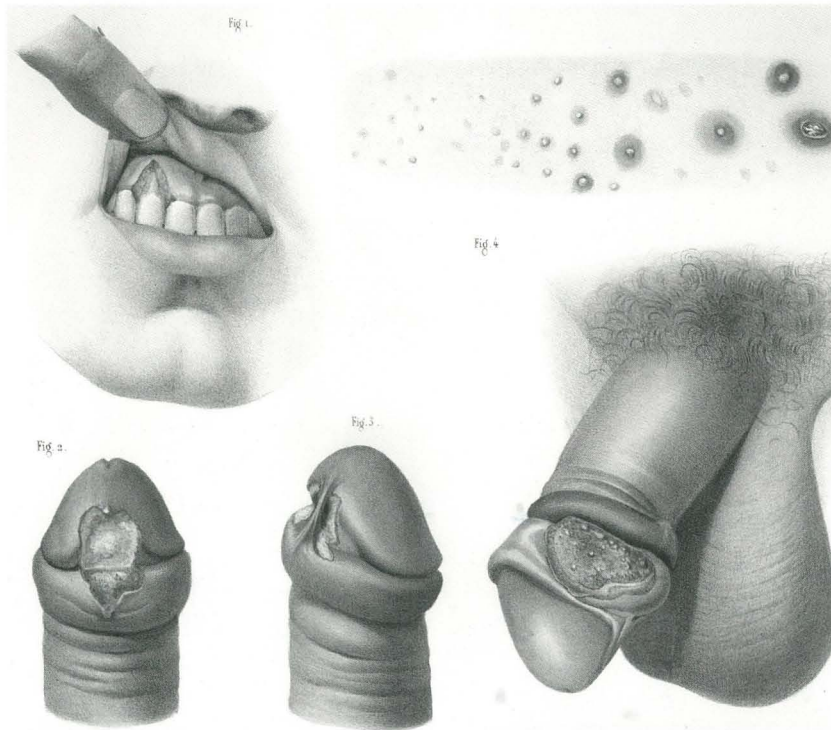
mientos con mercurio se realizaban en los periodos floridos de la enfermedad y, de alguna manera, el metal actuaba como antiséptico. En la etapa decimonónica se había "racionalizado" el uso del metal y los pacientes aguantaban los inconvenientes del tratamiento quizás de la misma manera que los afectados hoy por el cáncer, sufren las sesiones de quimioterapia.

El uso de los sudoríficos fue decayendo ya en el siglo XIX y la terapéutica con mercurio se mantuvo hasta el drástico cambio que produjo el hallazgo de Paul Ehrlich. Éste había trabajado con coloran-

tes histológicos y se planteó con rigor el problema bioquímico de la neurotropía del azul de metileno. Como muy bien señala Laín, se hizo dos preguntas: ¿por qué el azul de metileno colorea la sustancia nerviosa? y ¿por qué la sustancia nerviosa es coloreada por el azul de metileno? Esto le llevó a concebir desde el punto de vista químico la patogenia, la fisiopatología y la terapéutica activa de la enfermedad. Con esta actitud comenzó a estudiar la composición del atoxil y sus propiedades espirilicidas.

Como hemos dicho, en 1905 se encontró el *Treponema pallidum*. Un año después, en 1906, el bacteriólogo alemán August von Wassermann, en colaboración con el dermatólogo Albert Neisser y su discípulo Carl Bruck, publicaron un método para diagnosticar la sífilis, la llamada reacción de Wassermann. Roux y Metschnikoff demostraron que podía transmitirse experimentalmente al mono. Con estos hallazgos se lanzó Ehrlich, ayudado por bacteriólogos y químicos, a convertir el atoxil, en una sustancia parasitotropa, en un tóxico para el microbio patógeno con escasa o nula repercusión para el huésped. Era su idea de la "bala mágica". Así surgió

La sífilis



Diferentes tipos de úlceras sífilíticas. Lámina procedente del *Traité complet des Maladies Vénériennes* (1851), del gran estudioso de la sífilis del siglo XIX, Philippe Ricord.

el salvarsán o "arsénico que salva" (dioxidiamidoarsenobenzol) (1909), que poseía propiedades parasitótropas y no organotropas. Más tarde vendría la penicilina con la que pudo afrontarse el recrudecimiento de la enfermedad durante la segunda guerra mundial y los años de posguerra.

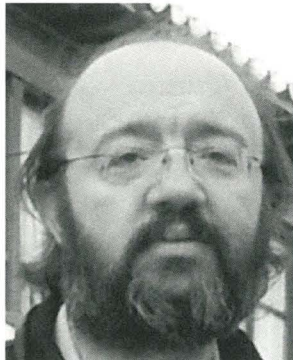
A pesar de que la enfermedad sigue presente, otras afecciones venéreas han tomado su lugar. Es interesante observar que durante los primeros años de la eclosión del SIDA, los científicos volvieron a tener interés en el tema del origen de la sífilis. Trataban de establecer paralelismos y buscar pistas. De hecho el número de publicaciones sobre el tema aumentó. No obstante, según la OMS, en 1999 se registraron 12 millones de nuevos casos de sífilis. La mayor parte se dio en el África subsahariana (4 millones), Latinoamérica y Caribe (3 millones) y el Sur y Sudeste de Asia (4 millones).

Bibliografía

- ARRIZABALAGA, J. *Medicina universitaria y morbus gallicus en la Italia de finales del siglo XV: el arquiatra pontificio Gaspar Torrella (c. 1452-c.1520)*. *Asclepio*, 40 (1): 3-38.
- CARRERAS PANCHÓN, A. *Miasmas y retrovirus. Cuatro capítulos de la Historia de las enfermedades transmisibles*. Barcelona: Fundación Uriach, 1991.
- CORREAL-URREGO, G. *Paleopathology in preceramic bones from Colombia: Examples of syphilitic lesions from the site of Aguazuque, Soacha*. Paper presentado en el 14th Annual Meeting of the Paleopathology Association. N.Y., 1987.
- DENNIE, C.D. *A History of Syphilis*. Charles C. Thomas, Springfield, 1962.
- DRACOBLY, A. Theoretical Change and Therapeutic Innovation in the Treatment of Syphilis in Mid-Nineteenth-Century France, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 2004; 59 (4): 522-554.
- DUTOIR, O. et al. *L'origine de la syphilis en Europe. Avant ou après 1493?* Paris: Errance, 1994.
- FRESQUET FEBRER, J.L. *La experiencia americana y la terapéutica en los Secretos de cirugía (1567) de Pedro Arias de Benavides*. Valencia: Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, 1993.
- GUERRA, F. La disputa sobre la sífilis. Europa versus America. *Medicina e Historia*, 59, 1976.
- HACKETT, C.J. Problems in the Paleopathology of the human Treponematoses. En *Disease in Ancient Man*, editado por G.D. Hart. Toronto, Clarke Irwin; 1976; 106-128.
- HUDSON, E.H. Treponematoses and Man's Social Evolution. *American Anthropologist* 1965; 67: 885-901.
- LÓPEZ TERRADA, M.L. El tratamiento de la sífilis en un hospital renacentista: la sala del mal de sient del Hospital General de Valencia. *Asclepio*, 1989; 41 (2): 19-50.
- QUETEL, C. *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*. Paris, Seghers, 1986.
- ROTHSCHILD, B y ROTHSCHILD C. Treponemal disease in the New World. *Current Anthropology* 1996; 37 (3): 555-561.
- STANDEN, V, ALLISON M y ARRIAZA B. Patologías Óseas de la Población Morro 1, Asociada al Complejo Chinchorro: Norte de Chile. *Chungara* 1985; 13: 175-185.
- WAUGH, M. The progress of venereology in Europe Since the 16th Century. *Clinics in Dermatology*, 2002; 20: 119-121.
- WILLIAMS, H.U. The Origin and Antiquity of Syphilis: The Evidence from Diseased Bones a Review, with some New Material from America. *Archives of Dermatology and Syphilology* 1932; 33: 783-787.

DEL PASADO **al presente**

De los males epidémicos a la "cuestión social": evolución de la Salud Pública en la España del siglo XIX



Rafael Huertas

Departamento de Historia de la
Ciencia. Instituto de Historia,
Centro Superior de Investigaciones
Científicas (CSIC)

Desde que las monarquías ilustradas de la segunda mitad del siglo XVIII comenzaron a considerar la salud de sus súbditos como una "razón de Estado", hasta que las modernas constituciones han contemplado, de manera casi unánime, el derecho a la salud de los ciudadanos, un largo proceso de intervención estatal en materia de salud ha ido configurando -con distintos grados de desarrollo según el país que consideremos- una compleja estructura administrativa con fines higiénicos, médico-sociales y asistenciales.



Históricamente, la plasmación institucional de la Salud Pública puede considerarse, en general, como la respuesta de los poderes públicos a dos tipos de problemas. En primer lugar, la amenaza de enfermedades catastróficas, epidémicas, procedentes de otros lugares, obligaron a los gobiernos a instaurar férreos controles de sanidad, tanto exterior como interior, que redundaron en la organización sanitaria de todo el Estado; un claro ejemplo fue la creación, por el poder borbón español, de la Junta Suprema de Sanidad, ante el peligro de la peste de Marsella de 1720. En segundo lugar, las crisis económicas del último tercio del siglo XIX motivaron el agravamiento de las ya de por sí penosas condiciones de vida de las clases más desfavorecidas, con el aumento de la morbi-mortalidad de numerosas enfermedades infecciosas y carenciales, que se denominaron sociales y que motivaron no sólo importantes teorizaciones sobre el "círculo vicioso" enfermedad-pobreza, sino que obligaron a promover medidas de higiene individual y colectiva tendentes a garantizar una fuerza de trabajo sana, capaz de hacer frente a las crisis y detener el avance del movimiento obrero reivindicador de mejoras en las condiciones de vida y trabajo.

En el caso español, a lo largo del siglo XIX, en el marco de una lenta industrialización y con la pervivencia del centralismo borbónico, pueden identificarse una serie de novedades -científicas y administrativas- que, sin suponer grandes ni revolucionarias transformaciones, dieron lugar a una progresiva y peculiar evolución en materia de Salud Pública. Una evolución que puede definirse a través de tres etapas.

Del control de las epidemias al trienio liberal

La ya mencionada amenaza de la peste, así como las repetidas epidemias de fiebre amarilla -que llegó a la Península en los barcos procedentes de América-, o la endemia palúdica en la meseta y en la cuenca mediterránea, marcaron la actividad de las Juntas de Sanidad ilustradas que desarrollaron una intensa labor de "policía médica" cuyo objetivo prioritario fue siempre el control del peligro epidémico. En 1803, Joaquín de Villalba (1752-1807) publicó su *Epidemiología Española*, obra importante y muy influyente que, además de utilizar por primera vez el término "epidemiología", profundizaba en una visión neohipocrática de la patología ambiental, dando

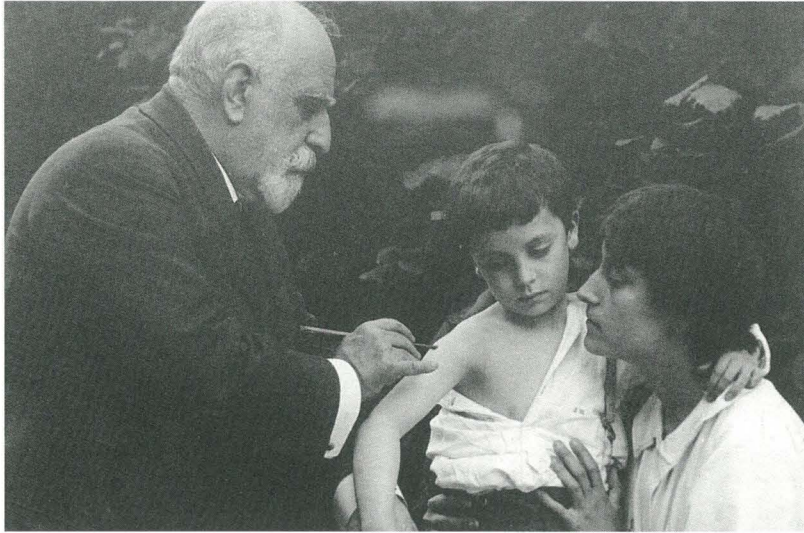


1885. Los amigos de Ferrán, "apóstoles" de la vacunación anticolérica. (De izquierda a derecha: Comenge, Tolosa Latour, Pauli, Gimeno, Ferrán, Pulido, Moreno Zancudo y Serret.) [Museo virtual de la Sanidad en España].

lugar a toda una tradición de estudios sanitarios cuya máxima expresión fueron las múltiples Topografías Médicas elaboradas y publicadas a lo largo de toda la centuria.

Sin embargo, la vacunación contra la viruela fue, sin duda, el acontecimiento sanitario más importante de las primeras décadas del siglo XIX. El descubrimiento de Jenner, cuya primera publicación data de 1798, llegó muy pronto a España, y fue Francisco Piguille (1771-1826) quien realizó las primeras vacunas en 1800. A partir de 1803, la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, dirigida por Francisco Xavier de Balmis (1753-1819), las llevó a las posesiones españolas en ultramar, hecho que pasa por ser una de las empresas de la Corona más importantes, tanto por su diseño y ejecución, como por su vocación filantrópica y "universal".

No obstante, esta intervención preventiva no se extendió a los territorios peninsulares, de modo que la vacunación dependió más del interés esporádico de determinados agentes sociales -no necesaria-



Ferrán aplicando la vacuna antituberculosa

mente médicos- que de la administración pública que no fue capaz de articular una mínima infraestructura vacunal.

Gran partidario de la vacunación antivariólica fue Ignacio María Ruiz de Luzuriaga (1763-1822), uno de los principales representantes de la policía médica ilustrada y, probablemente, el más influyente desde el punto de vista político. Sin llegar a describir el saturnismo, llamó la atención sobre los enve-

La vacunación contra la viruela fue el acontecimiento sanitario más importante de las primeras décadas del siglo XIX

namientos crónicos producidos por el empleo de recipientes con plomo en la confección o consumo de alimentos; insistió en las necesarias medidas higiénicas en cárce-

les y otras instituciones cerradas, y propuso acciones sanitarias muy diversas.

En plena invasión napoleónica, las Cortes de Cádiz empezaron a elaborar una legislación sanitaria en el marco del modelo de Estado liberal. Se encargó al Protomedicato una Instrucción Sanitaria que terminó de redactarse en 1813 y que, tras suprimir las Juntas de Sanidad, otorgó a los ayuntamientos grandes competencias sanitarias, intentando disminuir el papel del poder central y garantizar las libertades individuales. Talante que se mantuvo en el Proyecto de Código sanitario discutido durante el Trienio Liberal (1820-1823), con el debate de fondo entre contagionismo y anticontagionismo y sus consecuen-

cias en el establecimiento de cordones sanitarios o en la libre circulación de personas y mercancías.

Asimismo, el Reglamento General de Beneficencia (1821) mantuvo una cierta autonomía sanitaria municipal en aspectos tan variados como la Beneficencia domiciliaria y hospitalaria, las casas de maternidad y de socorro, etc., e introdujo aspectos muy progresistas para la época, como los artículos dedicados a la humanización y medicalización de la asistencia a los enfermos mentales. El absolutismo de Fernando VII hizo fracasar los intentos reformistas del Trienio.

El liberalismo moderado y la Ley General de Sanidad

Como es sabido, el liberalismo moderado, propio del reinado de Isabel II, implantó en España un sistema político en el que frente a un poder ejecutivo, muy reforzado y dependiente de la Corona, las Cortes quedaron debilitadas y fueron poco operativas en sus tareas legislativas. Una disfunción que se tradujo, en el ámbito sanitario, en no pocas contradicciones.

Sin contar la Instrucción de 1833, que extendía las normativas tendentes a alejar los cementerios de los núcleos de población, por los problemas de salubridad generados, o la importante Ley de Beneficencia de 1849, que estableció los principios básicos de lo que sería el modelo asistencial del Estado liberal-burgués en la segunda mitad del siglo XIX, el evento sanitario más importante de este periodo es la promulgación, en 1855, de la Ley General de Sanidad. Dicha ley tuvo como referencia la primera Ley de Sanidad Inglesa y las ideas del *sanitary movement*, que los discípulos de Mateo Seoane

De los males epidémicos a la "cuestión social": evolución de la Salud Pública en la España del siglo XIX

(1791-1870), Pedro Felipe Monlau (1808-1871) y Francisco Méndez Álvaro (1803-1883), intentaron incorporar en la legislación española.

Además de crear la Dirección General de Sanidad, la administración sanitaria se estructuró con un cuerpo de Sanidad Exterior, con el que se reforzaba la vigilancia en los puertos y fronteras, y otro de Sanidad Interior, con la creación de los subdelegados de Sanidad. Asimismo, se facultaba a los ayuntamientos para que pudieran contratar a diversos profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos y veterinarios), a los que se denominó "titulares". En el caso de los médicos, su labor fue doble: asistencia benéfica a los pacientes pobres y funciones de inspección sanitaria. Es de destacar la penosa situación de estos facultativos, verdaderos representantes de un "proletariado médico", según expresión de la época, muchos de los cuales fueron maltratados por

los alcaldes y los caciques de la España rural. Sus difíciles e ingratas condiciones de trabajo fueron denunciadas con frecuencia en la prensa profesional y, en buena medida, fue uno de los gérmenes del asociacionismo médico en nuestro país.

La recogida de variables demográficas, de tanta importancia desde el punto de vista sanitario, resultó una problemática constante durante todo el siglo. En 1841 empezó a confeccionarse un Registro Civil y en 1856 se creó la Comisión de Estadística General del Reino, organismo que cambió de nombre en varias ocasiones y cuya función fue coordinar unos Anuarios estadísticos que, por su irregularidad, fueron criticados por el estamento médico, que prefería una administración estadística propia. En este sentido, existieron intentos más o menos fallidos de llevar a cabo análisis cuantitativos de las causas de mortalidad, como los auspiciados desde la *Gaceta Sanitaria de Barcelona* o los diversos Boletines demográfico-sanitarios publicados por la Dirección General de Sanidad.

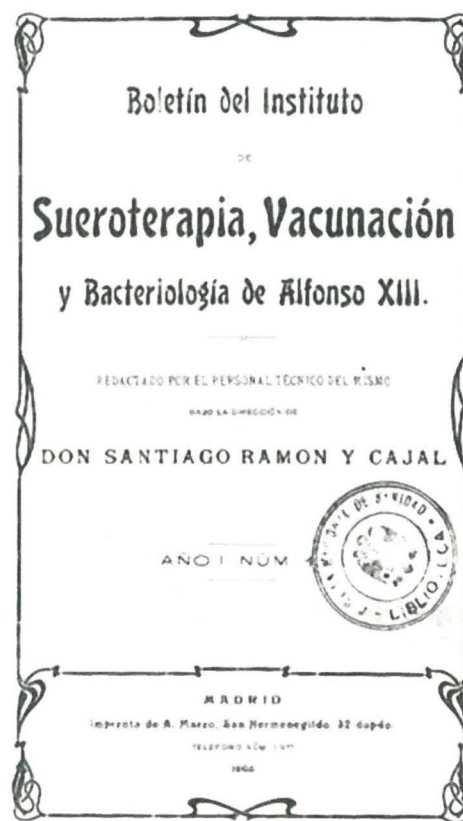
Finalmente, cabe señalar que en los años centrales del siglo se habían creado cátedras de Higiene, habían proliferado tratados y manuales -como los textos de Monlau o de Giné, por citar dos ejemplos representativos- y se estaban

publicando revistas (*El Monitor de la Salud*, *El Siglo Médico*, *Gaceta Médica Catalana*) en cuyas páginas tuvieron especial cabida los temas higiénicos, más desde una vertiente publicista que científica.

Tecnocracia y cuestión social

El último tercio del siglo XIX viene marcado por novedades científicas y sociales de gran envergadura. La asimilación de la mentalidad etiopatogénica y la naciente bacteriología transformó la teoría y la práctica de la Salud Pública; el descubrimiento de la vacuna del cólera -enfermedad que había provocado varias epidemias a lo largo del siglo- por Jaime

El Reglamento General de Beneficencia (1821) mantuvo una cierta autonomía sanitaria municipal en aspectos tan variados como la Beneficencia domiciliaria y hospitalaria, las casas de maternidad y de socorro, etc.



El Instituto Alfonso XIII, fundado a finales del siglo XIX, ha sido considerado el alma mater de la Sanidad española hasta 1936

Ferrán (1852-1929) en 1885 forma parte de dichas novedades. La creación de los laboratorios químicos y microbiológicos municipales, dio lugar a un tipo de intervención en salud, menos ambientalista y más ligada a los recursos técnicos. Al igual que en el nivel local, se creó el Laboratorio Central de Bacteriología e Higiene en 1894 que, tras diversos avatares, acabó transformándose en el Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología (Instituto Alfonso XIII) en 1899, desarrollando una importante labor durante las primeras décadas del siglo XX. Este tipo de instituciones fueron complementadas con otras de carácter asistencial y preventivo en las ciudades.

También la estadística y la epidemiología fueron avanzando en los años finales del siglo, siendo uno de sus pioneros Luis Comenge (1854-1916),



Cánovas del Castillo y Romero Robledo visitando el Hospital de Coléricos de Murcia (1885). [Grabado de Manuel Alcázar en La Ilustración Española y Americana, 1885].

Higiene, fundada en 1881, que se convirtió en un influyente foro de discusión, cuyas conclusiones y recomendaciones fueron tenidas en cuenta,

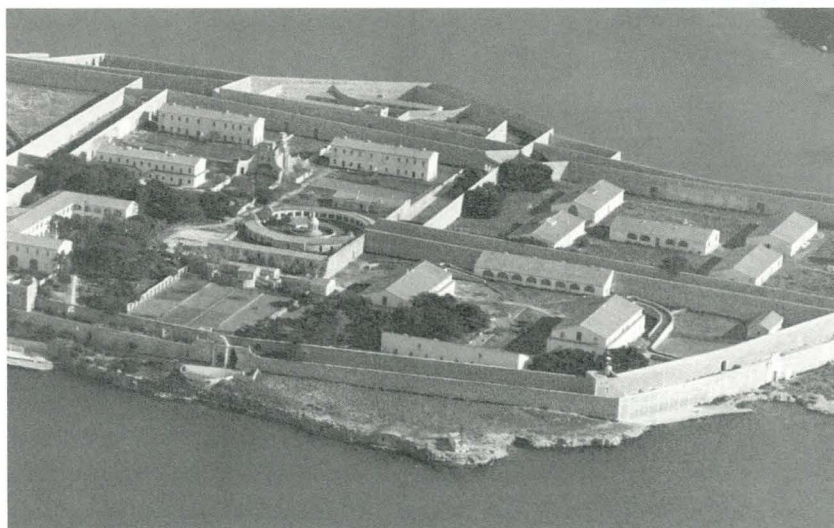
La medicina y, de manera particular la higiene, cumpliría un papel de mediación entre los sujetos y las nuevas realidades sociales

con cierta frecuencia, por las fuerzas políticas en la elaboración de normativas y legislación sanitaria. Uno de los ejemplos más notables es, quizá, el debate que culminó en la ley de Protección a la Infancia de 1904, cuyo principal artífice fue el pediatra Manuel Tolosa Latour (1857-1919).

Junto a los mencionados avances científicos y técnicos, no podemos olvidar la relación existente entre la salud de la

población y la llamada "cuestión social". Las condiciones de vida y de trabajo del proletariado y de las clases populares fue objetivo prioritario de los higienistas; pero en este caso, higiene y moral se aúnan en un mismo discurso encaminado a conseguir la aceptación y reproducción por parte de los individuos de una serie de cambios de comportamientos, para lo que era preciso la tarea persuasiva y prolongada de los profesionales y otros agentes sociales. La medicina y, de manera particular la higiene, cumpliría un papel de mediación entre los sujetos y las nuevas realidades sociales. En definitiva, la "moralización" del obrero, o del campesino, fue uno de los objetivos de la higiene durante todo el XIX. No en vano, las "enfermedades sociales", más que derivadas de la desigualdad social, eran consideradas consecuencia de conductas personales inadecuadas o de vicios. Así, el alcoholismo, la sífilis, pero también la tuberculosis, las enfermedades laborales o la mendicidad y el pauperismo, debido a la supuesta "falta de previsión" del proletariado. La higiene entendida como un programa de moralización de la clase trabajadora tiene en España antecedentes importantes en obras como la *Higiene Industrial* (1856) de

De los males epidémicos a la "cuestión social": evolución de la Salud Pública en la España del siglo XIX



Lazareto de Mahón

Monlau o la *Higiene del Tejedor* (1858) de Joaquín Salarich (1816-1884), pero este discurso moralizador se mantuvo, con más o menos matices, hasta bien entrado el siglo XX. Las llamadas luchas sanitarias, como la antituberculosa, la antivenérea, etc.,

En el siglo XX institucionismo, regeneracionismo y socialismo, constituyen tres movimientos que, desde perspectivas y estrategias diferentes propusieron programas de transformación social

tuvieron un innegable componente "moralizador" que llegó a convivir con un manejo más técnico de los problemas de salud.

Ya a finales del siglo XIX, la Comisión de Reformas Sociales, creada en 1883, inició una política reformista recogiendo datos sanitarios y sociales de las clases obreras. Otras informaciones fueron las facilitadas por estudios médico-sociales, algunos de gran importancia, como los realizados por el médico húngaro afincado en España, Philip Hauser (1832-1925), en Sevilla y en Madrid.

El siglo XX se inaugura en un ambiente de reforma, en el que institucionismo, regeneracionismo y socialismo, constituyen tres movimientos que, desde perspectivas y estrategias diferentes propusieron programas de transformación social. En la esfera sanitaria, la Instrucción General de Sanidad de 1904,

consolidó los nuevos postulados de la Salud Pública como disciplina científica sustentada en las técnicas microbiológicas y en la epidemiología cuantitativa, así como una estructura administrativa con un cuerpo de funcionarios en el nivel central y provincial. Un texto legislativo importante, que cumple ahora cien años, que si bien no llegó a tener rango de Ley –tan solo de Instrucción– supone el punto de partida de la sanidad española del siglo XX.

Bibliografía

- CAMPOS, R., La sociedad enferma: Higiene y moral en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX, *Hispania*, 1995, 55 (3), 1093-1112.
- CARDONA, Á., La Salud Pública en España durante el Trienio Liberal. Debates ideológicos e iniciativas políticas. Tesis doctoral, Facultad de Medicina de la UCM, 2002.
- HUERTAS, R. (ed.), Salud Pública en la España Contemporánea, *Dynamis*, 1994, 14, 17-225.
- HUERTAS, R. (ed.), Salud Pública en la España Contemporánea, *Dynamis*, 1995, 15, 155-299.
- MARSET, P., RODRÍGUEZ OCAÑA, E. y SÁEZ, J.M. La Salud Pública en España. En: Martínez Navarro, F. et al, *Salud Pública*, Madrid, MacGraw-Hill Interamericana, 1998, pp. 25-47.
- PESET, J.L., Muerte en España. Política y sociedad entre la peste y el cólera, Madrid, Seminarios y ediciones, 1972.
- RAMÍREZ MARTÍN, S. La salud del Imperio. La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, Madrid, Doce Calles, 2002.

La epidemia del VIH/SIDA en España

Nuevas situaciones y nuevos retos



Lourdes Chamorro

Plan Nacional sobre el SIDA. Ministerio de Sanidad y Consumo

Hace sólo 25 años nadie podía imaginar que el futuro deparaba una pandemia mundial que no respeta territorios, sexos ni razas y que desde el primer caso aparecido en 1981 ha matado a más de 20 millones de personas en todo el mundo. En la actualidad otros 40 millones viven con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o con SIDA y sabemos que cada minuto se infectan 20 personas más. La prevención sigue siendo el arma más eficaz para combatirla, pero es necesario recordarlo en un momento en que parece que se ha bajado la guardia para evitar el contagio.

En nuestro país, se estima que cada año entre 2.000 y 4.000 personas adquieren el VIH y que entre 120.000 y 150.000 personas viven con la infección por VIH o con SIDA (0,3%), aunque una cuarta parte de ellos todavía no lo saben. En referencia a los casos de SIDA, nos acercamos ya a los 70.000 desde el inicio de la epidemia y a los 45.000 fallecidos en España por esta causa. Estas cifras nos sitúan, lamentablemente, en los primeros puestos de la lista de los países occidentales con más número de casos.

En España, a diferencia de otros países occidentales, la vía de transmisión más frecuente del VIH desde el inicio de la epidemia hasta hace tres o cuatro años ha sido compartir material de inyección entre usuarios de drogas inyectadas. Pero esta realidad ha cambiado y el patrón epidemiológico está sufriendo importantes modificaciones. La epidemia se está "sexualizando" y la mayoría de las nuevas infecciones hoy en día se adquieren por vía sexual.

Sin duda alguna, la introducción de los tratamientos combinados de alta eficacia en el año 1996 supuso una transformación radical de la epidemia. En ese momento, pudo ofrecerse una respuesta a todas aquellas personas con infección o con SIDA. Pocos hitos científicos son comparables a este hecho. El SIDA pasó de ser una enfermedad rápidamente mortal a observarse un incremento importante de la supervivencia y de la calidad de vida de los enfermos. La aparición de SIDA en las personas con la infección por VIH se retrasa desde ese momento de forma muy importante y, como consecuencia, el número de diagnósticos anuales disminuye rápidamente. Como es fácil deducir, en esta situación, la monitorización de las nuevas infecciones, y no de los casos de SIDA, es la que resulta

necesaria para conocer qué está pasando con la epidemia. Por ejemplo, en algunos países de nuestro entorno como Alemania o Reino Unido el número de nuevas infecciones por VIH anuales está aumentando de forma preocupante y se habla incluso de una auténtica "crisis de salud sexual", ya que de forma paralela al VIH también aumentan otras infecciones de transmisión sexual. En España, los datos disponibles de nuevas infecciones anuales no parecen indicar este repunte de la epidemia, pero sí se está observando un aumento en otras enfermedades de transmisión sexual, por lo que no sería una situación descartable en un futuro próximo. No se debe bajar la guardia en la lucha contra el VIH/SIDA.

Las mujeres, dianas de la infección

Las consecuencias de esta "sexualización" son diversas y afectan a varios niveles. La primera, y además relacionada con el tema del Día Mundial del SIDA de este año, es la mayor exposición de la mujer a la infección. Es cierto que en la mayoría de las sociedades las conductas que suponen un mayor riesgo de infección por VIH son más frecuentes entre los hombres: los que se inyectan drogas son fundamentalmente hombres, los hombres tienen más parejas sexuales que las mujeres, y el hombre tiene más influencia a la hora de decidir si se realizan prácticas sexuales seguras o no. Pero todos estos comportamientos "masculinos" no sólo suponen un mayor riesgo de infección para ellos, sino también para sus parejas.

En todo el mundo en los primeros años de la epidemia, el número de hombres con la infección por VIH o con SIDA superaba ampliamente al de mujeres, pero desde entonces, la proporción de mujeres infectadas a nivel mundial no ha parado de crecer. Hace dos años se observó que la mitad de las personas infec-

La educación es un pilar básico de la prevención, no sólo del VIH/SIDA, sino también de las infecciones de transmisión sexual y de los embarazos no deseados

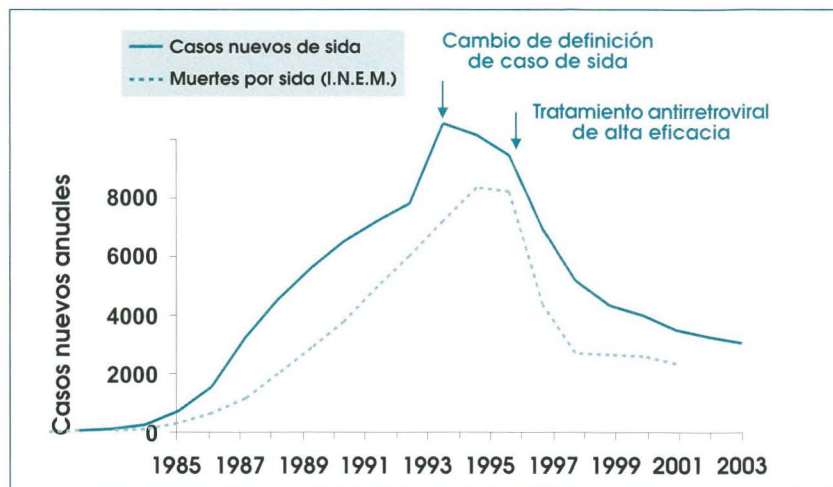


Fig. 1. Evolución de la incidencia y mortalidad por SIDA en España.

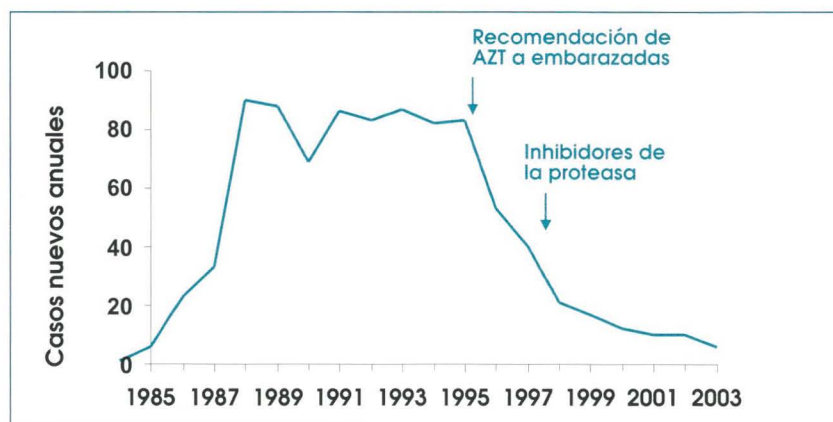


Fig. 2. Casos de SIDA de transmisión madre-hijo en España

Fuente: Registro Nacional de SIDA

tadas en el mundo eran mujeres y niñas. Hoy, por ejemplo, en algunas zonas de África meridional, las mujeres superan a los hombres en una proporción de dos a uno en algunos grupos de edad. En España la situación no es así y la epidemia continúa teniendo un carácter marcadamente masculino, pero el creciente peso de la transmisión heterosexual hace prever una proporción creciente de mujeres en las nuevas infecciones. Además, la mujer es más vulnerable a la infección que el hombre.

Las diferencias entre hombres y mujeres influyen en la vulnerabilidad de la mujer a contraer la infección por VIH debido a factores biológicos, culturales, sociales y económicos. De todos ellos, si bien es verdad

que la mujer tiene una probabilidad de 2 a 4 veces mayor de infectarse por el virus que el hombre por motivos biológicos, son el resto de factores los que

realmente determinan esta vulnerabilidad. La menor capacidad de decidir sobre las relaciones sexuales o negociar el uso del preservativo, y en algunas ocasiones la dependencia emocional y económica o la menor educación o información son los factores determinantes. Este año, a través de su campaña del Día Mundial del SIDA y bajo el lema "Ahora escúchame", el Programa Conjunto de SIDA de la Naciones Unidas -ONUSIDA- destaca con contundencia cómo la igualdad de las mujeres ayuda a luchar contra el SIDA.

Otra de las posibles consecuencias relacionadas con la mencionada "sexualización" podría ser en nuestro entorno el incremento en la proporción de diagnósticos tardíos de la infección. Alrededor de 30.000 personas que han tenido prácticas de riesgo en alguna ocasión, por ejemplo alguna relación heterosexual ocasional no protegida, nunca se han hecho la prueba del VIH y desconocen que son seropositivas. Los motivos por los que una persona no se hace la prueba del VIH son variados. El primero de ellos puede ser la falta de percepción del riesgo. Mucha gente cree todavía que el VIH/SIDA es una enfermedad únicamente de homosexuales o de usuarios de drogas o, incluso en la actualidad, que es una enfermedad que sólo ocurre en África.

Evidentemente, esta percepción, como se deduce de los datos disponibles, es equivocada y la consecuencia inmediata es la falta de reconocimiento del riesgo en las relaciones heterosexuales con personas de las que se desconoce su estado respecto al VIH. Es alarmante que más de la mitad de los diagnósticos en personas que adquirieron la infección por vía sexual sean directamente de SIDA. Estas personas han podido vivir incluso más de 10 años con la infección, sin síntomas, sin sospecharlo y sin hacerse nunca la prueba del VIH. No se han beneficiado de los tratamientos y seguimiento de su infección, ni han sido conscientes de la transmisión del virus a sus parejas sexuales.

El otro gran motivo que obstaculiza la realización de la prueba es el miedo al estigma y a la discriminación social. El miedo a un resultado positivo, al rechazo de los amigos o de la familia, a un despido laboral o a cualquier tipo de discriminación impide que personas que puedan tener una percepción del ries-

go más adecuada acudan a hacerse la prueba. La promoción de la prueba del VIH, voluntaria, confidencial y acompañada de *counseling* debe ser priorizada y constituir un elemento clave si se desea prevenir un incremento en la proporción de diagnósticos tardíos.

Nuevas estrategias preventivas

Por todo ello y en este contexto epidemiológico, la estrategia de prevención del VIH/SIDA en nuestro país debe adaptarse a los nuevos retos que se plantean. Además de mantener y reforzar las estrategias de reducción de daños (intercambio de jeringuillas, programas de metadona) que han resultado vitales para contener la epidemia y prevenir la infección en usuarios de drogas inyectadas, se deben potenciar las actividades de prevención de la transmisión sexual.

El SIDA ha pasado de ser una enfermedad rápidamente mortal a observarse un incremento importante de la supervivencia y de la calidad de vida de los enfermos

La educación es un pilar básico de la prevención, no sólo del VIH/SIDA, sino también de las infecciones de transmisión sexual y de los embarazos no

deseados, y no en vano se conoce como la "vacuna social" del SIDA. Los jóvenes y adolescentes son una de las poblaciones en las que las intervenciones de prevención resultan prioritarias. Del éxito de la educación en la cultura del sexo seguro y en la igualdad entre hombres y mujeres dependerá el futuro de la epidemia en nuestro país.

Del mismo modo, el aumento de accesibilidad al preservativo como método más efectivo de prevención para aquellas personas que tienen relaciones sexuales con parejas de las que desconocen su estado

La epidemia del VIH/SIDA en España

Nuevas situaciones y nuevos retos

respecto al VIH, es una actividad imprescindible en cualquier estrategia seria de prevención efectiva. Según los recientes datos de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales de nuestro país, sólo el 59% de los encuestados utilizó siempre el preservativo el año pasado con sus parejas ocasionales, lo que

supone una proporción muy inferior a la deseable. Significa que un 41% de la población pudo estar potencialmente expuesto al VIH. Trabajar para incrementar y adecuar la percepción del riesgo, la

información y la sensibilización y la disminución de las barreras de acceso a los preservativos son tareas a reforzar en una epidemia en la que predomina la transmisión sexual.

Por último, es importante destacar que la población inmigrante ha aumentado notablemente en España en los últimos años. Hay zonas dónde este incremento ha sido especialmente importante. Las personas de otros países pueden ser consideradas, debido a sus diferencias lingüísticas o en ocasiones a sus dificultades de acceso a estructuras sociales o sanitarias, como especialmente vulnerables para la infección por VIH. Los mensajes de prevención

pueden no estar llegándoles de forma efectiva, y por ello la adaptación cultural y lingüística de los mismos y el apoyo para facilitar el acceso a la asistencia son retos que debemos asumir en una España demográficamente cambiante.

Los objetivos que ya en 1987 aprobó la Asamblea Mundial de la Salud: prevenir nuevas infecciones, reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia y movilizar y coordinar esfuerzos contra la infección por el VIH/SIDA, continúan estando plenamente vigentes. Sin embargo, son los cambios que han tenido lugar en la propia epidemia en estos últimos años los que han generado nuevos retos y necesidades. Es responsabilidad de todos los implicados, administraciones, profesionales, ONGs y sociedad civil en su conjunto, adaptar todos los esfuerzos y estrategias a esta nueva realidad para poder así dar una respuesta eficaz a un proyecto común: la lucha contra el VIH/SIDA.

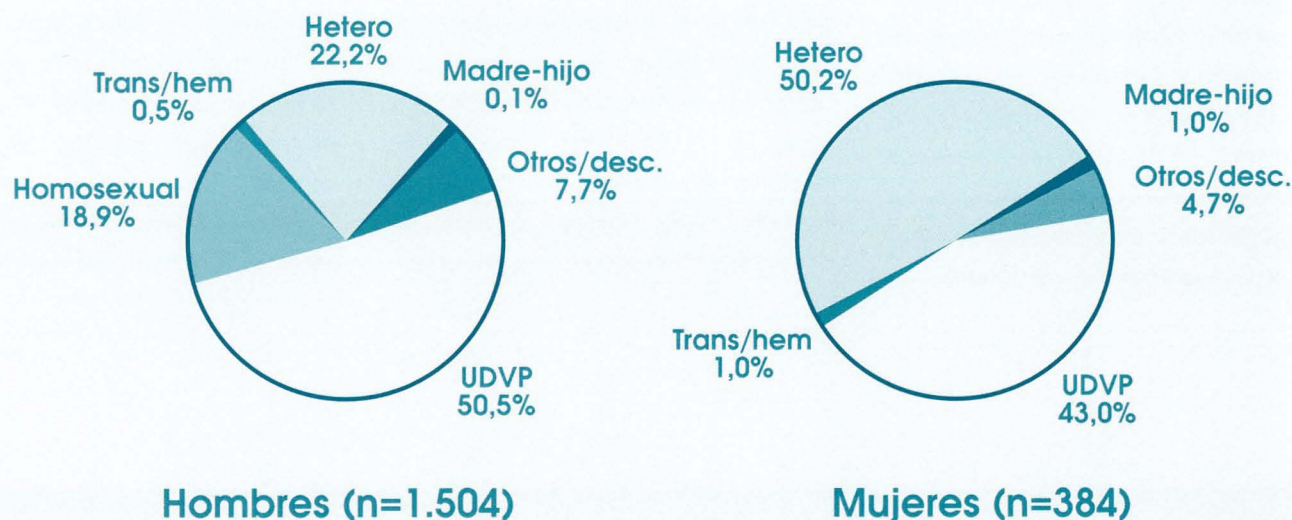
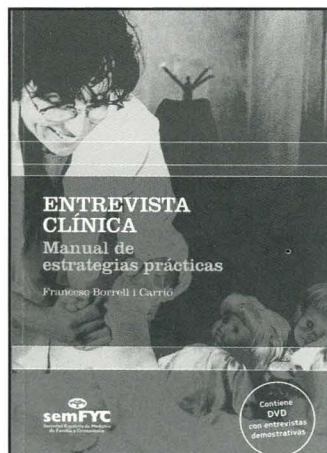


Fig. 3. Casos de SIDA diagnosticados en España en 2003. Actualización 30 de junio de 2004

Fuente: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo



Francesc Borrell i Carrió

ENTREVISTA CLÍNICA. MANUAL DE ESTRATEGIAS PRÁCTICAS.

Barcelona: SEMFYC ediciones, 2004, 272 pág. + DVD. ISBN: 84-96216-44-6

Por Javier Júdez

Asesoría y Desarrollo de Proyectos de Salud

Francesc Borrell es un profesional muy conocido en la medicina española. Especialmente en el ámbito de la medicina familiar y comunitaria o en el de la comunicación asistencial. Se convirtió hace quince años en un referente con la publicación, en 1989, de su *Manual de entrevista clínica*. Desde entonces, ha liderado en atención primaria, y por extensión en la medicina clínica, el desarrollo de

una investigación, una docencia y una práctica clínica que se toman en serio los ámbitos humanistas y, fundamentalmen-

te, la buena comunicación entre médicos y pacientes. El modelo que proponía entonces de entrevista semi-estructurada para atención primaria ha sido el santo y seña de este nivel asistencial, y da cuenta de que sea la primera especialidad con conciencia de la importancia de estos ámbitos en el conjunto de competencias que debe tener un profesional, lo que ha llevado a articular la formación explícita ya desde residentes (e incluso de estudiantes) en este ámbito.

A la altura de 2004 podemos decir, por tanto, que Borrell es un "clásico" de la medicina de familia. No en vano perteneció a la primera hornada de residentes de dicha especialidad. Ha sido impulsor y coordinador del Grupo de Comunicación y Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), de los Talleres Nacionales que dicho grupo viene organizando anualmen-

Se trata de una obra de referencia imprescindible, no sólo para los médicos de Atención Primaria, sino para todos los profesionales de la salud, sea cual sea su nivel asistencial

te, pionero en el uso de los pacientes simulados y de vídeos demostrativos para docencia, investigación y evaluación, asiduo escritor en las revistas médicas,

muñidor de las representaciones teatrales que jalonan el Congreso de la semFYC, activo en la docencia de estudiantes y residentes, así como en la gestión de atención primaria o en la participación en el ámbito de los colegios profesionales en Barcelona. En estas décadas ha combinado práctica clínica, docencia, gestión e investigación, a la vez que creaba una familia a la que, como en esta ocasión, dedica su obra, y cultivaba la amistad de muchos.

Un obra de madurez, piedra angular para la renovación

Si el *Manual de entrevista clínica* permitió la renovación de este campo en España, su "evolución" (como si de un Pokemon se tratara), este *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*, largo tiempo esperado, es la obra de madurez que actualiza este ámbito en el siglo XXI. Lo hace en un momento oportuno, poco

antes de que el periodo de formación del médico de familia pase de tres a cuatro años. La obra de madurez de Borrell se convierte así, de nuevo, en piedra angular para la renovación de este edificio. Se trata de una obra de referencia imprescindible, no sólo para los médicos de Atención Primaria, sino para todos los profesionales de la salud, sea cual sea su nivel asistencial.

Lo primero que hace el Manual, en una introducción firmada por otro pionero de la medicina de familia española, Amando Martín Zurro, es entroncar con la obra de 1989, comparando las aportaciones de entonces con las de ahora. Ya en estas primeras páginas podemos ver que Borrell ya no está solo, y que su trabajo ha sido fecundo en estos años, como muestra la relación de consultores a los que el autor agradece su ayuda en la revisión de la obra en sus distintos apartados, nombres sobre todo del ámbito de la medicina de familia y comunitaria, dedicados a impulsar la comunicación asistencial en diferentes facetas.

Ya en la contraportada, en una primera ojeada y en las primeras páginas se

muestra otra de las características de la obra: su carácter eminentemente práctico. Así, encontramos propuestas para cómo valorar si "este libro me va a interesar", "guías de lectura", tablas, figuras, cuadros, un índice muy detallado, sombras en el canto de la páginas para la localización rápida de secciones concretas, términos en negrita, cursiva, destacados... Se trata de aperitivos del banquete magistral de recursos prácticos y docentes de los que hace gala el autor. Con la ventaja de que, al ser obra de referencia, no es manjar de "atracción", sino maná para nutrirnos en las largas jornadas de "desierto" que podemos atravesar en nuestra práctica clínica, en nuestro transitar hacia la tierra prometida de una práctica de calidad, satisfactoria para médico y paciente.

Estructura de la obra: ritmo y niveles de profundización

El libro de Borrell está estructurado en 7 capítulos. Los cinco primeros van desgranando elementos de la cadencia que puede caracterizar una relación en torno a la entrevista clínica (iniciar una relación terapéutica; escuchar al paciente; datos de calidad para buenos diagnósticos; informar y motivar al paciente; el paciente

opina) a través de una estructura rítmica semejante (ideas clave; habilidades básicas; errores a evitar; galería de situaciones, conceptos avanzados, sumario y bibliografía) que permite varios niveles de profundización en la obra (básico y avanzado). El sexto capítulo (evaluar nuestro perfil de entrevistadores) es expresivo de la necesidad de introspección y reflexión crítica que debe tener un clínico, quizá una de las claves para prevenir el síndrome del agotamiento profesional tan endémico en los profesionales de la salud. El séptimo aborda la docencia e investigación en entrevista clínica y muestra la pujanza de estos ámbitos en España, al menos en lo que a medicina de familia se refiere.

Complementando el cuerpo del libro, un epílogo, tres apéndices, un glosario de términos, bibliografía comentada y un índice de materias (elemento éste del que, incomprensiblemente, carecen un gran cantidad de libros profesionales).

Además, la obra -como no podía ser de otro modo en un "Borrell"- consta de un DVD con entrevistas demostrativas articuladas en torno a 6 secciones con tres caracterizaciones para cada sección.

Algunas de estas escenas las ha rescatado el autor de materiales de FMC (formación médica continuada), en una serie de 5 vídeos y folletos sobre entrevista clínica del autor de la segunda mitad de los noventa pero que aquí incluyen reflexiones "para saber más" y ofrecen las correspondencias con los apartados correspondientes del libro.

Una visión cuantitativa de la obra

Para hacerse una idea clara del enfoque práctico de este trabajo sólo tenemos que echar unos números. El libro presenta 27 figuras, 62 tablas, 20 situaciones clínicas temáticas, 9 cuadros, con profusión de la ejemplificación en las que el autor glosa (como recapitula en el útil glosario) al menos 155 términos, 163 habilidades de comunicación y una treintena de fallos o errores técnicos. Todos los capítulos llevan una bibliografía al final que incluye tanto libros como artículos. En éstos se ve el trabajo que han ido desarrollando otros autores españoles en este área. La cuidada edición se completa con 38 referencias comentadas por el autor. En este caso todas ellas son referencias de libros. Y aquí vislumbramos la necesidad de lo mucho que hay que hacer todavía en este campo: 24 de las 28 referencias son de libros editados en inglés; aún más, 36 de las 38 son de libros de autores extranjeros. Es verdad que quizá faltan referencias a obras de autores españoles que trabajan en otros ámbitos (como el de la "humanización de la salud" y la relación de ayuda -Bermejo- o el de ámbitos más

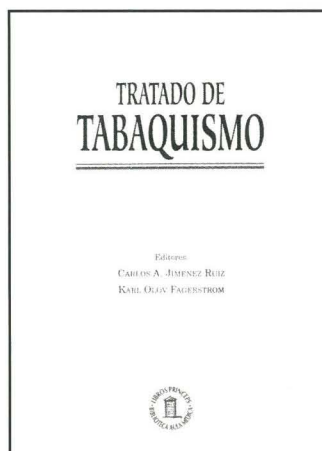
Al ser obra de referencia, no es manjar de "atracción", sino maná para nutrirnos en las largas jornadas de "desierto" que podemos atravesar en nuestra práctica clínica

hospitalarios, paliativos, por ejemplo, con Gómez Sancho, Bayés, Barreto, Barbero, Arranz). Pero en todo caso, este trabajo de Borrell debe ser piedra angular para seguir construyendo el edificio de una mejor práctica clínica. Interrelacionar los distintos ámbitos interesados por la comunicación asistencial (primaria, especializada, enfermería, psicología, trabajo social, pastoral, bioética, etc) es un reto que el autor no afronta en solitario. De hecho, una de sus características es "repartir juego" y colaborar generosamente en iniciativas de otros. La Fundación de Ciencias de la Salud y la propia revista EIDON han sido testigos en el pasado de esta realidad (Proyecto de Comunicación y Salud, proyecto de Bioética para Clínicos, artículos en EIDON).

Pertrechados para afrontar los nuevos retos

En definitiva, estamos ante una obra obligada, de las que los anglosajones caracterizarían como un "must". Son muchos los retos que afronta la medicina clínica en la actualidad. Muchos los que enfrenta la medicina de familia. Hace 15 años Borrell nos ofreció herramientas para poner a jugar la entrevista clínica a favor de médico y paciente en la práctica clínica, para que ambos tiraran hacia el mismo sitio, y no cada uno por su lado. Ahora el autor nos pertrecha con un inventario de renovados recursos para seguir remando juntos en el que destacan: el modelo emotivo-racional de acto clínico, la competencia emocional, el modelo de influencia interpersonal, las modalidades de entrevista, y una integración en la entrevista de la exploración física orientada a los problemas.

Sólo cabe agradecer a Francesc Borrell su compromiso con la medicina clínica, su lucidez, su creatividad y su carácter pionero, como cualquier autor quiere verse recompensado: comprando, estudiando y poniendo en práctica su obra, personalizándola cada uno con su propia experiencia. Sin duda que eso redundará en una mejor calidad asistencial, en médicos menos desgastados y en pacientes más satisfechos. A todos, cada uno en su lugar, nos corresponde compartir y retomar este testigo y multiplicar las iniciativas para que la comunicación asistencial no sea algo ignorado o silenciado sino que ocupe el centro, el corazón de nuestra práctica. Porque todos nos relacionamos y utilizamos la palabra como vehículo principal de comunicación. Gracias, Francesc.



Eds.: Dr. K. O. Fagerström y Dr. C.A. Jiménez Ruiz

TRATADO DE TABAQUISMO

Aula Médica Ediciones, S.L. 2004
586 pág. ISBN: 84-78-85-35-61.

Por Juan Antonio Riesco Miranda
Coordinador del Área de Tabaquismo
Sociedad Española de Neumología y
Cirugía Torácica (SEPAR)

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica reconocida como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que actualmente constituye un grave problema de salud pública. El tabaco causa la muerte de 4 millones de personas actualmente en el mundo, y se prevé que si continúan las tendencias de consumo actua-

les, en el año 2020 se alcanzarán 10 millones de muertos por esta causa.

En España, el tabaco ocasiona más de 55.000 fallecimientos por año, lo que representa el 16 % del total en personas mayores de 35 años. Actualmente, la tasa de mortalidad de los fumadores triplica a la de los no fumadores. La vida de los fumadores se acorta entre 10 y 15 años, de manera que entre un 30-35 % de éstos morirá antes de los 65 años. Además, el tabaco es responsable de un importante número de enfermedades: EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares y de un gran número de tumores (cáncer de pulmón, laringe, esófago, vejiga, etc). Aunque las patologías relacionadas con el tabaco son muy numerosas, muchas de ellas son prevenibles, o se pueden retrasar si se deja de fumar. Es decir, actualmente podemos considerar que el tabaquismo es la primera causa de muerte y enfermedad evitable.

En nuestro país fuman alrededor de 12 millones de personas (un 34 % de los españoles mayores de 16 años) con una

edad de inicio que se sitúa alrededor de los 13 años. Existe una alta prevalencia en los estratos de población más jóvenes, y cada vez es más elevado el número de mujeres.

El hábito tabáquico está muy presente en nuestro estilo de vida y condiciona, por tanto, el nivel de salud de la población. Esta situación, conocida por las diferentes organizaciones sanitarias nacionales e internacionales, ha contribuido a la movilización de un gran número de profesionales sanitarios concienciados y motivados en la lucha contra el tabaquismo.

Aunque los orígenes de la corriente médico-científica en torno al tabaco se remontan al siglo XVI (el sevillano Nicolás Monardes -1580- dedica un amplio capítulo al estudio de la planta del tabaco en su vertiente "curativa" dentro de su libro *La Historia Medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales*) no fue hasta los últimos años del siglo XX cuando aumentó el conocimiento científico sobre el tabaquismo. Esto ha propiciado una mejora del diagnóstico, tratamiento y prevención de esta enfermedad crónica y, como consecuencia lógica, un incremento del número de publicaciones en la literatura científica.

De acuerdo con esta línea, nos encontramos con este libro, *Tratado de tabaquismo*. Se trata de la obra más completa escrita en castellano donde los lectores pueden encontrar, de forma ordenada, un amplio análisis de los aspectos que configuran el

En nuestro país fuman alrededor de 12 millones de personas (un 34 % de los españoles mayores de 16 años) con una edad de inicio que se sitúa alrededor de los 13 años

La publicación de este Tratado supone una base útil para conseguir un mejor abordaje de los problemas diagnósticos, terapéuticos y de prevención en el tabaquismo

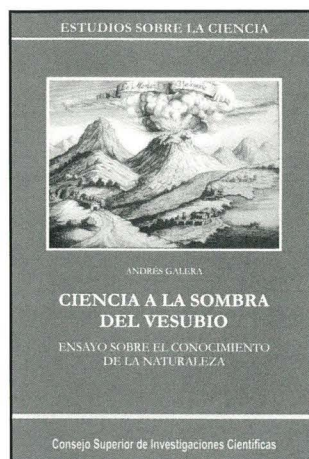
tabaquismo, su historia, epidemiología, características adictivas, patologías asociadas, aspectos prácticos del diagnóstico, tratamiento y prevención. Esta obra, a través de sus 44 capítulos, constituye un referente como consulta y un instrumento de utilidad para la

formación práctica de los profesionales sanitarios interesados en esta enfermedad.

Sus editores, los Doctores Karl Olov Fagerström y Carlos Andrés Jiménez Ruiz, constituyen una garantía de la calidad del trabajo, ya que son dos de las máximas autoridades de esta materia, a nivel nacional e internacional, como así lo avalan sus respectivas trayectorias científicas y profesionales. Ellos han sabido transmitir a los diferentes profesionales que colaboran en la obra, el entusiasmo que supone publicar una obra que aglutine tal cantidad de información existente en esta materia, además de alertar sobre los futuros retos científicos que aún quedan por resolver.

La publicación de este Tratado supone una base útil para conseguir un mejor abordaje de los problemas diagnósticos, terapéuticos y

de prevención en el tabaquismo. Además, constituye un elemento de motivación para la promoción de la salud y el logro de estilos de vida saludables para nuestra sociedad.



Andrés Galera

CIENCIA A LA SOMBRA DEL VESUBIO. ENSAYO SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA NATURALEZA

Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2003
ISBN: 84-00-08137-4
Nº págs. 264

Por José Luis Peset

Departamento de Historia de la Ciencia
Instituto de Historia, CSIC

¿Aportó alguna vez algo la ciencia española a la cultura universal? La pregunta de los enciclopedistas franceses sigue pendiente en nuestra historia. Tal como Cajal y otros afirmaron, la cultura española nunca ha tenido en su engranaje la rueda de la ciencia. Incluso hoy, la actividad científica se considera inferior a otras, sin duda importantes, pero que siempre han tenido un relativo privilegio en el interés social y

político de nuestro país. Los motivos han sido la penuria económica, la mala calidad de nuestras instituciones, la represión y el castigo religioso y político, nuestra estructura social y económica, etc. Pero también el desinterés de nuestras elites en fomentar el estudio y la reflexión sobre la ciencia, un inconveniente en el que Ortega no dejó nunca de insistir.

Los historiadores especializados han intentado durante años intentar exhumar cientos de papeles y libros abandonados en archivos y bibliotecas que muestran el esfuerzo de muchos científicos que, en nuestras instituciones, han intentado ponerse al día en sus saberes. Hemos visto en una reciente exposición en la Biblioteca Nacional de Madrid sobre la Real Biblioteca Pública, dirigida por Elena Santiago, la enorme cantidad de libros y papeles sobre ciencia que la institución creada por Felipe V tenía en su seno. La

dinastía de los Borbones se interesó por las ciencias comprando libros e instrumentos, renovando y creando instituciones, formando y manteniendo a un personal científico de calidad. La influencia de la casa francesa, con sus claras luces y

negras sombras, llegó a todo los continentes. Andrés Galera ya lo mostró en su libro *La Ilustración española y el conocimiento del Nuevo Mundo* (Madrid, CSIC, 1988), en el que analizaba la labor científica de la expedición Malaspina. Ingente tarea política, militar e intelectual, la expedición del ilustre italiano ha sido muy estudiada. Así, desde María Dolores Higuera a Darío Manfredi, desde Mercedes Palau hasta Juan Pimentel se han ocupado de sus escritos.

El autor se adentraba en las relaciones de la cultura española con los continentes coloniales, pero también con la península italiana. Curiosamente, en el recuerdo de nuestras relaciones internacionales siem-

pre premiamos las verticales, pero descuidamos las horizontales. Quiero decir que el historiador tiene muy en cuenta las relaciones de España con Francia o Italia, incluso con Marruecos, pero descuida el influjo de primera importancia que Portugal o Italia han tenido en nuestro pasado y presente. Es, por

tanto, muy interesante, la aportación que Andrés Galera nos proporciona sobre la cultura y la ciencia del Nápoles borbónico.

En la obra se nos cuenta una historia, la de la separación de la ciencia moderna de

La cultura española nunca ha tenido en su engranaje la rueda de la ciencia. Incluso hoy, la actividad científica se considera inferior a otras

sus tutelas. Por un lado, se nos narra el distanciamiento de la iglesia y del poder absoluto de los monarcas, en especial de los de las casas españolas. Por otro, la separación de la ciencia como entidad autónoma, que se distancia de la medicina. En esos años ilustrados, Immanuel Kant en *La disputa de las facultades* establece que el poder de la corona y la mitra no se puede imponer al saber, es decir, a la ciencia y la razón. Vemos aquí a unos investigadores que intentan esa autonomía, muchas veces siendo víctimas de sus dueños y verdugos.

El inicio del saber moderno

A principios del siglo XVII se inicia la renovación científica con una Academia, filial de los Lincei, en la que destaca Fabio Colonna. Las novedades vienen de la observación, la disección y el microscopio, el mecanicismo y el atomismo, si bien se mantiene un modelo cosmológico creacionista, acorde con los fenómenos naturales. También destaca Marco Aurelio Severino, propuesto como miembro de la academia, director y corresponsal de Thomas Harvey, descriptor de la circulación mayor de la sangre.

Catedrático de anatomía y cirugía de la Universidad de Nápoles, este autor considera que el organismo se descompone como un reloj, y somete a su análisis el estudio de los animales, camino esencial en el futuro de la cultura napolitana.

En la segunda mitad del siglo surge la efímera academia de los Investiganti, bajo la protección del marqués de Arena, quien deja sus estancias a los sabios. En la Academia de los Oziosi, Tomasso Cornelio se pregunta en un discurso en 1650 si

Nápoles está al margen de la ciencia europea, que ya se cultiva y respeta en otras partes de Italia y en muchas de Europa. Médico y profesor de matemáticas en la Universidad de Nápoles, considera la estructura matemática del mundo del mismo modo que lo presenta Harvey en *De motu cordis*. Críticas severas por sus remedios químicos provocan su retiro. A fin de siglo, Leonardo di Capua plantea la incertidumbre de la medicina ante las continuadas polémicas por la renovación química de la farmacia, como con el peligroso antimonio. Autor creacionista, se plantea la introducción de la ciencia en medicina, en especial de la química, así como la filosofía corpuscular de Robert Boyle. Son los pasos que recorrerán Feijoo, Sarmiento y el mismo Gazola, en sus críticas a la medicina y en su respeto por el saber moderno.

Tomasso Campanella acepta -como sucede con Bruno y Copérnico- la ciencia moderna, pero previene de los problemas religiosos que se plantearán contra Galileo. La historia natural

abandona la concepción religiosa o mágica del mundo y del funcionamiento de sus seres. Es la herencia de autores como Ulisse Aldrovandi y Gian Battista della Porta. Éste nos muestra las virtudes mágicas de las plantas, si bien se interesa por su utilidad. Fabio Colonna comienza el estudio moderno de los vegetales, basándose en la descripción de la

flor, la semilla y el fruto. Busca conocer sus virtudes y su utilidad y colabora en la edición de Francisco Hernández, el médico de Felipe II que había estudiado los seres vivos de la Nueva España. Ferrante Imperato y Fabio Colonna inician el estudio de los fósiles, que dejan de ser juegos de la naturaleza. Sigue en esta tarea, Agostino Scilla, pintor y naturalista diletante, que se interesa con criterio creacionista por la reproducción y el desarrollo embrionario. El mar es considerado como su recipiente, su medio y su transporte, estudio en que insistirán futuros investigadores.

La historia natural abandona la concepción religiosa o mágica del mundo y del funcionamiento de sus seres. Es la herencia de autores como Ulisse Aldrovandi y Gian Battista della Porta

Son muy importantes las nuevas instituciones científicas. A las mencionadas academias hay que añadir las colecciones, los jardines y los museos. El antiguo jardín de recreo de Poggio Reale, fundado por la corona de Aragón en la segunda mitad del siglo XV, era más bien un lugar de recreo. Se puede considerar una institución moderna el Museo de Ferrante Imperato, dedicado al coleccionismo de los tres reinos de la naturaleza. Restos de sus colecciones pasan al pintor y botánico Sante Cirillo, y llegaron a su sobrino Domenico, que es ajusticiado por el rey Borbón. Por el contrario, la renovación entra de forma lenta en la Universidad. Se repudia el movimiento novator y los galenistas rechazaron allí los productos químicos. Giambattista Vico en retórica y Nicolló Cirillo en aforismos son los únicos profesores que atraen al público a las aulas al empezar el siglo XVIII.

Un saber útil y cualificado

Celestino Galiani, monje y matemático, inicia la reforma en 1732, que se propone en 1734 ante los españoles. Se quiere un saber útil y cualificado, que pueda competir con las escuelas privadas. Las propuestas son variadas: nuevo espacio docente, selección y mejor remuneración del profesorado, modernos saberes y creación de una academia científica. Se pretende mejorar la anatomía y la cirugía, introducir la botánica, la física experimental, la mecá-

nica, la náutica, la astronomía, pero también el derecho natural y de gentes, el hebreo y el estudio del clasicismo.

En la cátedra de Antonio Genovesi se defiende la ciencia moderna, pero también las ventajas de la economía moderna. Se reivindica a los sabios napolitanos, así como la ciencia nueva. Se quiere un saber laico, popular y útil. El italiano es el imprescindible nuevo vehículo.

La expulsión de los jesuitas permite emplear sus instalaciones, así como proseguir con sus métodos, que permiten una adecuada didáctica y perpetuar el control, la obediencia y la devoción. Otra vez el ministro Tanucci inicia la reforma, pero cae y es el marqués de la Sambuca quien renueva con el método de Genovesi, que puede aunar agricultura, elocuencia y arquitectura. Su obra póstuma para jóvenes difunde una moderna física experimental que contiene una historia de la Tierra. En 1777, la Facultad de ciencias naturales se libra por fin de la tutela de los médicos. Surge en 1779 la Academia Real de Ciencias y Bellas Letras. Se consolidan el Jardín Botánico y el Observatorio Astronómico, situando a Domenico Cirillo y Felice Sabatelli en botánica y astronomía. Como médico que

Excelente libro que ha sabido explicar bien el pasado de la cultura científica napolitana como camino hacia el presente

se mete a botánico, Cirillo instala en las aulas napolitanas a Linneo y avanza en el estudio de las plantas y de los insectos. Analiza la fecundación y el proceso de la vida basado en los supuestos de la física y la química.

Vuelve más tarde a la cátedra de medicina teórica a esperar su trágico final. Giovanni Maria della Torre, fraile y custodio de las colecciones reales, microscopista que fabrica lentes, lleva a la modernidad la historia natural. Ferviente vulcanólogo, busca explicar la evolución de la naturaleza según las leyes newtonianas. Su hallazgo en sus observaciones microscópicas de los "globetti" como base de la vida, le permiten la descripción de la forma anular de la sangre, que confirma Needham. Por su parte, Saverio Macri en historia natural inicia la más moderna zoología napolitana, que conformará el futuro de los estudios biológicos del reino.

Se trata de un excelente libro que ha sabido explicar bien el pasado de la cultura científica napolitana, entendiéndolo como camino hacia el presente. Está bien escrito y enriquece de forma sobresaliente el conocimiento que sobre la ciencia italiana y española teníamos hasta el momento. Es, pues, un libro imprescindible.

AGENDA agenda

Durante el próximo año se llevarán a cabo nuevas Jornadas y cursos de formación que amplían el abanico de las actividades de la Fundación de Ciencias de la Salud. Entre ellas, sesiones dedicadas a la divulgación científica, a la historia de la ciencia y las humanidades médicas y a la bioética. Continúa también la celebración de ciclos de conferencias con solera: *Con otra mirada* y *Vivir con...*

CLAVES

20 de enero. Carme Riera: "Corazones enfermos", dentro del Ciclo *Con otra mirada: otras voces, otros ámbitos*. A las 20:00h. en la Fundación de Ciencias de la Salud.

17 de febrero. "Ciclo celular y cáncer" por Tim Hunt. A las 19:30h. Fundación de Ciencias de la Salud.

JORNADAS Y CONFERENCIAS

Ética en la investigación clínica

Con el objetivo de formar a los Comités de Ética en Investigación Clínica en asuntos específicos como la farmacogenética, el uso de placebo y otros temas de interés se organizarán a lo largo del año una serie de Jornadas en Madrid, Cataluña y Andalucía.

El valor de la innovación biosanitaria

Un debate polémico y de plena actualidad. La Jornada pretende analizar objetivamente qué beneficios puede obtener una sociedad que apuesta por la innovación, centrandó el debate en el campo de las biociencias en general y de la salud en particular. Además de expertos en farmacoeconomía, participarán en esta Jornada representantes de la administración e investigadores de ámbito nacional e internacional.

El anciano

La población mayor de 65 años es uno de los grupos que más recursos requiere tanto desde el punto de vista social como sanitario. Conscientes del protagonismo que están adquiriendo los mayores en nuestra sociedad, la Fundación organizará una serie de Jornadas centradas en distintos aspectos como el Plan Gerontológico, los sistemas de gestión y control de residencias o el maltrato. También se abordarán asuntos de bioética como la limitación del esfuerzo terapéutico, la toma de decisiones, la eutanasia o el internamiento voluntario o involuntario en los centros asistidos.

Desde la memoria

Un nuevo ciclo de encuentros que se inicia este año con el propósito de ahondar en la situación de la sanidad y la ciencia en diferentes etapas históricas. Este año, el ciclo se inaugurará con una serie de conferencias dedicadas a la historia, sociedad y ciencia en la España de Cervantes, participando de esta manera en los actos culturales dentro del IV Centenario de la Publicación de El Quijote. Esta iniciativa está avalada por un ilustre comité científico integrado por profesionales de gran nivel: Diego Gracia, Fco. Javier Puerto, Carmen Iglesias, José M. Sánchez Ron y Gonzalo Anes.

Inmigración: sanidad y sociedad

La llegada masiva de inmigrantes a nuestro país ha provocado una situación social y sanitaria sin precedentes. El objetivo de

esta Jornada será valorar el impacto socio-sanitario que esta situación está teniendo sobre la población teniendo en cuenta las patologías emergentes y las necesidades que se plantean.

Con otra mirada

Carme Riera es la primera invitada del año al ciclo *Con otra mirada: otras voces, otros ámbitos*, una visión distinta de la enfermedad bajo la perspectiva de los más relevantes escritores y humanistas del panorama actual. A lo largo del año también contaremos con la participación de Pere Gimferrer y José María Merino.

20 de enero de 2005, "Corazones enfermos". Presentación a cargo del Prof. Fco. Javier Puerto. A las 20:00h.

Vivir con...

El ciclo de conferencias *Vivir con...* es una manera original de abordar una determinada enfermedad desde una amplia perspectiva. Los ponentes profundizan en patologías con gran impacto social destacando los últimos hallazgos en investigación básica y en la experiencia clínica. Se completa con la visión personal de un afectado. Durante este año, las conferencias se centrarán en la vida con cáncer y con patología cardiovascular.



Ciclo celular y cáncer

En colaboración con el British Council. Visita y charla magistral de Tim Hunt, Científico Jefe de los Laboratorios Clare Hall del Imperial Cancer Research Fund (Reino Unido). En 1982 este científico británico descubrió las *ciclinas*, cuando investigaba la división celular del erizo de mar, que resultaron ser "reguladoras clave del ciclo celular" y le llevaron a obtener, en

2001, el Premio Nobel de Medicina y Fisiología, junto con Lee Hartwell y Paul Nurse. Impartirá la charla *Ciclo celular y cáncer*, en la que abordará las diferencias entre el control que establece el ciclo celular en un desarrollo normal de células frente a la proliferación celular en tumores cancerígenos.

17 de febrero de 2005. A las 19:30h. "Ciclo celular y cáncer" por Tim Hunt. Presentación: Dr. Ángel Nebreda, investigador del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). En la Fundación de Ciencias de la Salud.

FORMACIÓN

Innovación en Atención Primaria

Si bien durante los últimos años se están llevando a cabo experiencias innovadoras en la organización de la Atención Primaria en nuestro país, aún son necesarios más análisis. Junto con la Fundación para la Formación de la OMC –Organización Médica Colegial–, se desarrollará un ciclo de cuatro seminarios, que podrán seguirse también a través de Internet. Todos ellos se centrarán en el estudio de experiencias de innovación sobre la coordinación entre Atención Primaria y Especializada.

25 de febrero, 3 de junio, 16 de septiembre y 4 de noviembre 2005

Formación de Asociaciones de Pacientes

En la mayoría de los países de nuestro entorno, especialmente en aquellos de tradición anglosajona, las asociaciones de pacientes tienen un importante papel en las decisiones sanitarias. En España, un desarrollo asociacionista más reciente pasa por la necesidad de formación de estas entidades para lograr una correcta gestión interna. Conscientes de ello, se llevarán a cabo distintas jornadas de formación, a partir del mes de abril.

Bioética 4x4

Formación para formadores. En el último trimestre del año, una semana completa de formación presencial en bioética, como experiencia pionera. Se utilizará material formativo interactivo elaborado por la propia Fundación.

Para más información
www.fcs.es



La Fundación de Ciencias de La Salud no se identifica necesariamente ni se hace responsable de las opiniones que los autores puedan expresar en sus artículos. Reservados todos los derechos. Quedan rigurosamente prohibidos, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las Leyes la reproducción total o parcial de los contenidos de esta publicación por cualquier otro medio o procedimiento.



eidon se propone alcanzar los
más altos niveles de objetividad y
equilibrio científico en sus
contenidos.

eidon es una publicación
pensada para contribuir a mejorar
el conocimiento y la opinión de la
sociedad, en el ámbito de las
ciencias de la salud.

La publicación de este número ha
sido posible gracias al patrocinio
de GlaxoSmithKline.

www.fcs.es

eidon



www.fcs.es

número 17

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD