

eidon

20
número

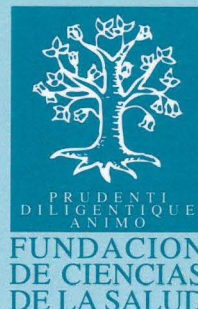
REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

**La inmigración
y el sistema sanitario
español**

Entrevista
Consuelo Rumí

**La confidencialidad
en la práctica médica**

14 euros ▪ noviembre-febrero **2006**



número

revista
eídon

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

Javier Puerto

CONSEJO ASESOR

Gonzalo Anes

Ángel Bizcarrondo

Antonio Colino

Hipólito Durán

Alberto Galindo

Arturo García Tizón

Carmen Iglesias

Luis Mateo Díez

Federico Prades

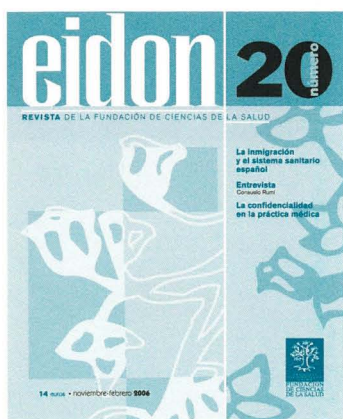
Miguel Roca

Carlos Solchaga

DIRECTORA

M^a Dolores S. de Puerta

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD



CONSEJO DE redacción

DIRECTOR
Javier Puerto

COORDINACIÓN
Beatriz Juanes

COLABORADORES
EN ESTE NÚMERO
Ricardo Campos
Juan M. Fresno

Juan Gervas
Javier Júdez
M^a Luisa Lasheras
José Luis Peset
Marisa Pires
Esteban Rodríguez Ocaña
Javier Tomeo
M^a Isabel Vicente
José Zarco

REDACCIÓN
Beatriz Juanes
Ricardo López
Yolanda Virseda

DISEÑO Y MAQUETACIÓN
RPM

FOTOGRAFÍA
Archivo y Vídeo Press

IMPRIME
Gráficas Monterreina, S.A.

FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
Plaza Carlos Trías Bertrán, 4-2º.
28020-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

20

sumario

EDITORIAL

PLATAFORMA DE DEBATE

POLÍTICA SANITARIA

ENTREVISTA

BIOÉTICA

VIVIR CON...

CON MANO AJENA

EN TIERRA DE NADIE

DEL PASADO AL PRESENTE

CRÍTICA DE LIBROS Y CURSOS

AGENDA

4 Ricos y pobres

6 Los problemas sociales y el sistema sanitario

• Juan Gervas

Drogas y sanidad: un encuentro reciente

• José Zarco

La violencia hacia las mujeres como problema de salud

• Marisa Pires

• M^a Luisa Lasheras

20 Inmigración: sociedad y sanidad

28 Consuelo Rumí

Secretaria de Estado de Inmigración



31 Confidencialidad, intimidad y secreto médico

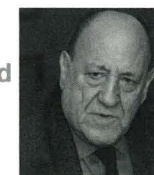
36 Vivir con... Cáncer de mama

40 Las ONG y la promoción de la salud

• Juan M. Fresno

A propósito de una cita de verano

• Javier Tomeo



46 En tierra de nadie: conversaciones sobre ciencias y letras

Ciencia versus narrativa

50 Salud y marginación

• José Luis Peset

El movimiento Higienista en la España urbana del s.XIX, ¿utopía o contradicción?

• Esteban Rodríguez Ocaña

Higiene, salud y enfermedad en el movimiento obrero español (1880-1936)

• Ricardo Campos

69 • Introducción a la astronomía y la geografía

• Cincuenta años de cultura e investigación en España: La Fundación Juan March (1955-2005)

• Curso de Formación de Formadores *Bioética 4x4*

80 Próximas actividades y publicaciones

Ricos y pobres

Una de las historias más sorprendentes que cabe escuchar es la de las ideas de riqueza y pobreza. En contra de lo que pudiera parecer, estos conceptos no han permanecido idénticos a través de los siglos sino que han evolucionado con el paso del tiempo. No hay una idea de riqueza y de pobreza sino muchas. Las sociedades agrarias, las que han dominado el mundo desde la revolución neolítica, surgida en torno a los años 8.000-3.000 antes de Cristo, hasta la revolución industrial, identificaron riqueza con propiedad de la tierra. Pobre, en consecuencia, era quien no sólo no poseía la tierra sino que se veía obligado a trabajarla como esclavo o como siervo. Pobres fueron el esclavo antiguo y el siervo medieval.

Con las revoluciones liberales de los siglos XVII y XVIII en el orden sociopolítico, y en revolución industrial en el económico, el panorama cambió drásticamente. Por riqueza comenzó a entenderse algo completamente distinto a lo de la etapa anterior. Rico era quien poseía capital, un elemento básico de la actividad económica, y pobre el que sólo podía aportar al proceso productivo el trabajo. Trabajo sin capital: ésa es la definición del nuevo tipo de pobre, el que a partir de la mitad del siglo XIX se llamó proletario. El dogma fundamental de la economía liberal clásica fue que los dos elementos esenciales del proceso productivo y de la generación de riqueza son el capital y el trabajo. Se es rico cuando se posee capital. Y la pobreza consiste en la necesidad de enajenar la propia fuerza de trabajo, vendiéndosela al capital.

Es interesante reflexionar sobre lo que en ese contexto se entiende por trabajo. Si buscamos la respuesta en un libro tan significativo de esta mentalidad como *La riqueza de las naciones*, de Adam Smith, veremos, no sin sorpresa, que su idea del trabajo es muy distinta a la que tenemos hoy. Distingue dos tipos de trabajo, que llama, respectivamente, "productivo" e "improductivo". Y escribe: "El operario industrial añade generalmente al valor de los materiales con los que trabaja el de su propia manutención y el del beneficio de su patrono. Por el contrario, la labor de un sirviente no añade valor a nada". Y poco después: "Un hombre se hace rico si contrata a una multitud de obreros, pero se hace pobre si mantiene a una multitud de sirvientes". Adam Smith continúa

colocando al lado de los sirvientes a los soberanos "y todos los altos cargos que le sirven, tanto de justicia como militares", así como a sacerdotes, abogados, médicos, hombres de letras, actores, bufones, músicos, cantantes de ópera y bailarines.

Para Adam Smith el trabajo que genera riqueza es el primero, no el segundo. Y ello porque identifica riqueza con capital. El trabajo improductivo no incrementa el capital sino que lo disminuye. Pero cabe entender la riqueza de otra manera. Por ejemplo, como capacidad de consumo. Eso es lo que ha hecho la economía postindustrial del siglo XX, llamada por eso mismo economía de consumo. Se es tanto más rico cuanto más capacidad de consumir se tiene. Y en ese sentido cabe decir que los trabajos que Smith consideraba "improductivos" generan tanta o más riqueza que los otros. Eso es lo que explica que esta economía postindustrial haya hecho crecer exponencialmente el llamado "sector terciario" o de servicios, ése que Adam Smith consideraba improductivo. El sector terciario es fuente de riqueza, por más que pueda considerarse improductivo.

¿Quién es pobre en este tercer modelo de la actividad económica? Quien no puede consumir. Al trabajador ya no puede considerársele pobre, dado que en las sociedades occidentales tiene una amplísima capacidad de consumo. De ahí que los pobres estén ahora, por lo general, fuera de las propias naciones desarrolladas, en el llamado Tercer Mundo, en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo.

Esto permite entender un fenómeno que caracteriza como pocos nuestra situación actual y que permite predecir una de las características más significativas de la economía y la sociedad del siglo XXI. Se trata de la emigración masiva de personas del Tercer Mundo al Primero. El nuevo pobre en los países occidentales es el inmigrante. Él es quien habrá de ocuparse de los trabajos que no quieren los habitantes de los países ricos.

¿Y qué trabajos son esos? También aquí se ha producido un cambio sustancial respecto a la situación descrita por Adam Smith. Y ello no sólo porque se haya concedido valor económico positivo a los trabajos que éste calificaba,

despectivamente, como improductivos, sino porque esos trabajos van poco a poco convirtiéndose en los más apreciados e importantes. Veamos por qué.

El llamado trabajo productivo tiene la característica de generar algo, lo que se llama un producto, que puede ser comprado y vendido y ser fuente de otros productos. Por el contrario, los trabajos improductivos no producen nada, de modo que en ellos producción y producto vienen a identificarse. El producto es la propia producción. Como dice Adam Smith, la labor del actor que declama, del orador que arenga o del músico que toca una pieza, "perece en el mismo instante de su producción". Producción y producto se identifican.

A poco que se piense, se advertirá que esto último es lo que sucede en las actividades más refinadas de la vida del espíritu y de la cultura. No se trata sólo del arte, sino de la vida intelectual en toda su extensión. El que Smith llamaba trabajo productivo se hace con las manos, en tanto que el considerado no productivo se lleva a cabo con la inteligencia. Es la famosa dicotomía entre mano y cerebro, tan presente a todo lo largo de la cultura, el *neg-otium* y el *otium*. El tiempo nos ha enseñado que este último tipo de actividad no es nada fácil. El hacerlo bien requiere una espléndida educación y mucho entrenamiento. No es sencillo ser espiritualmente rico, tener muchas posibilidades de crear intelectualmente. Pues bien, eso es lo que la educación permite hoy a los ciudadanos del Primer Mundo, y es lo que hace también que sean los llamados trabajos productivos los que hoy quedan en manos de los recién llegados, los inmigrantes. Ellos son, por eso mismo, los nuevos pobres de nuestras sociedades. Su pobreza no consiste tanto en que a su cargo estén los llamados trabajos productivos, cuanto en que no tengan la capacidad para realizar los no productivos, que son, curiosamente, aquellos que añaden más valor y crean más riqueza, en contra de lo que Adam Smith pensaba.

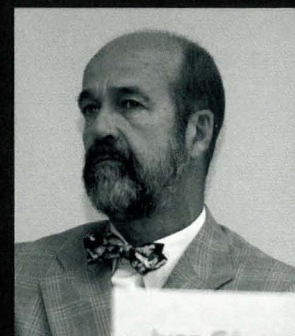
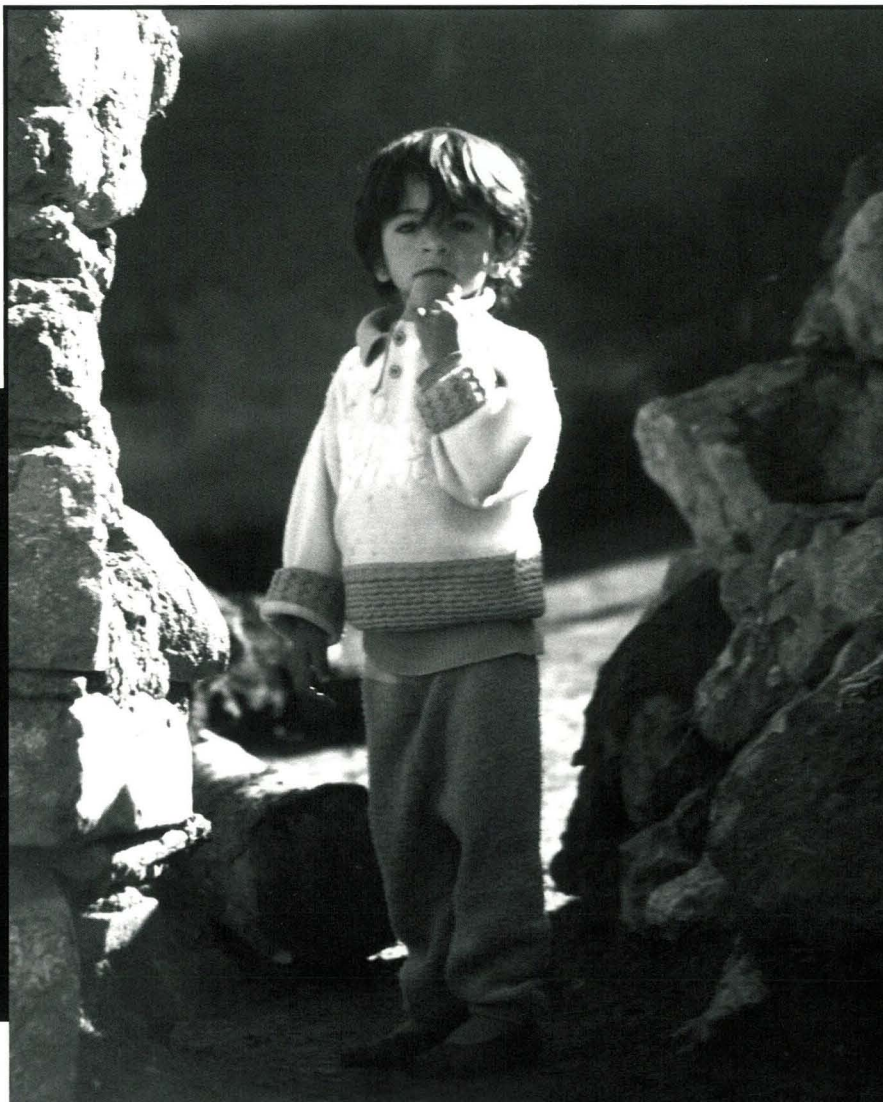
Ésos serán los nuevos pobres del siglo XXI, aquellos que tengan que realizar los llamados trabajos productivos. ¿Y después? ¿Qué vendrá después? No es fácil predecirlo. Pero hay algunos signos interesantes. En el futuro no hay duda de que el llamado

trabajo productivo se automatizará progresivamente y acabará siendo realizado por máquinas. En esto jugará un papel fundamental la vinculación cada vez más estrecha entre nanotecnologías, por una parte, y sistemas biológicos, por otra. Con el tiempo, el trabajo productivo desaparecerá de la actividad propiamente humana, será considerado trabajo no humano. El trabajo propiamente humano será aquel que Adam Smith había considerado, despectivamente, como no productivo.

Cuando eso suceda, habrá cambiado también nuestra idea de la riqueza. Rico no será ya quien detenta la propiedad de la tierra, ni el amo del capital, ni tampoco quien tenga una alta capacidad de consumo. Todas estas definiciones pasarán, afortunadamente, a la historia. Rico será quien posea más posibilidades de vida, quien pueda hacer, pensar, crear, vivir más cosas. Se es rico o pobre en posibilidades de vida. La naturaleza no nos da posibilidades, sólo recursos. Los recursos son naturales; las posibilidades, culturales, históricas. Y la transformación de recursos en posibilidades es lo que debe entenderse por trabajo. El trabajo específicamente humano no es el productivo, que básicamente pueden realizarlo también los animales o las máquinas, sino el creativo, el que sólo podemos realizar nosotros.

¿Llegará algún día ese momento? ¿Y cuándo? No lo sabemos. Pero de esta historia puede sacarse una importante moraleja. La educación en los valores y en la vida del espíritu es la actividad económica más importante y de mayor futuro. No cabe la menor duda de ello. Y por más que no hayamos llegado a esa nueva sociedad, conviene ir enseñando y aprendiendo que la riqueza no puede identificarse ni con el capital ni con la capacidad de consumo. Son conceptos claramente insuficientes y, por ello mismo, erróneos. Se es rico o pobre en posibilidades de vida. Crear posibilidades de vida, no sólo ni principalmente materiales sino sobre todo espirituales, es la mayor riqueza que podemos querer para nosotros mismos y desear para nuestros semejantes.

Diego Gracia
Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud



LOS PROBLEMAS SOCIALES Y EL SISTEMA SANITARIO

JUAN GÉRVAS

Médico general de Canencia de la Sierra (Madrid)

A la consulta médica no sólo llegan demandas sanitarias, sino que también los problemas sociales hacen acto de presencia en ellas. Los médicos necesitan adquirir nuevas capacidades para intentar dar respuesta a estas situaciones (como es el caso del fenómeno de la inmigración), si bien es indispensable el apoyo por parte del sistema sanitario y de la sociedad misma, pues la pobreza suele encontrarse en el origen de muchas de las alteraciones de la salud.

La consulta médica es un reflejo de la sociedad, pues en ella acaba todo tipo de problema sanitario y social. El médico está bien preparado para dar respuesta a las demandas sanitarias, especialmente biológicas, pero tiene gran dificultad para responder a las cuestiones sociales, por falta de formación y de medios. De hecho, una de las carencias comunes en todos los países desarrollados es la coordinación reglada y fluida entre servicios sociales y servicios sanitarios, única forma de resolver adecuadamente los asuntos que no son estrictamente médicos, pero que surgen en la consulta. Por ello, el médico suele asistir impotente a estos graves problemas sociales, sin poder ser más que testigo de los mismos, y en todo caso, poner parches a sus consecuencias sobre la salud.

Naturalmente, estos problemas generales son expresión de los valores y creencias de una determinada situación y sociedad. Es decir, por ejemplo, la inmigración ha sido un problema social en España desde 1999, cuando se transformó en un fenómeno de masas, de forma que lo que antes afectaba a unos pocos individuos (inmigrantes y médicos), hoy es el problema directo de más del 10% de la población y, por su reacción, del 90% restante. La inmigración

ya pesa en toda la organización sanitaria, desde las salas de partos a las urgencias hospitalarias, pasando por las consultas de médicos de Atención Primaria y los despachos donde se realiza la asignación de presupuestos adecuados a las nuevas demandas. Dar respuesta a esta realidad, como a otros problemas sociales, exige capacitación de los profesionales sanitarios en nuevos conocimientos, habilidades y actitudes, y, al tiempo, un cambio global político y de la sociedad.

La sociedad, y los políticos que la representan, tienden a ignorar los problemas sociales menos visibles, como la pobreza de las viudas, por ejemplo. Son asuntos que suelen afectar a poblaciones marginales, con poco o nulo poder económico y social, y con escasa "visibilidad" tanto en la vida diaria como en los medios de comunicación. A veces es la simple ignorancia, y otras la ceguera para algo que se supone no existe, como la pobreza citada. Por mucho que los

informes sociológicos insistan en la existencia de la misma, la sociedad se comporta según el viejo refrán de "ojos que no ven, corazón que no siente". Gran parte de la población, la que pertenece a las clases alta y media, no ha tenido nunca contacto directo personal continuado ni con pobres ni con presos,

por ejemplo. Y ha mantenido un contacto muy superficial con miembros de otros grupos marginales,

como drogadictos, prostitutas, y mujeres y ancianos maltratados. Para la sociedad, son colectivos invisibles o "insignificantes" (en el lenguaje del peruano Gustavo Gutiérrez). Sin embargo, estos grupos toman contacto con el sistema sanitario, y todos los médicos son capaces de contar historias y hablar de casos clínicos terribles al respecto. En cierta forma, los médicos actúan de "tapadera del cubo de la hez de la sociedad", dicho de forma directa y brutal.

LA SALUD, UN BIEN QUE SÓLO EN PARTE DEPENDE DEL SISTEMA SANITARIO

Lamentablemente, nadie puede asegurar la salud, ni tener derecho a la misma, por mucho que se prometan tales metas, incluso por la propia Organización Mundial de la Salud, con su lema en los pasados noventa de "Salud para todos en el año 2000". Como mucho, la sociedad y el sistema sanitario pueden contribuir a la

protección y promoción de la salud con un abordaje plurisectorial, en el que múltiples políticas y acciones favorezcan el desarrollo de una vida plena y una muerte digna. Entre ellas, las referentes a educación, vivienda, no exclusión ni discriminación social, empleo y ambiente laboral seguro y saludable, defensa del medio ambiente natural, tratamiento y depuración de las aguas, alimentación y cadena alimentaria adecuada, promoción de las estructuras sociales que apreciamos (familia en sus múltiples variaciones, por ejemplo), justicia rápida y cierta, redistribución justa de los recursos, y paz social.

Por ejemplo, para evitar las enfermedades de transmisión sexual en los inmigrantes se pueden intentar múltiples estrategias, y éstas deben incluir las referentes al sistema sanitario, con mejora de las habilidades diagnósticas y terapéuticas de los médicos, y a los sistemas de declaración y seguimiento de los casos, pero ello no basta. Puede ayudar en mucho, y ser más eficaz, una política de inmigración que favorezca la reunificación familiar. El inmigrante varón con su familia tiene un comportamiento social muy distinto del inmigrante varón sin familia, tanto en lo que respecta a usos sexuales como al consumo de bebidas alcohólicas y a la violencia consiguiente.

La salud depende básicamente de la educación formal, fuertemente asociada a la pertenencia a determinada clase social. El sistema sanitario puede revertir algunas de las consecuencias de la pertenencia a las clases sociales bajas, pero es impotente para disminuir, incluso, la brecha respecto a los años de

expectativa de vida libre de enfermedades y minusvalías entre ricos y pobres, como se ha demostrado en países como el Reino Unido, con un sistema sanitario financiado explícitamente con el objetivo de disminuir el impacto de la clase social en la salud. De ahí la importancia de que otras políticas, de educación y de trabajo, de justicia y de redistribución de recursos, lleven a una sociedad donde las diferencias sociales sean menores, lo que por sí mismo tiene un efecto "terapéutico".

La situación de pobreza es la que explica la mala salud de los grupos afectados y la dificultosa reacción del sistema sanitario.

tiene comparación el consumo reiterado e innecesario de psicofármacos prescritos por el médico a pacientes de clase media y alta, una forma de drogadicción socialmente tolerada, con la venta en el

mercado negro, pastilla a pastilla, de los mismos psicofármacos.

Lo que complica y dificulta todo problema social es la pobreza. Pobreza más frecuente de lo que se piensa, pues en España afectaba al 20% de la población en 2004, según la Encuesta de Condiciones de Vida realizada por el Instituto Nacional de Estadística. Son españoles que viven con menos de 369 euros mensuales (5.177 anuales), básicamente ancianos o mujeres separadas. A diferencia de otros países europeos desarrollados, en España la situación no ha mejorado en los últimos diez años: ha aumentado la brecha entre ricos y pobres, han empeorado las condiciones de vida de los ancianos, persiste la desigualdad entre hombres y mujeres, y son casi increíbles los desequilibrios entre comunidades autónomas (la pobreza afecta al 37% de los extremeños y al 31% de los andaluces, en comparación con el 10% de los madrileños y el 11% de los vascos).

Esta pobreza es la que explica la mala salud de los grupos afectados, y la dificultosa reacción del sistema sanitario, impotente y poco preparado para responder proporcionalmente, según necesidad. No se olvide que se cumple la "ley de cuidados inversos", que dice que "la cantidad de cuidados que recibe un paciente es

LA POBREZA, DENOMINADOR COMÚN DE LOS PROBLEMAS SOCIALES

En general, los problemas sociales se asocian a pobreza. Quizá por ello sobresale tanto la violencia entre sexos, y en la familia, que se distribuye por igual en todas las capas sociales. Aun en este caso, las consecuencias en salud son peores cuando hay pobreza. También la drogadicción existe en todas las clases sociales, si bien con una distribución distinta en su uso y en sus consecuencias. Por ejemplo, no



inversa a su necesidad, y esto se cumple más intensamente cuanto más orientado está el sistema sanitario hacia el mercado". Estableció esta ley Julian Tudor Hart, médico rural inglés, y se ha demostrado siempre que se ha estudiado. Consecuencia de esta ley es el uso tardío y frecuente de los servicios hospitalarios de urgencia por los marginados, que recurren a ellos como fuente de toda atención sanitaria. Es un grupo de usuarios de urgencia que muchas veces "utiliza" otros servicios al tiempo, como los de la policía, los juzgados, las cárceles, los refugios para vagabundos, los asilos para ancianos y demás (la "hez de la sociedad", pues).

Incluso la prostitución y la inmigración (y ambas combinadas) son diferentes con pobreza que con riqueza. Nadie habla de los problemas de los inmigrantes que llegan a España desde otros países europeos desarrollados, pues son individuos cultos, con trabajo y de clase media-alta; tampoco existen problemas de inmigración para los deportistas de elite, con independencia de su nacionalidad y color. La prostitución de lujo no suele acompañarse de los problemas sociales de la prostitución callejera, de prostitutas de clase baja y/o inmigrantes sin documentación suficiente, en las que las enfermedades de transmisión sexual se unen casi indisolublemente a violencia y a drogadicción.

Los problemas sociales y de salud de los inmigrantes son los problemas de su pobreza y de su marginación. Incluso la

tuberculosis y otras enfermedades infecciosas tienen más que ver con la pobreza que con la condición de inmigrante. De hecho, la selección brutal que conlleva la emigración, legal e ilegal, supone que, en su conjunto, la población inmigrante sea más sana que la nacional de edad y sexo correspondientes. Resulta por ello injusto que muchos profesionales sanitarios sean partidarios de "chequeos" o de revisiones sistemáticas de inmigrantes y de sus hijos, algo que sólo se justifica en casos muy

concretos como, por ejemplo, para poner al día el calendario de vacunación en niños o en mujeres embarazadas, o para tener en cuenta el diagnóstico diferencial de cisticercosis en una cefalea en un paciente colombiano, pero esto debería ser parte de las habilidades rutinarias de los médicos clínicos.

LA INTERVENCIÓN SANITARIA ES POSIBLE

Obviamente, los médicos no pueden luchar como tales contra la pobreza y la desigualdad social. Pero ello no significa una impotencia absoluta. De entrada, pueden facilitar el acceso a los servicios sanitarios de los marginados y de los pacientes con problemas sociales haciendo declaración explícita y práctica de no discriminación por causas religiosas, políticas, culturales o sociales. Es decir, ofrecer servicios de calidad y con calidez a los inmigrantes o a las prostitutas, por ejemplo. Ello exige una

capacitación en conocimientos, habilidades y actitudes, que van desde la mejora en la comunicación oral (el simple decir "hola" y "adiós" en el idioma nativo del inmigrante que consulta puede ser una llave que abra muchas puertas) a la buena disposición para la visita a domicilio (básica y fundamental para ancianos pobres que viven solos), pasando por la alerta ante las quejas y

lesiones que permiten adivinar la violencia familiar (el incesto, por ejemplo). En esta capacitación, los médicos no deberían estar solos, ya que

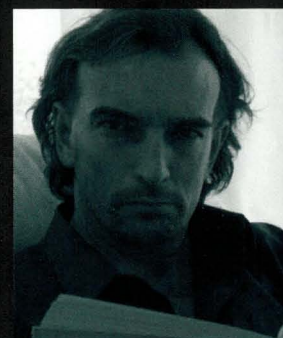
es necesario entender la cultura del marginado (los valores de los drogadictos, por ejemplo, o el duelo en los musulmanes, en otro ejemplo) y establecer nuevos mecanismos de atención (ampliación horaria, contratación de traductores, fomento del contacto con los líderes naturales de los grupos afectados...). Todo esto sobrepasa la capacidad del médico bienintencionado y debe contar con el apoyo de la organización sanitaria.

Como ciudadanos informados e influyentes, los médicos pueden y deben utilizar el conocimiento de primera mano de los problemas sociales para clamar en nombre de los sin voz. Muchas veces la sociedad no responde por simple ignorancia. Conviene, al menos, que no pueda alegarse tal excusa. Ello exige que los médicos estén al tanto del nuevo conocimiento que se produce en torno a las diferencias de clases sociales, a los problemas de los marginados y a la

atención de los problemas sociales. Es más, en muchos casos se puede contribuir a esa generación de conocimiento con una actitud menos biológica, más abierta a la realidad del entorno y de las vidas de los pacientes; por ejemplo, al incluir en todos los estudios científicos sanitarios la variable "clase socioeconómica", fácil de deducir a partir de la educación formal del paciente y de su ocupación. Es una exigencia ética y un deber científico generar información sobre el vivir y el sufrir de los pacientes no sólo según edad, sexo y patología, sino también en virtud de la clase social.

En todo caso, lo que no cabe es el silencio o el rechazo. Los problemas sociales tienen graves consecuencias en la salud de los pacientes y no pueden ser ignorados por los médicos. Su diagnóstico y su tratamiento plantean retos muy peculiares, para los que el sistema sanitario sólo tiene una respuesta parcial, pues se requiere una aproximación política global y la coordinación con los servicios sociales. Que no falten, al menos, ni la respuesta parcial de médicos cercanos, científicos y humanos, ni la coordinación que ayude a la solución global.





DROGAS Y SANIDAD: UN ENCUENTRO RECIENTE

JOSÉ ZARCO

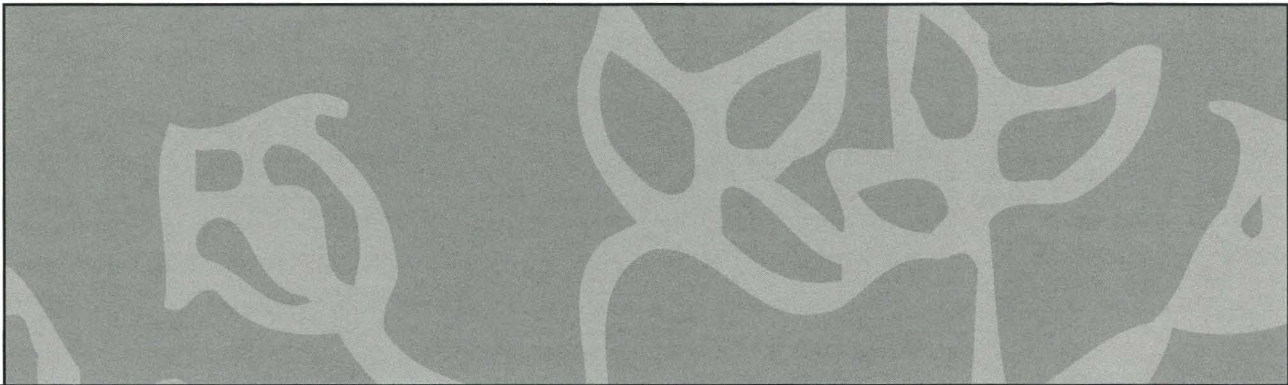
Médico de Familia.
Coordinador Docente, Área 1 de Atención Primaria de Madrid

El consumo de drogas y su dependencia es uno de los mayores problemas de nuestra sociedad, tanto por las consecuencias físicas que producen en quienes recurren a ellas como por sus devastadores efectos personales, familiares y sociales. Una correcta atención sociosanitaria de las personas drogodependientes contribuiría a paliar de forma notable los enormes daños que provocan las drogas y, en este sentido, la Atención Primaria se presenta como una plataforma idónea para asegurar y promover los cuidados (y la continuidad de los mismos) de los afectados.

ANTECEDENTES

Desde que existe el hombre nos encontramos con referencias al consumo de sustancias psicoactivas con fines diferentes a los estrictamente médicos: religiosos, mágicos,

experienciales... En España, el consumo de drogas, o mejor dicho, la dependencia de las drogas "ilegales" comenzó a ser considerada enfermedad como consecuencia de los efectos devastadores que el sida empezaba a producir a finales de los años 70 y principios de los 80, ya que hasta entonces los drogodependientes eran vistos como "viciosos y delincuentes".



Dichos efectos devastadores eran resultado de la pauta de consumo inyectada en la que se compartían los materiales de inyección (transmitiéndose entre los consumidores enfermedades infecto-contagiosas como el VIH, el virus de la hepatitis B o el que luego se reconocería como el virus de la hepatitis C), y no por la propia droga consumida, la heroína. Es entonces, en 1985, cuando aparece el Plan Nacional sobre Drogas, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, y comienzan a diseñarse y ponerse en marcha los primeros Programas Libres de Drogas (PLD), que buscaban como único objetivo terapéutico la abstinencia en el consumo de la droga, a través de

la creación de una red específica de atención a las drogodependencias, red que prolifera de forma paralela al Sistema Nacional de Salud.

Conviene definir el estereotipo de drogodependiente para el que se diseñan esos recursos: se trataba de un varón joven que raramente superaba los 25-30 años, consumidor de heroína por vía inyectada, con unas pautas de consumo en las que solía compartir diferentes utensilios para la inyección en condiciones nada higiénicas, que solía vivir en situación de desempleo y marginación social, y que acababa delinquiendo para conseguir su dosis de droga: el típico yonqui.

Al margen del desarrollo de la red de drogas, en los diferentes niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud se produce un rechazo a la atención de este tipo de pacientes, a los que rápidamente se les etiqueta de "problemáticos". La frecuencia de contactos en las urgencias hospitalarias por sobredosis de heroína, la demanda creciente de fármacos como las benzodiacepinas en las consultas de los centros de salud, el rechazo de las Unidades de Salud Mental a abordar una enfermedad (pese a estar definida en sus manuales de referencia) y la falta de formación en drogodependencias de los diferentes profesionales sanitarios que trabajan en el Sistema Nacional de Salud ahondan la discriminación negativa y la exclusión de estas personas, dificultando también la correcta coordinación con la red específica de drogodependencias.

PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO

La escasez de resultados de los PLD y la experiencia de ciertos países de nuestro entorno europeo con distintos abordajes de los problemas relacionados con el consumo de heroína hacen que se empiecen a poner en marcha otro tipo de programas de menor grado de exigencia: los Programas de Reducción del Daño, cuyo objetivo inmediato no es la abstinencia de la droga, sino mejorar el estado de salud del drogodependiente mediante medidas alcanzables en plazos de tiempo mucho menores ("step by step", que traducido significa: "peldaño a peldaño" o "paso a paso"). Se inician los programas con sustitutivos de

opiáceos, Programas de Mantenimiento con Metadona y Programas de Intercambio de Jeringuillas, que, sobre todo, habían demostrado reducir los problemas vinculados como el sida, las hepatitis y otras enfermedades relacionadas (caso de la tuberculosis), así

como la delincuencia asociada, además de suponer un mayor acercamiento a los sistemas de salud y, por tanto, la posibilidad de un mayor contacto.

Cada vez es más frecuente la aparición de otro tipo de recursos sociosanitarios que pretenden dar respuesta a tan importante problemática, de forma que diferentes organizaciones no gubernamentales, asociaciones de ex-consumidores, organizaciones religiosas y diferentes dispositivos privados amplían la oferta de recursos: pisos de acogida, granjas de rehabilitación, etc.

Cabría también resaltar el efecto devastador del sida hasta la aparición de los tratamientos de alta eficacia con combinación de fármacos antirretrovirales e inhibidores de la transcriptasa inversa a mediados de los 90; este efecto hace mella en los drogodependientes contagiados por el VIH con una altísima tasa de letalidad y la subsiguiente reducción de consumidores por vía inyectada. A partir de ese momento, el pronóstico de los infectados, en su mayoría drogodependientes, cambia drásticamente.

No se puede olvidar hacer mención al consumo de otras drogas, algunas de ellas legales y socialmente aceptadas, como el alcohol y el tabaco (cuya morbi-mortalidad directa o indirecta no es comparable con ninguna otra), las benzodiacepinas (en las que su primera indicación suele estar prescrita por un facultativo sanitario), las anfetaminas (a veces vinculadas a potenciar la capacidad de estudio) y el LSD y derivados del cannabis, cuyo consumo se vinculó a la época hippie.

CAMBIO EN EL MODELO DEL CONSUMIDOR

La sociedad del bienestar se va implantando en España de forma paralela al desarrollo económico, con una transformación social que alcanza a todos sus valores. Se trata de una sociedad cada vez más orientada al consumo, más laica, más plural, con una propensión a la búsqueda del placer (hedonista) y una cada vez



mayor inmediatez para conseguirlo. Las drogas comienzan a consumirse con objetivos distintos a la evasión de una situación social discriminatoria, como ocurría con la heroína; la búsqueda de experiencias nuevas y de placer, la vinculación de los consumos ligados al ocio, el consumo recreativo... van sustituyendo las anteriores pautas de consumo. De esta forma, a finales de los 80 y principios de

los 90 comienzan a proliferar en el mercado (ley de oferta y demanda) otro tipo de sustancias distintas: la cocaína, los derivados anfetamínicos como el éxtasis (MDMA) o la metanfetamina ("speed"), los hongos (psilocibes, muscaria...), la ketamina y otras drogas posteriores como el gamma hidroxibutirato (GHB o éxtasis líquido), etc. Así aparece un tipo de consumo diferente, no vinculado a la marginalidad, sino en contextos integrados en nuestra sociedad y por lo general relacionados con el ocio y la búsqueda del placer.

Cambia, por tanto, el perfil del consumidor: del estereotipo del yonqui se pasa a otro mucho más normalizado. Un usuario más joven, integrado socialmente, predominantemente masculino (pero con cada vez mayor presencia femenina), con un patrón de consumo de fin de semana ligado a la fiesta, que consume diferentes sustancias (policonsumo), no problemático (en relación con la delincuencia), consumidor de drogas "limpias" (no asociadas a la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas) y cuyos problemas vinculados con su abuso son diferentes: problemas escolares, laborales y familiares, así como la presencia cada vez más preocupante de trastornos de índole mental relacionados, comorbilidad psiquiátrica (patología dual)... Este patrón de consumo también ocurre con el paciente alcohólico, que pasa de una ingesta abusiva diaria a un patrón de consumo mucho más intensivo durante los fines de semana.

No obstante, el consumidor de heroína, a pesar de haber disminuido en números absolutos y relativos (en gran parte como consecuencia de la alta

letalidad del sida ya comentada), no desaparece del todo, sino que todavía se asocia a una

marginalidad y exclusión más extrema, de forma que se suele concentrar en asentamientos marginales anexos a las grandes ciudades, en poblados donde se vende y consume droga. Suele ser una población que ha intentado numerosos tratamientos sin éxito, con muchos años de drogadicción y que en la actualidad (casi en su totalidad) consume heroína, mezclada con cocaína. Portadora de enfermedades como el sida o

las hepatitis B y C, y con un grado de salud muy deteriorado y una gran dificultad de acceso a los servicios sanitarios o sociales normalizados -en algunos casos tienen causas pendientes con la justicia- constituyen una población de extrema vulnerabilidad.

La Atención Primaria se perfila como el lugar óptimo para un correcto abordaje de los problemas relacionados con el consumo de drogas.

- El consumo de una única droga tiende a ser excepcional y, siendo el policonsumo la norma, aumenta la toxicidad de las mismas.
- La comorbilidad psiquiátrica dificulta enormemente su abordaje.

A todos estos cambios hay que añadir que las campañas publicitarias destinadas a la prevención del consumo de drogas no han mostrado grandes logros, con unos mensajes a veces contradictorios o no siempre cercanos a la realidad de los consumidores, hecho especialmente patente en relación a las drogas consideradas como legales. Por otro lado, hay que considerar los programas preventivos escolares, cuyos resultados no han sido satisfactorios, bien porque su eficacia no se ha evaluado correctamente o bien porque no eran adecuados y/o se han discontinuado demasiado pronto.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS QUE PREOCUPAN

Todos estos cambios hacen que empiecen a aparecer demandas sociales por problemas diferentes a los tradicionalmente atendidos por la Red de Drogas, tales como intoxicaciones por cocaína; trastornos mentales relacionados con intoxicaciones por diferentes drogas o con consumos abusivos crónicos; demandas derivadas de las consecuencias laborales, escolares y/o familiares; así como numerosas demandas de atención por parte de los familiares y/o allegados.

La preocupación social no es tan grande como la que existía como consecuencia del sida, pero hay datos epidemiológicos preocupantes:

- La edad de inicio en el consumo es muy precoz, aunque parece estar estabilizada en los últimos años.
- La presencia femenina ha aumentado en todos los consumos.
- La prevalencia de consumo de la cocaína y los derivados del cannabis ha aumentado mucho y, en el segundo caso, quizás no exista una adecuada percepción en cuanto a su riesgo.
- Aparecen nuevas drogas en el mercado: drogas de síntesis.

EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Como se refirió al principio, los profesionales de Atención Primaria han permanecido al margen de la respuesta sanitaria inicial a las drogodependencias, a pesar de que se hubieran ensayado diferentes experiencias puntuales con éxito, incluso con Programas de Mantenimiento con Metadona en los centros de salud.

La existencia de una red paralela de atención, la ausencia de formación específica de los profesionales y el rechazo al estereotipo de paciente conflictivo han sido elementos favorecedores de esta falta de implicación. No obstante, por un lado los cambios sociales con unas demandas diferentes pero cada vez más frecuentes en relación a un patrón de consumo

de drogas mucho más normalizado, y por otro lado, la propia consideración de la drogodependencia como una enfermedad crónica y recidivante, son elementos que hacen incuestionable la necesidad de una mayor implicación de la Atención Primaria en los problemas relacionados con las drogas en todas su fases.

Las características que definen la medicina de familia hacen de ésta el lugar óptimo para un correcto abordaje de los problemas relacionados con el consumo de drogas. Estas características son: la globalidad de la atención (perspectiva biopsicosocial), la accesibilidad como primer nivel de atención y puerta de entrada al sistema sanitario, la continuidad de la atención y la longitudinalidad a lo largo de la vida de las personas en sus diferentes etapas, el trabajo en equipo multidisciplinar, la integración dentro del sistema sanitario y su capacidad como gestora de recursos, la actitud activa antes los diferentes problemas de salud, la fundamentación del trabajo aplicando el método científico, la docencia y la investigación propias de la Atención Primaria, y la perspectiva individual, familiar y comunitaria.

La participación en actuaciones de prevención primaria en un marco de abordaje social mucho más amplio (educativo, familiar y mediático); la prevención secundaria en la gestión y disminución de riesgos; la detección precoz de los consumos problemáticos y su

tratamiento; y la prevención terciaria participando en diferentes alternativas de disminución del daño y tratamiento de trastornos asociados, son los grandes bloques de acción posibles.

UNA MAYOR IMPLICACIÓN DEL MÉDICO

Existen evidencias de la efectividad y, sobre todo, eficiencia de diferentes intervenciones en relación a otras drogas, como puede ser el consejo corto y diversas técnicas motivacionales breves en el consumo de tabaco y en menor medida del alcohol. La formación de los profesionales en técnicas de entrevista clínica es un elemento facilitador en el aprendizaje de distintas herramientas de intervención en relación a los consumos. Aunque el contexto laboral sea bastante hostil en relación a una muy alta presión asistencial y a la falta de recursos, la predisposición expresada por los médicos de familia en diferentes estudios es favorable a una mayor implicación. Esto, junto a la inclusión de un área competencial específica en el contexto del marco formativo y curricular de los médicos de familia, es un elemento dinamizador claro hacia una mayor implicación.

Por otro lado, los profesionales de Atención Primaria deben convertirse en los verdaderos gestores de los distintos niveles de atención en relación al consumo de drogas, coordinando los recursos existentes, ya sea a nivel hospitalario, con los servicios de salud mental (cuya mayor participación es imprescindible), o con los dispositivos existentes de la Red Específica de Drogodependencias, cuya dependencia orgánica a nivel nacional ha vuelto recientemente al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Alcohol, tabaco y benzodiacepinas son sustancias tóxicas y adictivas sobre cuyo consumo sería necesario intervenir.

Mientras exista el hombre, existirán consumos de sustancias con efectos psicoactivos, legales y/o ilegales, que tendrán unos efectos deseados y otros tóxicos. Pero no podemos olvidar que el mayor peligro de cualquier "droga" no está en la sustancia propiamente dicha, sino en la interacción que ésta hace con nuestra personalidad y organismo cuando la consumimos.



LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES COMO PROBLEMA DE SALUD

MARISA PIRES
Y M^a LUISA LASHERAS

*Servicio de Promoción de la Salud
Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y
Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.
Comunidad de Madrid*

La violencia que sufren muchas mujeres por parte de sus parejas (actuales o anteriores) tiene, además de los devastadores efectos personales y familiares para quien la padece, serias implicaciones para el sistema sanitario, por las secuelas físicas y psíquicas que conlleva y que deben ser atendidas. Precisamente los profesionales de la salud son testigos excepcionales de estos casos, por lo que sería conveniente que recibieran una formación más adecuada para detectarlos y tratarlos con mayores garantías.

La violencia hacia las mujeres es un fenómeno complejo que vulnera los derechos humanos fundamentales de este grupo de población. Pone de manifiesto la posición desigual entre hombres y mujeres en la sociedad, tanto en el ámbito de lo privado como de lo público, y es un método utilizado por muchos hombres para mantener el dominio sobre sus parejas. Las organizaciones de mujeres conocen este problema desde antiguo, pero sólo en las dos últimas décadas ha llamado la atención de otros organismos internacionales, debido probablemente a la magnitud que ha alcanzado y a la severidad de sus consecuencias. De este modo, no es hasta 1993 que la Organización de Naciones Unidas (ONU) establece que "la violencia y todas sus formas

de acoso y de explotaciones sexuales [...] son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas" y apremia a los gobiernos a intensificar sus esfuerzos en materia de protección y promoción de los derechos humanos de las mujeres y de las niñas^{1,2}. Tres años más tarde, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su 49ª Asamblea, acordó que la violencia es una prioridad en salud pública en todo el mundo e instó a los Estados miembros a evaluar la dimensión del problema en su territorio. Estudios llevados a cabo, desde entonces, en diferentes países del mundo muestran que la violencia puede afectar a cualquier mujer, en cualquier país (bien sea desarrollado, en desarrollo o subdesarrollado), y alcanza a las mujeres en todas las etapas de su vida, independientemente de la edad, la etnia, el nivel cultural, las creencias o la clase social a la que pertenezcan³.

Los informes sobre violencia hacia las mujeres publicados en la última década por distintas organizaciones internacionales^{4,5}, señalan que ninguna sociedad está libre de violencia, aunque las manifestaciones son variables en función de las formas que culturalmente puedan ser asumidas. Para hacerse una idea de la magnitud del problema cabe citar al economista indio Amartya Sen⁶, quien en un artículo publicado en 1996 señalaba que hay en el mundo cien millones menos de mujeres vivas de las que cabría esperar en base a las tendencias demográficas.

EL PELIGRO, EN LA FAMILIA

Es preciso señalar que en los países de nuestro entorno el contexto en el que la violencia hacia las mujeres se produce con mayor frecuencia es la familia, estimándose que la probabilidad de que una mujer sea agredida por un familiar es seis veces mayor que la de serlo por un desconocido. En la mayor parte de las ocasiones, el agresor es

La probabilidad de que una mujer sea agredida por un familiar es seis veces mayor que la de serlo por un desconocido.

la persona con quien la mujer comparte su vida actual o la ha compartido en etapas previas. Este tipo de violencia se caracteriza, además de por su frecuencia, por ser la más invisible y probablemente la más destructiva. En ocasiones es conocida por los apellidos "doméstica" o "familiar", aunque este segundo adjetivo es poco específico, ya que incluye también la violencia ejercida "hacia" o "por" otros miembros de la familia. Es preferible usar la expresión "violencia de pareja hacia las mujeres" (VPM) o "violencia de pareja íntima" (VPI), debido a que la especificidad de estos términos permite distinguirla de los conflictos de pareja que tienen lugar entre dos personas que están en un mismo plano de igualdad⁷.

Se puede definir la VPM como la manifestación de comportamientos agresivos que desarrolla el hombre hacia la mujer en el contexto de una relación de pareja con un ejercicio de poder desigual. Tales comportamientos tienen la intención de controlar o someter y resultan nocivos para la integridad física,

emocional, sexual o económica de las mujeres.

La recurrencia de los comportamientos agresivos da a este tipo de violencia un carácter de proceso que atenta contra la integridad de las mujeres, produciendo graves problemas de salud. Generalmente comienza de forma insidiosa, adoptando diferentes manifestaciones, como por ejemplo actitudes de dominio (los celos) o de protección (prohibiciones de las salidas de la mujer sola con la excusa de su seguridad), identificadas culturalmente como pruebas de amor, que impiden la autonomía e independencia plenas de la mujer. Durante este proceso, que puede perpetuarse por décadas, los episodios violentos crecen en frecuencia e intensidad, lo que se ha relacionado con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para las mujeres; debido a ello, el sistema sanitario puede proporcionar una oportunidad a las mujeres que viven una relación de malos tratos.

Ciertas investigaciones realizadas en hospitales de EE UU indican que la probabilidad de que una mujer maltratada sea ingresada con cualquier diagnóstico es el doble de que lo sea una mujer que no padece violencia; asimismo, la frecuentación de las consultas de Atención Primaria es más elevada entre las mujeres maltratadas que en la población general. A partir de estos datos, y teniendo en cuenta los numerosos problemas de salud que afectan a las mujeres sometidas a la violencia de sus parejas, es razonable pensar que la VPM incrementa la necesidad de cuidados. Sin embargo, un estudio llevado a cabo en nuestro entorno⁸ indica que al sistema sanitario se le confieren únicamente funciones subsidiarias de la acción judicial: la prueba de lesiones y eventual alerta. Esta misma investigación señala que la VPM no es en la actualidad un motivo consciente y explícito de consulta por parte de las mujeres, aunque se observa cierta tendencia a entrar en confidencia con el profesional sanitario, lo que da lugar a respuestas de diversa índole que no

Las mujeres sometidas a malos tratos visitan las consultas de Atención Primaria con más frecuencia que el resto de la población.

fenómeno, la complejidad del mismo y las dificultades encontradas para medirlo hacen pensar que sus cifras están universalmente subestimadas. El principal obstáculo tiene que ver con la definición de "caso", sobre todo cuando se trata de acotar la violencia psicológica. Por ello, muchos estudios únicamente exploran las violencias física y sexual, más fáciles de definir.

En España, el Instituto de la Mujer llevó a cabo una encuesta en la población general para investigar la situación de violencia en el año 1999 y la repitió en 2002; las cifras de prevalencia fueron del 12,4% y del 11,1%, respectivamente. Frente a estas cifras obtenidas aplicando los criterios técnicos, sólo el 4% de las mujeres declaró que sufría una situación de violencia, hecho que confirma las dificultades de muchas mujeres para reconocerse como maltratadas.

EFFECTOS FÍSICOS Y MENTALES

En cuanto a las consecuencias de la VPM sobre la salud, sabemos que la mayoría de las mujeres muertas por homicidio lo hacen a manos de su

favorecen ni corresponden la citada confidencia. La respuesta sanitaria se realiza de acuerdo con la sensibilidad, los conocimientos sobre el tema y los recursos disponibles. Las y los profesionales muestran dificultad para entender por qué la mujer ha llegado a esa situación, por qué se mantiene en ella; igualmente, señalan una presunta falta de competencia para afrontar estos casos y una tendencia a derivar estas pacientes a otros profesionales, hecho que genera en las mujeres desmotivación por una supuesta indiferencia de la institución sanitaria.

En relación con la prevalencia de VPM, los estudios realizados en distintos países arrojan datos muy variables, a causa no sólo de las diferencias reales que puedan existir entre unos países y otros, sino también de las distintas definiciones y metodologías utilizadas. Aunque existen estudios poblacionales que han permitido estimar la prevalencia de este

pareja actual o anterior. El suicidio, o la inducción al mismo, es otra consecuencia mortal. Estudios realizados en EE UU observaron que la probabilidad de suicidarse de las mujeres maltratadas es de tres a cinco veces mayor que la de quienes no lo son. Para muchas mujeres que están inmersas en un proceso crónico de violencia el suicidio puede ser la única salida a su sufrimiento, por lo que se recomienda la investigación de violencia subyacente en los casos de intento de suicidio.

En ocasiones, la VPM no produce la muerte, aunque siempre tiene efectos devastadores sobre la vida y la salud de las mujeres que la padecen y de sus hijas e hijos. Las consecuencias sobre la salud mental son tanto o más destructivas que sobre la salud física y están siempre presentes, aunque escasamente identificadas y relacionadas con la violencia por los profesionales sanitarios y por las propias mujeres. Las que están sometidas a violencia se piensan más vulnerables que quienes no la han sufrido, dando lugar a frecuentes síntomas de ansiedad y sentimientos de indefensión que generan un profundo malestar psicológico. Son comunes los sentimientos de temor, de vergüenza y de culpa, que conducen a cambios en el modo de vida y en las relaciones interpersonales de las mujeres maltratadas. Estas mujeres buscan justificación para la permanencia en una situación de violencia, negando o minimizando los actos violentos y sus efectos (hechos considerados "mecanismo de defensa" por unos investigadores y "estrategia de afrontamiento" por otros). El aislamiento es una característica común a todas las mujeres sometidas a VPM. Además de este malestar psíquico, son frecuentes los trastornos por estrés postraumático y la depresión franca.

Cefalea, tensión muscular, cansancio, apatía, irritabilidad, desórdenes gastrointestinales, dolor de espalda o abdomen son algunas de las manifestaciones de la violencia hacia las mujeres.

Como ya se ha señalado, la VPM tiene consecuencias nocivas para salud de hijas e hijos, con independencia de que se ejerza directa o indirectamente (como testigos de la violencia hacia la madre) sobre ellas y ellos. Pueden manifestar episodios de ansiedad y síntomas psicosomáticos. Asimismo, los sentimientos de miedo, terror y desesperanza son comunes, y se observan alteraciones afectivas, cognitivas y, sobre todo, cambios de comportamiento.

Las lesiones físicas son las más visibles, pero no necesariamente las más frecuentes ni las más graves. Varían de ligeras abrasiones a graves traumatismos con resultado de muerte o incapacidad, y se pueden observar en distintas fases de evolución (heridas, hematomas, quemaduras, etc.). Suelen estar localizadas en zonas del cuerpo cubiertas por la ropa.

Otras manifestaciones comunes de la VPM son una serie de síntomas clínicos inespecíficos que, a menudo, no son relacionados con la situación de violencia ni por el médico ni por la propia mujer. Reflejan el malestar derivado de la situación de violencia subyacente (cefalea, artritis, tensión muscular, cansancio, dificultad para la concentración, apatía, pérdida de memoria, irritabilidad, desórdenes gastrointestinales, dolor de espalda, pelvis o abdomen...). Responden mal a los tratamientos habituales, lo que genera desesperación en las mujeres y una gran frustración en las y los profesionales de la salud.

Las alteraciones funcionales del aparato genital (vaginismo, dispaurenia, anorgasmia y dolor pélvico crónico) pueden ser el resultado de cualquier forma de VPM, siendo la violación un hecho frecuente que puede producir lesiones genitales por agresión directa (desgarros) y facilitar la transmisión de enfermedades de transmisión sexual y de infecciones del tracto urinario y del riñón.

El largo proceso de depreciación a que está sometida cualquier mujer sumergida en un proceso

de violencia por parte de su pareja hace que no esté en condiciones de negociar sus relaciones sexuales ni la utilización de

métodos anticonceptivos, por lo que son habituales los embarazos no deseados. En ocasiones, el embarazo sirve como desencadenante de un proceso de violencia. Su prevalencia alcanza al 20-23% de las mujeres adultas y aumenta cuando se estudia en adolescentes. La VPM transforma cualquier gestación en un embarazo de alto riesgo para la madre y para el feto (aborto espontáneo, cuidados intensivos para el recién nacido y para la madre, muerte materna...).

De lo expresado a lo largo de este artículo se puede deducir que el sistema sanitario tiene un rol definido en el afrontamiento de este complejo problema, que, aunque de procedencia social, tiene una manifiesta repercusión sanitaria. Su prevención primaria, su detección en etapas precoces y un adecuado acompañamiento de la mujer son intervenciones para realizar desde el sistema sanitario, que junto con el resto de los servicios públicos tiene una importante responsabilidad en el cuidado y protección de las mujeres y de sus hijas e hijos. La eventual desinformación y ausencia de formación profesional sobre este problema, así como los prejuicios y estereotipos que subyacen en su valoración, pueden conducir a intervenciones iatrogénicas en las que no se respete la decisión de la mujer sobre las acciones que se han de llevar a cabo. Las y los profesionales de la salud deben tener en cuenta que la mujer es la protagonista de su vida, y tomar decisiones en su lugar no hará si no reproducir la violencia que se ejerce sobre ella.

Bibliografía

- 1 *Declaración y programa de acción de Viena*. Viena: Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 1993. Parte II/3. "La igualdad de condición y derechos humanos de la mujer"
- 2 *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Nueva York: Organización de Naciones Unidas, 1994. (Resolución N° A/RES 48/104 de 20 de diciembre de 1993).
- 3 *Informe Mundial sobre Violencia y Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002
- 4 Centro de Investigaciones para el desarrollo del niño (UNICEF). "La violencia doméstica contra las mujeres y las niñas". Florencia: *Innocenti Digest*, 2000.
- 5 *Informe Mundial sobre Violencia y Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/main.cmf)
- 6 SEN, Amartya. "Faltan más de 100 millones de mujeres". En "La mujer ausente". Derechos humanos en el mundo, 1991. *Ediciones de las mujeres*. Isis Internacional. N° 15.
- 7 JEWKES, R. "Intimate Partner Violence: Causes and Prevention". *Lancet* (N° 359) 2002 p. 1423-29.
- 8 SEOANE, Luis. *La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios públicos de salud*. Documento Técnico de Salud Pública, n° 92. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo, 2004. (Este estudio puede ser solicitado en el Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública o ser descargado en la web: www.publicaciones-isp.org)



INMIGRACIÓN: SOCIEDAD Y SANIDAD

Problemas de comunicación, desconfianza ante la burocracia de nuestro sistema, sensación de sobrecarga por parte de los profesionales... Son diversos los problemas que plantea el enorme aumento de la población inmigrante en nuestro país, que obligan a replantear algunas de las costumbres asistenciales para dar respuesta a una nueva situación sociodemográfica.

Muchos de los españoles que marcharon a trabajar fuera de nuestras fronteras son hoy vecinos de otros tantos extranjeros que han venido a nuestro país en busca de oportunidades laborales. España, en muy pocos años, ha pasado de ser una nación "exportadora" de personas a ser una de las que más inmigrantes recibe. Uno de cada diez individuos que viven en nuestro país no ha nacido en él, un dato que acarrea una serie de cambios en la configuración social que afectan a todos los ámbitos.

La integración sanitaria es uno de los pilares básicos del proceso de adaptación a la nueva sociedad, pero ¿está preparado el sistema sanitario español para acoger a la población inmigrante? La jornada "Inmigración: sociedad y sanidad", organizada por la Fundación de Ciencias de la Salud en Madrid, reunió a varios expertos en este campo para contar su experiencia desde el ámbito asistencial y desde la Administración.

Ciertas creencias muy extendidas entre la población fueron desmentidas por las conclusiones de esta jornada: las enfermedades de los inmigrantes son casi las mismas que sufre el resto de la población, muchas de sus patologías derivan de su mala situación socioeconómica y no usan abusivamente el sistema sanitario. Los expertos también estuvieron de acuerdo en las carencias que aún hay que solucionar, que van desde un estudio estadístico real de los datos sanitarios de los inmigrantes hasta facilitar el uso de la sanidad mediante la figura del mediador de salud en todos los centros.

Pocos datos sobre sanidad

Los datos relacionados con el ámbito sanitario son escasos, afirmó M^a Isabel Carvajal, Directora del Observatorio Permanente de la Inmigración, pero tampoco son exactas las estadísticas generales. A 30 de septiembre de 2005 había en España 2.597.014 extranjeros con tarjeta de autorización de residencia en vigor, lo que implica un incremento del 31,34% respecto a diciembre de 2004. Según la nacionalidad, los colectivos mayoritarios en esa fecha eran el marroquí (473.048 personas), el ecuatoriano (333.251), el colombiano (192.965), el rumano (174.590) y el británico (144.283). Y según su residencia, Cataluña, Madrid, la Comunidad Valenciana, Andalucía, Canarias, Murcia y Baleares agrupaban al 81,93% de los extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor en España a finales de septiembre de 2005.

¿Y cómo es esta población extranjera? Los datos que aportó M^a Isabel Carvajal dibujan un grupo muy heterogéneo en función de su nacionalidad, del sexo, de la edad y del tiempo de permanencia en España, este último un factor cada vez más significativo a la hora de analizar la situación de los inmigrantes. A 31 de marzo de 2005, el 54% eran varones y el 46% mujeres; la media de edad es de 34 años. Desde el punto de vista de inserción laboral, la tasa de actividad de la población extranjera es superior a la tasa de la población española, "lo que demuestra que gran parte de los inmigrantes ha venido con la intención de trabajar y lo está haciendo", afirmó.

Configurar las estadísticas de sanidad es una de las asignaturas pendientes más importantes, ya que no existen datos a nivel nacional. La mayor parte

de los extranjeros tienen derecho a la asistencia por el hecho de estar trabajando, pero no hay datos relacionados con la hospitalización, la utilización de los servicios de Atención Primaria, listas de espera o asistencia a urgencias.

Las distintas caras de la integración

Según Joaquín Arango, Catedrático de Sociología de la Universidad Complutense de Madrid, además del gran número de inmigrantes, es extraordinariamente influyente el perfil sociodemográfico de esta población, que, dentro de su diversidad, puede sintetizarse diciendo que se corresponde todavía con el que es propio de las primeras fases del ciclo migratorio, donde tienden a predominar los llamados primoinmigrantes, los pioneros que abren camino e

inician una cadena en la que serán seguidos por familiares, parientes, amigos y paisanos.

"Estos primoinmigrantes son en una elevadísima proporción jóvenes -continuó Arango-, cuatro de cada cinco están en

edad laboral y un alto porcentaje forma parte de los grupos de edad que constituyen la columna vertebral de la población activa (entre 20 y 45 años)". Muchos de ellos vienen solos porque son solteros y esto contribuye a un menor grado de arraigo residencial y a una mayor movilidad. Otro rasgo a tener en cuenta es la inserción laboral de los inmigrantes. "La inmensa mayoría ha venido a trabajar y, en general, ha encontrado ocupación en los escalones inferiores de la pirámide ocupacional". Esta inserción laboral desventajosa tiene su correlato en la posición social que ocupan

La población inmigrante padece prácticamente las mismas enfermedades que la española y no hace una utilización abusiva de los servicios sanitarios.

los inmigrantes en la sociedad española: el 85% desempeña trabajos de baja cualificación que Arango definió con cinco "p": "penosos, peligrosos, precarios, peor pagados y de poco prestigio".

En las zonas rurales encontramos situaciones de infravivienda, en las zonas urbanas se da el fenómeno de hacinamiento habitacional en pisos ocupados por un elevado número de personas. "No obstante, hay que reconocer que las condiciones de vida tienden a mejorar acusadamente con el paso del tiempo. Los inmigrantes que llevan tres años aquí tienen mejores condiciones de vida que los que llevan un año, y así sucesivamente. La integración requiere tiempo y un presupuesto adecuado", señaló Arango.

Casi un millón de inmigrantes en Madrid

"La integración es el reto que se plantean los políticos en los distintos países europeos desde los años 80", afirmó Rosa Aparicio, del Instituto Universitario sobre Migraciones de la Universidad Pontificia de Comillas, y que moderó la segunda sesión de la jornada, dedicada a los distintos planes de actuación en tres Comunidades Autónomas con un importante número de emigrantes.

El limitado tiempo de consulta en Atención Primaria impide tratar a fondo en esta población la patología psicósomática, que afecta al 25%.

La Comunidad de Madrid cuenta con casi 900.000 personas inmigrantes, el 25% de toda la inmigración española. En opinión de Carlos Clemente, Director General de Inmigración, Cooperación al Desarrollo y Voluntariado de la Comunidad Autónoma de Madrid, muchos extranjeros han escogido esta región porque da oportunidades, genera empleo y es facilitadora de políticas públicas necesarias para sus proyectos.

Los datos de esta concepción demográfica que surge son significativos: en 1996, en Madrid había 91.000 inmigrantes; hoy esta cifra se ha multiplicado por diez. Según los datos de mayo de 2005, en Madrid capital está el 58% de la población inmigrante; en la metropolitana, el 32% y en el resto de los



De izquierda a derecha, M^a Isabel Carvajal, Diego Gracia y Joaquín Arango, en la apertura de la jornada

municipios, el 10%. En cuanto al sexo, el 51% son hombres y el 49% mujeres, y el dato más importante es que el 82% de la población es población activa. Por nacionalidad, el 21% son ecuatorianos; el 13% rumanos, el 9% colombianos, y les siguen los marroquíes, peruanos y bolivianos.

Desde el organismo que dirige Carlos Clemente se llevan a cabo las políticas de cooperación con los países de origen, se han creado centros de atención social a inmigrantes, pisos de acogida de emergencia para personas con especial vulnerabilidad, un programa para mujeres víctimas de violencia de género, un programa de atención a inmigrantes en riesgo de exclusión, hipotecas para inmigrantes con viviendas compartidas... Unos recursos vanguardistas que, según Clemente, irán en aumento.

La diversidad de Andalucía

Los datos, a 30 de marzo de 2005, colocaban a Andalucía en el tercer puesto en número de permisos de residencia, después de Cataluña y

Madrid. Víctor Manuel Bellido, Coordinador del Plan Integral de Inmigración de la Junta de Andalucía, destacó como particularidad de la inmigración el hecho de que en algunas provincias andaluzas como Huelva, Almería o Jaén, la población trabaja mayoritariamente en el sector agrícola y es, sobre todo, masculina, mientras que en las otras provincias la población se iguala en cuanto al sexo y se centra de forma prioritaria en el sector servicios. La mayoría de los inmigrantes provienen de Marruecos y les siguen los ciudadanos británicos que se instalan en la costa.

Desde el año 2001, Andalucía dispone de un Plan Integral para la Inmigración que ahora se ha actualizado y que, entre otras actuaciones,

promueve un convenio entre distintas ONGs y la Consejería de Salud para ayudar a los inmigrantes a acercarse a los sistemas sanitarios. Algo muy necesario si tenemos en cuenta que durante 2004 entre 70.000 y 80.000 inmigrantes pasaron por el sistema público de salud. En el área sanitaria también se incluye la atención a personas con drogodependencias y adicciones, y se da especial importancia a la salud materno-infantil. Para conseguir estos objetivos, Bellido afirmó que la dotación presupuestaria ha duplicado lo previsto.

Las ventajas de la inmigración

Desde hace varios lustros la inmigración constituye el principal factor de crecimiento de la población española. Hace seis años, las proyecciones del INE cifraban la población española para el año 2050 en 37 millones de habitantes; hoy se estima en 53 millones. La diferencia entre una y otra cifra es la inmigración. Y la natalidad también se ha visto favorecida: el 15% de los recién nacidos son hijos de madres extranjeras.

La repercusión en la economía es, asimismo, muy importante. Los inmigrantes son, a la vez, trabajadores y consumidores. Como trabajadores han contribuido enormemente al aumento del empleo; de hecho, su inserción en el mundo laboral es superior a la de los autóctonos. Son trabajadores cruciales en algunos sectores como la construcción, la industria turística, la agricultura intensiva... Además, con la integración de los inmigrantes en los servicios domésticos se ha contribuido a que segmentos de la población española como las mujeres se incorporen al mundo laboral.

Por otro lado, el balance fiscal de la inmigración es positivo para las arcas públicas. Los extranjeros contribuyen a la Tesorería de la Seguridad Social (son más de un millón de nuevos cotizantes), pagan impuestos directos o indirectos y lo que reciben a cambio en forma de servicios públicos es seguramente inferior a lo que aportan, entre otras cosas por su perfil sociodemográfico: hay menos niños y ancianos que en la población autóctona, lo que les hace consumir menos pensiones y subsidios de desempleo.

Una alta concentración en Murcia

En Murcia están empadronados el 4,41 por ciento de los extranjeros residentes en España. La población inmigrante era el 1% del total de la Comunidad en 1998, mientras que en 2005 es del 12,32%. Estos datos, aseguró Antonia Madrid, de la Dirección General de Inmigración, Voluntariado y Otros Colectivos de la Región de Murcia, hacen que la concentración de esta población sea más alta que en otras regiones.

El presupuesto de un plan de integración llevado a cabo entre 2002 y 2004 ha cubierto todos los requisitos y se ha centrado en una serie de programas que van desde la contratación desde el propio país hasta convenios con diferentes empresas, pasando por el acogimiento de los inmigrantes que llegan en pateras, etc. Como dato diferenciador, Antonia Madrid describió su forma de actuación desde los ayuntamientos, ya que desde ellos se conoce perfectamente y de primera mano las necesidades reales de los inmigrantes. "En este asunto hay que ser muy perseverante y creer que existe una realidad inmigratoria que se debe atender. No basta con ver a los inmigrantes sólo para lo que nos interesa: para que trabajen, para que cuiden de nuestros mayores...".

Asistencia sanitaria para todos

Y es que la población inmigrante también enferma y necesita utilizar nuestro sistema sanitario. Pablo Traspas, *Desk 4º Mundo* de Médicos Mundi,

denunció que la situación irregular de casi un millón y medio de inmigrantes tiene importantes repercusiones en el ámbito sanitario. En Madrid, por ejemplo, hay 900.000 extranjeros empadronados y se han expedido 799.000 tarjetas sanitarias. Esto supone que un número importante no tiene tarjeta; y como las cifras son extrapolables a otras comunidades, el número de extranjeros sin tarjeta sanitaria se multiplica.

Uno de los datos más sorprendentes es que la población extranjera aporta al Tesoro Público más de lo que requiere de él, especialmente en el ámbito sanitario. En cambio, continuó Traspas, "nuestra sanidad no siempre es de fácil acceso". El primer paso que un inmigrante debe dar para lograr una tarjeta es el empadronamiento, y ése es uno de los principales escollos. "Muchos no pueden empadronarse porque no tienen un alquiler (utilizan el llamado sistema de 'camas calientes'); también temen acudir a los centros municipales por encontrarse en situación irregular, ya que es la policía quien controla el

Enfermedades que evolucionan

A pesar de no tener datos exactos, sabemos que la salud de los emigrantes está condicionada por diferentes fases que coinciden con distintos pasos en su proyecto migratorio: la salida de su país (el contexto del que provienen), la derivada de este viaje (venir en patera, el viaje anterior...), el duelo migratorio que supone separarse y las enfermedades que adquieren aquí relacionadas con su situación social.

Así, las enfermedades infecciosas y parasitarias representan sólo un 14,6%, pero el resto de las patologías recurrentes están determinadas por sus condiciones de vida. Las más frecuentes son las del sistema osteoarticular: problemas musculares por el trabajo que desarrollan y que deben curar rápidamente para poder seguir manteniéndolo.

padrón. Después, una vez obtenida esta tarjeta, aparecen otros problemas para acceder a pruebas de diagnóstico y tratamientos normalizados". ¿Cómo paliar estas dificultades? Una de las funciones de Desk 4º Mundo es fomentar la figura del mediador sociosanitario, pues ayuda a acortar las distancias entre la cultura de los inmigrantes y nuestra cultura sanitaria. También hay que solucionar los problemas idiomáticos, que plantean

dificultades en el diagnóstico y tratamiento, y los derivados de la falta de formación de los profesionales de la salud hacia esta población.

"La morbilidad de los inmigrantes está muy condicionada por su situación social", afirmó Pablo Traspas. De hecho, uno de los problemas más frecuentes es el llamado duelo migratorio, causa de numerosos desajustes psicológicos. Pero la población inmigrante es una población joven, con un estado de salud bueno: "Vienen los que mejores condiciones reúnen para emprender un largo y peligroso viaje".

El punto de vista de Primaria

José Vázquez Villegas es médico de Atención Primaria en Almería, una zona con un alto porcentaje de población inmigrante; de hecho, hay 112 nacionalidades, lo que conlleva evidentes diferencias en aspectos sociales, culturales y sanitarios. Para Villegas, Coordinador del Grupo de Atención al Inmigrante de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), los inmigrantes, en general, están sanos, pero la salud no es algo prioritario para esta población. Sólo pasa a ser importante si una enfermedad les impide acudir a su trabajo. "En muchos casos estas personas no utilizan bien nuestro sistema sanitario porque lo desconocen y porque, lo que para nosotros es un motivo de consulta, para ellos no origina ninguna demanda", señaló.



De izquierda a derecha, Antonia Madrid, Carlos Clemente, Rosa Aparicio y Víctor M. Bellido durante su intervención

La figura del mediador sociosanitario en centros de salud contribuiría a acortar distancias entre la cultura sanitaria de los inmigrantes y la nuestra.

Un estudio revela que el recién llegado tiene más riesgo de enfermedades infecciosas, pero un mejor nivel de salud. Cuando pasa el tiempo, el riesgo desciende, aunque también lo hace el nivel de salud respecto al de la llegada. "Esto se debe a las condiciones precarias de sus trabajos, a la situación social en que viven, a factores psíquicos, a problemas de adaptación y a la inequidad de acceso al sistema sanitario".

Para el Dr. Villegas, en Atención Primaria existen asuntos pendientes por solventar: "dificultades para delimitar el motivo de consulta; los pacientes acuden con muchos problemas (y no siempre sanitarios), lo que obliga a una entrevista clínica más prolongada; el tratamiento no siempre se cumple; el seguimiento es también muy complicado, y en ocasiones pueden aparecer patologías desconocidas o inusuales en nuestro medio". La patología psicosomática es muy alta (25%), exigiendo más tiempo de consulta y, por



De izquierda a derecha, Emilio Bouza, Francisco Martos, José Vázquez y Pablo Traspas, componentes de la sesión *Salud y Asistencia Sanitaria del Inmigrante*

otro lado, las actividades preventivas tienen poca aceptación en esta población, obligando a otro tipo de abordaje de determinadas enfermedades.

Desde la semFYC se ha planteado que la atención al inmigrante se integre en el Sistema Nacional de Salud. "Que existan ONGs o consultas específicas para inmigrantes es un fracaso del sistema; si queremos que Primaria sea la puerta de entrada, habrá que dotarla de los medios adecuados; entre ellos, la figura del intermediario es crucial y tendría que existir en todos los centros, así como el material necesario en la consulta traducido a varios idiomas y la adecuada formación continuada intercultural".

Hospitales "amigos del inmigrante"

"La angosta avenida por la que vienen muchos inmigrantes a España pasa por Algeciras. Además de ser un punto de entrada legal, también es una puerta tradicional de ilegales". Así definió Francisco Martos el territorio donde él trabaja como gerente del Hospital Punta de Europa, en Algeciras. La característica más peculiar de esta región es que una parte importante de la población vive a caballo entre Algeciras y distintas ciudades marroquíes. "Calculamos que un 3% del gasto farmacéutico que se realiza en el área de Primaria de Algeciras es para personas que residen habitualmente en Marruecos y que acuden a nuestro país para recibir servicios sanitarios", afirmó.

Las patologías que se ven en Atención Primaria de los residentes extranjeros son prácticamente las mismas que las de los españoles, pero en el ámbito hospitalario sí existen algunas diferencias, entre las que destacan la incidencia y prevalencia de tuberculosis, el maltrato de género o la mayor accidentalidad laboral, al trabajar en puestos más penosos y en situaciones más precarias.

Es importante destacar que esta población utiliza el hospital como puerta de entrada al sistema: "Normalmente acuden con patologías que si se hubieran tratado en Primaria no habrían necesitado ser atendidas en el hospital". Una vez aquí, los profesionales hospitalarios se plantean una serie de cuestiones: "¿podrán comprar la medicación?, ¿tendrán posibilidades de recibir los cuidados que precisan?, ¿asistirán a los controles?". Para dar respuesta a esta situación, en el año 2001 surgió la red de hospitales Amigos del

Inmigrante, 12 hospitales de distintos países europeos que pretenden diseñar políticas que hagan más "amigables" los entornos de atención hospitalaria al inmigrante. Son cuatro los pilares donde se apoya la red: favorecer el ámbito de la comunicación, potenciar el área materno-infantil, capacitar a los profesionales para que puedan llevar acabo un abordaje más efectivo de la diversidad cultural, y mantener un esbozo de investigación para conocer cuáles son las necesidades reales en el ámbito de salud de esta población a nivel europeo.

Estos objetivos se han concretado en la inclusión de una red de intérpretes y la traducción de todo el material hospitalario. También se ha hecho un trabajo importante de prevención del sida, cursos de formación en diversidad cultural para los profesionales..., "pero será imposible mejorar la salud de los inmigrantes si no somos capaces también de mejorar sus condiciones de vida", concluyó el Dr. Martos.

Los mismos derechos

Las palabras de Consuelo Rumí resumieron lo que puede ser una de las razones de los problemas sanitarios de la población inmigrante: "Es cierto que estadísticamente llegan los más sanos, pero son muchos los que hacen uso de nuestro sistema sanitario porque para ellos es una novedad tener asistencia sanitaria gratuita". La Secretaria de Estado de

La red de hospitales Amigos del Inmigrante pretende facilitar la atención hospitalaria a quienes vienen a vivir a nuestro país.

Inmigración y Emigración afirmó que la situación de la inmigración en España requiere una serie de respuestas que, en ocasiones, se dan sin tener la suficiente experiencia para acometerlas con acierto. Y es que en España "los inmigrantes disponen del derecho a recibir asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los demás

ciudadanos, y por eso debemos ser capaces de establecer estrategias de prevención dirigidas a una población que nunca había recibido información de ese tipo". Una labor que no ha hecho más que empezar.

La jornada Inmigración: sociedad y sanidad se celebró en Madrid el 28 de septiembre de 2005



Consuelo Rumí y Diego Gracia durante la clausura de la jornada

CONSUELO RUMÍ



Desde el proceso de normalización, cotizan más de medio millón de personas que antes no lo hacían

“España necesita a los inmigrantes, es algo incuestionable”

CONSUELO RUMÍ

**SECRETARIA DE ESTADO DE INMIGRACIÓN Y EMIGRACIÓN
MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES**

Aún le queda la música de su acento natal a esta almeriense que ejerció como docente con niños durante muchos años. Pero en 1982, su vida dio un giro. Ingresó en la UGT y ocho años más tarde, se involucró de lleno en el PSOE, donde pasó de secretaria y portavoz de las Políticas Sociales y Migratorias del partido a secretaria de Estado de Inmigración y Emigración, su actual cargo, con el nuevo Gobierno. Puso el punto final a la Jornada Inmigración: sociedad y sanidad celebrada el 28 de septiembre de 2005, donde contagió su entusiasmo por continuar trabajando hacia una dirección: la plena integración de los inmigrantes en nuestro país en todos los ámbitos sociales.

Durante el tiempo que dura su gestión en esta Secretaría, ¿de qué actuaciones está más satisfecha?

Sin duda, de haber afrontado la herencia recibida de cientos de miles de extranjeros en situación de irregularidad, en su mayoría trabajando en la economía sumergida. Es una prueba de responsabilidad de este Gobierno en la que he participado y de la que me siento especialmente satisfecha. No es la única porque nuestra actividad ha sido muy amplia. Pero sí quizá la acción de mayor envergadura, que se ha llevado poniendo de manifiesto que se pueden realizar estos procesos tan complejos de manera satisfactoria desde el punto de vista de respuesta de la Administración.

¿España necesita a los inmigrantes?

Los necesita sin duda alguna, como lo pone de relieve la demanda del propio mercado laboral. La necesidad de los inmigrantes no se

cuestiona. La clave es lograr traerlos de una manera ordenada, partiendo de la contratación en el país de origen.

Se han producido ya brotes de xenofobia. ¿Cree que somos tolerantes los españoles?

Entiendo que hasta el momento se han producido acciones de esta naturaleza aisladas. Sin embargo, debemos ser capaces de aprender de la experiencia de otros países y anticiparnos a la aparición de los problemas. El Gobierno ha asumido esta responsabilidad y ya ha anunciado que en el primer semestre del año presentará una propuesta de Plan de Integración que sea algo así como una hoja de ruta de las estrategias públicas en materia de integración, coordine las distintas iniciativas y promueva los valores del respeto y la tolerancia.

¿Estamos enseñando a nuestros hijos a vivir en un mundo multirracial?

Las sociedades, por lo general, necesitan un tiempo para adecuarse a los cambios que se operan en su realidad y la educación no es ajena a este movimiento. Pero creo que la escuela se adaptará al nuevo escenario y, sin duda, sabrá adecuar sus contenidos al mismo.

Uno de los problemas es que los niños emigrantes acuden mayoritariamente a la escuela pública. ¿Es realmente una lacra para los demás alumnos?

Nuestra responsabilidad es evitar que la escuela pueda convertirse en un espacio para la segregación y la desigualdad. Por ello, los poderes públicos deben velar porque los equilibrios en cuanto al alumnado inmigrante se mantengan. Esto incluye, si fuera preciso, un reforzamiento de los recursos destinados a este fin.

Tenemos en la memoria los acontecimientos ocurridos en Francia. ¿Cómo se puede llegar a evitar esas situaciones?

Ya lo estamos haciendo con actuaciones muy determinantes para evitar la exclusión social de sectores de jóvenes cuyos padres proceden de la inmigración. Esa es la clave, combatir la marginalidad y la falta de expectativas, para que episodios como los de Francia no se repitan en nuestro país.

Muchos profesionales de la sanidad se quejan de no disponer de suficientes recursos para atender a la población extranjera. ¿Qué propone?

Durante los últimos años, la falta de respuesta a la bolsa de irregularidad motivó que muchos extranjeros dispusieran de asistencia sanitaria sin estar en condiciones de aportar nada para su financiación. Desde el proceso de normalización, más de medio millón de personas que antes no cotizaban ahora ya lo hacen. Son nuevos ingresos que, sin duda, compensarán la población nueva que se incorpora al sistema.

¿Cómo es posible controlar enfermedades que requieren de un tratamiento continuado si el inmigrante no tiene una residencia fija?

La irregularidad nuevamente es nuestro principal obstáculo para afrontar este tipo de situaciones porque mantiene a las personas en situación de suma precariedad y les impide consolidar hasta su lugar de residencia. Con la legalidad, las situaciones tienden a estabilizarse y a ser prácticamente idénticas a la población autóctona. En todo caso, entiendo que no hay motivos especiales de preocupación teniendo en cuenta además que estamos ante una población joven.

Parece que en España existe el turismo de salud. ¿En qué consiste? ¿Cómo puede afectar a los usuarios?

Supongo que se está refiriendo a situaciones de fraude cometido por personas que no viven en el país y sólo acuden para beneficiarse del sistema. En mi opinión, pueden producirse casos de esta naturaleza aunque nadie ha podido demostrar que se hallen muy extendidos. La inspección es fundamental para combatir estas prácticas fraudulentas.

¿Se están planteando estrategias conjuntas entre la Secretaría y el Ministerio de Sanidad?

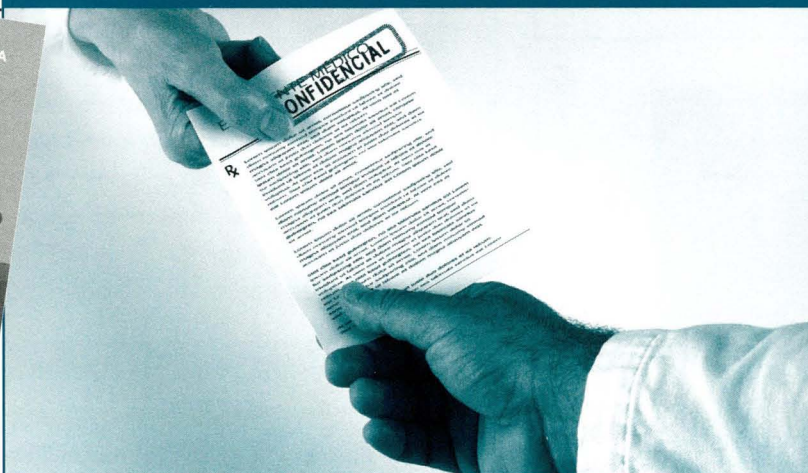
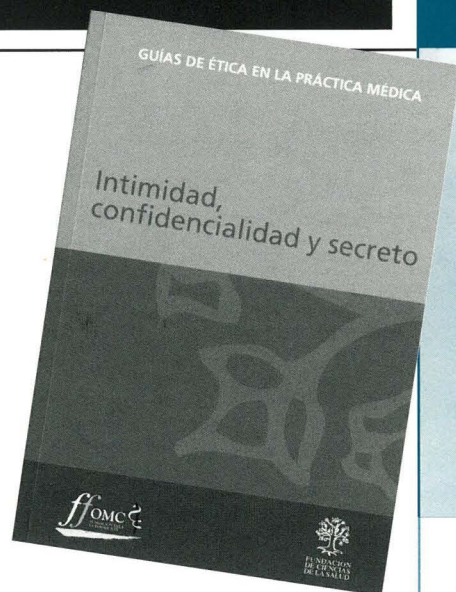
Existe una línea de cooperación y un intercambio permanente de información, además de algunas actuaciones específicas como es un Convenio entre ambos ministerios en lo que se refiere a prevención del sida. Sin embargo, lejos de nuestro ánimo está fomentar cualquier alarmismo. La colaboración entre departamentos es una responsabilidad que en modo alguno se haya fundado en que existan razones para la preocupación.



Entre la docencia y la política

Maestra, especialista en Ciencias Sociales y psicóloga, Consuelo Rumí ha dedicado muchos años de su vida a la labor docente, pero también a la dirección de centros escolares o la coordinación de cursos de Formación del Profesorado. Pronto cambió la docencia por la política. Ingresó en UGT en 1982 y en el PSOE en 1990. En el sindicato, desempeñó varios puestos de responsabilidad (Secretaria del Área de Coordinación de la Comisión Ejecutiva Regional de Andalucía, Secretaria de Acción Institucional Federal, Miembro del Comité Confederal de UGT, de la Comisión Permanente de la Unión de Técnicos y Cuadros...) y trabajó desde distintos puestos en otras tantas instituciones: Consejera del Consejo Escolar Provincial de Almería, Consejera del Consejo Escolar del Estado (1995-1997), Consejera del Consejo Social de la Universidad de Almería (1994-1997).

Su carrera fue poco a poco dirigiéndose a los "asuntos sociales". En julio de 2000 fue elegida Secretaria de Políticas Sociales y Migratorias de la Comisión Ejecutiva Federal del PSOE y el 30 de abril de 2004 dejó su escaño de diputada por Almería para hacerse cargo de la Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración.



Las nuevas tecnologías y el aumento de la sensibilidad hacia la protección de los datos personales han configurado un nuevo modelo de relación entre el médico y el paciente que obliga a los profesionales a replantearse los límites de la intimidad y el secreto médico. Identificar los conflictos derivados de esta situación y profundizar en las posibles formas de actuación fueron los principales objetivos del seminario Intimidad, confidencialidad y secreto médico, que sirvió como contexto para presentar la primera de las Guías de Ética en la Práctica Médica, que aborda precisamente el tema del derecho de los pacientes a la confidencialidad de sus datos clínicos.

Una de las partes más significativas del Juramento Hipocrático recoge la siguiente afirmación: "Lo que en el ejercicio de la profesión y aun fuera de ella, viere u oyere acerca de la vida de las personas y que no deba alguna vez ser revelado, callaré, considerándolo secreto". Varios siglos más tarde, alrededor de 1800, el que podría considerarse primer código moderno de ética médica del doctor Percival cambiaba ligeramente el espíritu de este mensaje: "Un médico no debe revelar las confidencias a él reveladas en el ejercicio de su profesión salvo que sea requerido por la ley o sea necesario para proteger el bienestar de la persona o de la comunidad". En estas dos declaraciones se adivina un debate que continúa siendo actual. Por un lado, la obligatoriedad de guardar el secreto profesional; por otro, calcular cuáles son los límites que debemos establecer si este secreto puede ocasionar daños a la sociedad.

A lo largo de la historia siempre han existido dos posturas más o menos enfrentadas: los defensores del secreto médico absoluto (no se puede quebrantar bajo ninguna circunstancia) y los defensores del secreto relativo (si por mantener el secreto pueden resultar perjudicadas otras personas, es necesario establecer límites). Nadie duda de que el secreto profesional en el ámbito sanitario compromete al médico a guardar silencio sobre aquello que le haya sido confiado por el enfermo o llegue a conocer en el desempeño de su atención médica. Con el objetivo de identificar los principales conflictos que se derivan de esta afirmación y ofrecer criterios al profesional para su mejor manejo se celebró el seminario "Intimidad, confidencialidad y secreto médico", organizado por la Fundación de Ciencias de la Salud y la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial (OMC).



De arriba abajo, Jesús Rubí, Eliseo Collazo, Juan José Rodríguez Sendín, durante la sesión La informatización de la historia clínica

En los últimos años ha aumentado la sensibilidad de los ciudadanos hacia cuestiones relacionadas con su intimidad y privacidad, pero, además, las nuevas tecnologías han establecido un nuevo marco de actuación que ha obligado a los profesionales a adoptar diferentes pautas de comportamiento. De hecho, los criterios tradicionales de manejo de la información clínica ya no tienen vigencia, pero todavía no se han sustituido por otros.

Las nuevas tecnologías versus secreto

Jesús Rubí, adjunto al director de la Agencia Española de Protección de Datos, centró su conferencia en la informatización de la historia clínica y señaló que “de manera bastante frecuente, la documentación clínica en soporte papel está sujeta a unas medidas de seguridad absolutamente insuficientes, por lo que la situación actual no es, ni mucho menos, óptima”. Además, con los procesos de centralización o digitalización de la historia clínica, “existe la posibilidad de ganar en otros objetivos de política sanitaria como, por ejemplo, la mejora de las deficiencias o de la distribución de los costes”.

Para Rubí, desde el punto de vista de la protección se puede obtener mayor seguridad, siempre que se proporcione a los proyectos unas inversiones y una dotación de medios técnicos y humanos importantes. De lo contrario, podría existir mayor inseguridad. “De hecho -continuó- los procesos de informatización conllevan, además, el riesgo de que se aborden sin las garantías adecuadas y eso puede quebrar la confianza entre el médico y el paciente”.

En este sentido, Rubí recordó que existe un documento de medidas de seguridad que recoge un amplio abanico de iniciativas en este ámbito. “Son medidas que se refieren a la elaboración de un documento de seguridad, a la definición adecuada de las funciones del personal, a la gestión de los soportes de los registros de entrada y salida de la historia clínica cuando pasa de un servicio a otro, al registro de incidencias (si éstas se producen) o a la obligación de guardar el secreto sobre la información que contienen”.

Uno de los principios básicos es compartir el mínimo de información que dé el máximo beneficio, y que pueda provocar el menor daño posible.

Los problemas se plantean en la forma de actuar cuando se descubre algo que, aun perteneciendo al ámbito de la intimidad, pudiera afectar a un grupo mayor de personas. Rubí puso el siguiente ejemplo: un residente que está haciendo un

trabajo sobre las fracturas de cadera en los servicios de urgencias descubre casualmente que en determinada residencia de ancianos el índice de fracturas de cadera es muy alto. ¿Cómo manejar esta información? ¿Facilitándola a los medios de comunicación? ¿Callando? Probablemente las dos opciones son incorrectas. Lo mejor sería continuar la investigación. El residente descubre que hay un problema de absentismo por parte de las auxiliares y propone que acudan a recibir cursos a centros de urgencias para intentar reducir el número de fracturas. En este caso, la información no ha sido desvelada, pero se ha utilizado para obtener un beneficio.

En esta misma línea, Juan Gervas, médico de Canencia de la Sierra (Madrid), distinguió entre el derecho del paciente a la intimidad y el deber médico correlativo de guardar el secreto: "Es importante insistir en un principio básico: compartir el mínimo de información que dé el máximo beneficio, y que pueda provocar el menor daño posible".

Pero poner en práctica este principio conlleva una serie de dificultades, como la custodia de los datos de las historias clínicas, la información que se debe proporcionar a los usuarios, la necesidad de contar con auditorías independientes o los conflictos que pueden surgir entre distintas administraciones por temas de confidencialidad.

¿Quién debe acceder a la historia clínica?

En esta apreciación coincidió Eliseo Collazo, médico especialista en Cirugía General y miembro de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos: "Es necesario establecer una legislación propia para proteger la intimidad de los pacientes, para que nadie pueda ser discriminado por información relativa a la salud y para salvaguardar el secreto médico, en desarrollo de los artículos 14 y 18 de la Constitución". En su opinión, sería conveniente crear unidades

funcionales de documentación clínica dedicadas a supervisar las medidas de seguridad. Otro de los problemas habituales que se plantea es discernir quién tiene acceso a la información que aparece en las historias clínicas. En opinión de Eliseo Collazo, "sólo deben tener acceso completo quienes tratan al paciente o quienes codifican los datos de estas historias".

Los servicios centrales de un servicio de salud autonómico, por ejemplo, que precisan datos epidemiológicos, administrativos, etc., para tomar decisiones sólo deben tener acceso selectivo, de forma que los datos clínicos y administrativos estarán disociados, y también están obligados al deber de secreto. Por tanto, deben disponerse perfiles de acceso y una

segmentación conveniente, tanto de los usuarios de la aplicación informática como de las necesidades de información. "Los bancos de datos sanitarios extraídos de historias clínicas estarán bajo la responsabilidad de un médico y no

pueden ser conectados a una red informática no médica", concluyó.

La necesidad de compartir información es, en ocasiones, la otra cara de la moneda del secreto médico. Pedro González Salinas, letrado en el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, afirmó que el secreto médico no es un derecho, sino un deber. El código deontológico lo define como inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros. Dentro de este marco, el secreto médico y la necesidad de compartir información son conceptos antagónicos, pero también contingentes.

El secreto médico hay que respetarlo, aunque hay momentos o situaciones en las que el médico debe dar la información. Las últimas leyes de sanidad establecen que el médico debe trabajar en equipo y se habla de la necesidad de compartir información, a pesar del derecho del paciente a pedir secreto.

Bioética



De arriba abajo, Juan Gervas, Pedro González Salinas y Miguel Sánchez ponentes de El secreto médico y la necesidad de compartir información

Y es que, en opinión de González Salinas, la particularidad de la profesión médica "a veces enfrenta la protección de la intimidad con la protección de la vida".

Miguel Sánchez, profesor de Historia de la Ciencia y Bioética de la Facultad de Medicina de Madrid, recordó que todas las culturas conocen alguna forma de intimidad, aunque varíen en el concepto de lo íntimo. Pero, en general, la intimidad es imprescindible para mantener las relaciones humanas: "La amistad no es más que un intercambio de intimidades". Eso sí, también la intimidad es necesaria como herramienta social: "No podríamos desempeñar ciertos puestos de trabajo sin cierta ocultación o intimidad; una sociedad de personas transparentes sería inviable".

Podemos concluir que la intimidad es, por tanto, una necesidad primordial de la persona, de manera que el respeto a la intimidad es un fin en sí mismo y debe protegerse desde el principio, independientemente del balance de costes y beneficios. Pero también es cierto que el valor de la confidencialidad deriva sólo de los fines a los que sirve, es significativo en la medida en que contribuya a conseguir fines deseables en sí mismos, y no se debe proteger una confidencialidad que estuviera al servicio de hechos indeseables o delictivos. "La confidencialidad en estos casos -afirmó Sánchez- no es un fin en sí mismo, es un instrumento al servicio de un fin".

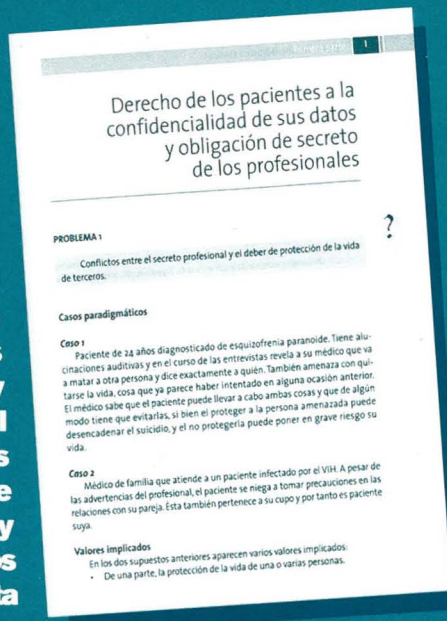
El valor del secreto médico solamente sería considerable cuando su balance de beneficios y cargas fuera positivo. Por eso, el derecho del paciente al secreto médico debe ser defendido, porque sus consecuencias positivas son muy importantes.

Las últimas leyes sanitarias establecen que el médico debe trabajar en equipo, por lo que se comprende la necesidad de compartir información.

Como conclusión del seminario, los expertos se mostraron de acuerdo en que todo profesional tiene el deber de mantener el secreto médico, pero siendo utilitaristas: el objetivo es lograr el máximo secreto, si bien haciéndolo compatible con la seguridad pública. Y sin olvidar una de las frases más significativas que se han podido escribir sobre el secreto. Lo afirma Fernando de Rojas en *La Celestina*: "A quien dices el secreto, das tu libertad". Pero esto será, tal vez, cuestión de otro debate.

Guías de ética en la práctica médica

La Fundación de Ciencias de la Salud ha firmado un convenio con la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial para la elaboración de unas guías prácticas que sirvan de ayuda a los médicos a la hora de resolver los conflictos éticos de su práctica diaria. Bajo el título “Guías de Ética en la Práctica Médica”, la colección estará formada por una serie de libros breves, claros y muy prácticos, de fácil manejo por parte de los profesionales, que abordarán los principales y más frecuentes aspectos éticos a los que se enfrenta el médico día a día.



comportamiento profesional a través de la oferta de criterios y procedimientos que permitan un mejor manejo de los conflictos y una ayuda en la toma de decisiones.

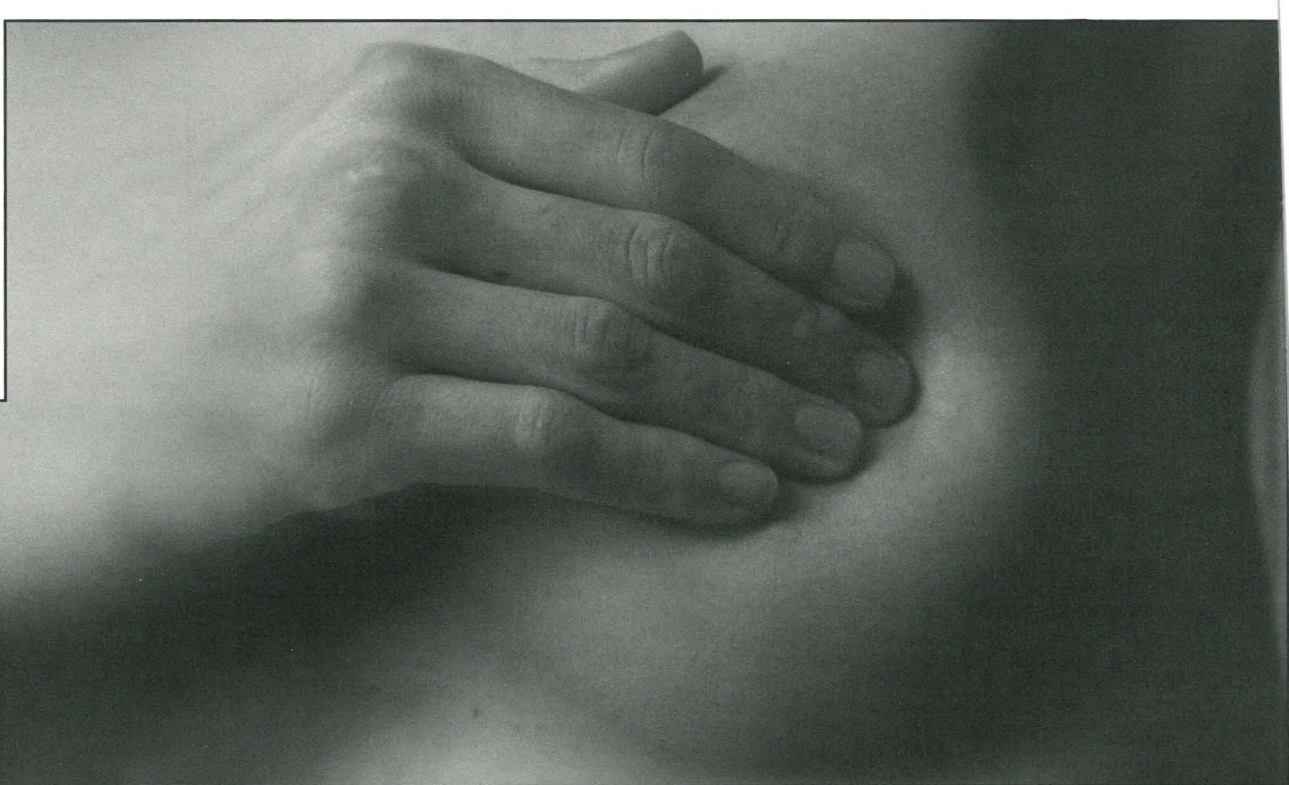
El primer título de la colección se centra precisamente en el derecho de los pacientes a la confidencialidad de los datos clínicos y el correlativo deber del profesional al secreto.

El objetivo del texto es ayudar al médico en la toma de decisiones en los conflictos de valor relacionados con los derechos a la intimidad, confidencialidad y el secreto profesional. La guía pretende ser eminentemente útil, de ahí que la mayor parte de su contenido esté ordenado en torno a casos prácticos, que se han analizado siguiendo siempre el mismo procedimiento:

1. Identificación del problema
2. Caso paradigmático
3. Identificación de los valores en conflicto
4. Cursos posibles de acción
5. Curso(s) óptimo(s)
6. Recomendaciones
7. Legislación de referencia

Este método de análisis es muy similar al que utiliza el médico en su práctica clínica, sólo que aquí tiene por objeto el análisis de los valores y no solo de los hechos clínicos. Ahí radica su originalidad. La mayor parte de los casos que aparecen en esta guía proceden de la práctica real y han sido elegidos por su carácter paradigmático.

Esta guía se presentó en el contexto del Seminario celebrado sobre el mismo tema como primer título de la colección, una colección sin duda esencial para los profesionales de la salud.



Cáncer de mama

Pocas enfermedades han unido tanto a sus afectadas como el cáncer de mama. Mujeres que luchan por no tener que ocultar su enfermedad y defender el derecho a que otras puedan detectar a tiempo la aparición de este tumor. Pero también mujeres que desde el ámbito científico investigan sobre nuevos tratamientos o que a pie de consulta intentan mejorar cada día el curso de la enfermedad. El cáncer de mama fue el protagonista de la pasada sesión del ciclo Vivir con..., una jornada que tiñó de esperanza lo que hasta hace poco se consideraba una terrible enfermedad.

“**T**odas las mujeres que padecemos cáncer de mama nos hemos hecho la misma pregunta: ¿por qué a mí?” Así reconocía Antonia Gimón Revuelta, Presidenta de la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA), los duros momentos que ella misma pasó cuando le diagnosticaron la enfermedad. Y lo cierto es que se trata de una pregunta que, por el momento, y a pesar de los enormes avances que se han realizado en este campo, no tiene respuesta.

Desde la investigación básica se están encontrando respuestas a aspectos desconocidos hasta ahora, como el papel que desempeñan determinados genes en la aparición de la enfermedad, o la influencia de ciertos factores hormonales o ambientales. Desde el punto de vista del tratamiento, día a día se avanza más y las expectativas de curación son cada vez mayores.

Pero mientras que queden preguntas sin respuestas, parece que lo más acertado es invertir en la prevención precoz, la principal herramienta de la que disponemos para reducir la mortalidad por este tipo de cáncer.

UN PROBLEMA DE **SALUD PÚBLICA**

Según los últimos datos, el de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres en todo el mundo. En el año 2006 serán diagnosticadas más de 1,2 millones de personas; si nos centramos en España, se calcula que cada año se detectan unos 18.000 casos nuevos, lo que supone que aproximadamente una de cada 8-12 mujeres tendrá un cáncer de mama.

Hay evidencia científica de que el riesgo de desarrollar cáncer de mama se duplica cuando un familiar de primer grado (madre, hermana o hija) ya lo ha sufrido.

Ya nadie duda de que esta enfermedad continúa aumentando, aunque la otra cara de la moneda es que cada vez es mayor el porcentaje de curación: más de un esperanzador 60 por ciento. Para

lograr estas tasas altas de supervivencia es necesario un abordaje multidisciplinar desde el momento del diagnóstico y con la colaboración de oncólogos, radioterapeutas, cirujanos, patólogos...

Según la Dra. M^a del Mar Vivanco, de la Unidad de Biología Celular y Células Madre del CIC-bioGUNE, una de las cuestiones que más ha preocupado a los científicos es concretar los factores de riesgo. Entre ellos, el principal es ser mujer (a pesar de que también puede afectar a los hombres, si bien entre ellos la probabilidad es mucho menor). Otros

factores de riesgo son la edad avanzada (el 60% de los tumores de mama ocurren en mujeres de más de 60 años), la aparición precoz de la menstruación (antes de los 11 años), la menopausia tardía (después de los 55 años), tener el primer embarazo después de los 30 años... Y factores relacionados con el estilo de vida, tales como el alto consumo de alcohol, la obesidad después de la menopausia o seguir dietas ricas en grasas, están asociados con un aumento en la probabilidad de desarrollar la enfermedad.

LOS GENES “MALDITOS”

En opinión de la Dra. Vivanco, un avance muy importante en el campo de la investigación ha sido la identificación de dos genes, BRCA1 y BRCA2, que juegan un papel muy relevante en la aparición del cáncer de mama familiar. Cuando se produce algún cambio o mutación en ellos, aumenta la probabilidad de desarrollarlo. Según algunos estudios, entre el 50% y el 60% de mujeres que han heredado estos genes mutados pueden desarrollar un cáncer antes de alcanzar los 70 años.

Sin embargo, la relación con los tumores familiares aún no está lo suficientemente clara. Hay evidencia de que cuando un pariente de primer grado (madre, hermana o hija) ha tenido cáncer de mama, se duplica el riesgo de padecerlo. Si se trata de un pariente más lejano (abuela, tía, prima...), el riesgo es menor.

Pero sólo un pequeño grupo de familias está afectado por estos errores genéticos, que, eso sí, se heredan de generación en generación.

Los costes del tumor de mama

Un estudio realizado en 2005 en 110 hospitales de diferentes comunidades autónomas españolas revela que el tratamiento con quimioterapia le supone a la Sanidad pública un coste de más de 60 millones de euros al año, alrededor de 428 euros por paciente (una cifra que puede elevarse hasta los 1.120 euros con la incorporación de los fármacos de última generación). Y puesto que la llegada de estos agentes moleculares va a encarecer las terapias contra el cáncer de mama, los especialistas recomiendan definir qué pacientes pueden beneficiarse y cuáles no de estos fármacos, de acuerdo con su perfil genético.

Respecto a la cirugía, los datos dados a conocer en el último congreso del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM) indican que la tasa de cirugía conservadora en nuestro país se sitúa en torno a un 35%-40%; la de nuestros vecinos franceses ronda el 75%.



EL FUTURO: MÁS Y MEJORES TRATAMIENTOS

Una vez detectada la enfermedad, el tratamiento debe ponerse en marcha lo antes posible y siempre de acuerdo al tipo de tumor. Si éste es menor de un centímetro, bastará con una intervención quirúrgica. Desde la década de 1980-90, la mortalidad por cáncer de mama se ha reducido casi un 30 por ciento. Una llamativa reducción que, según la Dra. Ana Lluch, oncóloga del Hospital Clínico de Valencia, se debe a un efecto sumatorio de intervenciones diferentes, entre las que destacó los avances en el tratamiento adyuvante (un tratamiento que se instaura después de la cirugía con objeto de inhibir el crecimiento de micrometástasis ocultas).

No obstante, en los cinco primeros años desde que tiene lugar el diagnóstico, hasta un 35 por ciento de las mujeres experimentan recidivas locales o con metástasis. Afortunadamente, tal como expuso la Dra. Lluch, el arsenal terapéutico disponible en esta fase de la enfermedad es, en el momento actual, muy amplio y permite emplear numerosos recursos. En

este sentido, encontramos opciones que van desde los nuevos esquemas de quimioterapia o los tratamientos hormonales, hasta los anticuerpos monoclonales.

Esta variedad terapéutica permite, como en el caso de la quimioterapia, usar

fármacos de forma secuencial que facilitan, en algunas ocasiones, alcanzar supervivencias prolongadas y manteniendo una buena calidad de vida.

En los últimos años se han aprobado un buen número de fármacos para el tratamiento de cáncer de mama avanzado: paclitaxel, docetaxel, capecitabina, herceptin o los inhibidores de la aromatasa; estos medicamentos están consiguiendo que poco a poco el cáncer de mama deje de ser una amenaza. Además, se está avanzando a pasos de gigante en los tratamientos biológicos específicos.

Los nuevos tratamientos permiten índices de supervivencia más elevados, manteniendo además una buena calidad de vida.

UNA EXPERIENCIA PERSONAL

Pero la llegada de nuevas terapias no sería totalmente eficaz si no se consigue un diagnóstico precoz accesible a todas las mujeres; precisamente éste es uno de los grandes objetivos de FECMA. Antonia Gimón Revuelta, su Presidenta, relató su experiencia, destacando que, aunque existen circunstancias familiares, sociales, laborales y culturales que harían diferentes cada historia personal, en todas ellas se observan elementos y circunstancias comunes.

Su experiencia es la de tantas mujeres que en una rutinaria revisión periódica se les detecta "algo". Ella pidió una segunda opinión médica y optó por la intervención quirúrgica menos agresiva. "Después llegó la incertidumbre, unida a la ansiedad y a las preguntas para las que no encontramos respuesta inmediata, pero también sentimientos compartidos y apoyo recibido de personas inicialmente desconocidas con experiencias semejantes y reunidas en distintas asociaciones de pacientes, entidades que han estado muy atentas a los cambios que se están produciendo en la sociedad hacia una medicina más humanizada, que tiene mucha relación con los nuevos derechos de los usuarios de la sanidad (derecho a una información de calidad, a una segunda opinión o a decidir sobre determinadas alternativas terapéuticas)".



De izquierda a derecha, María Antonia Gimón, Ana Lluch, José M. Mato y María del Mar Vivanco

La Presidenta de FECMA destacó la que parece una de sus mayores preocupaciones: "Las posibles diferencias territoriales que puedan aparecer como consecuencia de la transferencia de las competencias de la sanidad pública a las comunidades autónomas. No puede existir discriminación alguna en las prácticas de detección precoz y en las terapias aplicadas una vez diagnosticado el cáncer, ya sea por razones económicas, de origen, por creencias, orientación sexual o simplemente por razones de residencia".

Por otro lado, habría que tener en cuenta que en una sociedad exigente y competitiva, una mujer que es diagnosticada de cáncer de mama y desarrolla una vida laboral o profesional se encuentra con dificultades añadidas, con nuevos problemas,

con una posible disminución de sus ingresos económicos, con menor capacidad para asumir determinados riesgos o responsabilidades...

No puede existir discriminación alguna entre comunidades autónomas respecto a las pruebas de detección precoz y a las terapias aplicadas una vez diagnosticado el cáncer.

Por eso, Gimón cree que "las mujeres con cáncer de mama no podemos ni queremos ser invisibles. El cáncer de mama es una enfermedad y como tal hay que afrontarla. Es una patología que no se debe ocultar ni se puede vivir en soledad.

Por ello, desde el conocimiento de la enfermedad y de sus consecuencias, desde el dolor incluso, debemos levantarnos para ganar la batalla de la vida, porque entre el dolor y la nada, nosotras hemos elegido el dolor y la vida".

Vivir con... Cáncer de mama se celebró en Madrid, el 24 de octubre de 2005

Ser madre, a pesar del cáncer

Un 6% de los casos de cáncer de mama aparecen antes de cumplir los 35 años. Muchas de estas mujeres se plantean la posibilidad de ser madre una vez superada la enfermedad. Aunque cada caso es diferente, hoy día no se ha demostrado que un embarazo posterior aumente el riesgo de sufrir recaídas.

Según la Dra. Ana Lluch, es posible ser madre una vez que se recupera la función ovárica, lo que ocurre generalmente dos años después de la última sesión de quimioterapia. Si la paciente, además de quimioterapia, está recibiendo hormonas, el plazo se amplía a los cinco años.

Las ONG y la promoción de la salud

A lo largo de los últimos años se ha producido en nuestro país un importante crecimiento y desarrollo del Tercer Sector. Esta expansión, que es reflejo de una sociedad civil activa, no solamente se manifiesta en el número de entidades que operan en el ámbito de la economía social, sino en la creciente heterogeneidad de los fines y actividades de las mismas, en su presencia pública, su peso económico, su profesionalización e importancia social. Se calcula que el número de organizaciones no lucrativas en España supera actualmente las 100.000, si incluimos entre ellas a asociaciones, fundaciones, cooperativas y mutualidades, y que en conjunto emplean directamente a cerca de medio millón de personas; además, como bien es sabido, estas entidades movilizan importantes recursos sociales y humanos que si se contabilizaran, en lo que se ha dado en llamar las "cuentas satélite", su peso económico se estimaría en un 5-6% y podría alcanzar el 10% del PIB.

Las entidades sociales actúan hoy día en campos tan diversos como la educación, la promoción de la cultura, el desarrollo del deporte, la protección del medio ambiente, el fomento del empleo, el cuidado de la salud, la defensa de los derechos humanos... Es decir, promueven causas e intereses sociales muy heterogéneos. Además, su acción adopta formas muy diversas, que van desde la denuncia y la sensibilización social hasta la autoayuda y la prestación de servicios.

Las ONG de ámbito social, o lo que podríamos llamar Tercer Sector Social, representan una de las parcelas más dinámicas del Tercer Sector en su conjunto, jugando un papel muy relevante no solamente como creadoras de empleo (se calcula que entre 200.000 y 300.000 personas trabajan en ONG de ámbito social y que el número de voluntarios se acerca a un millón), sino también como vía para la canalización de la solidaridad social, la sensibilización, la denuncia y la prestación de servicios, especialmente a

los colectivos y grupos de personas más excluidos. Además, estas entidades movilizan a más de medio millón de voluntarios y gestionan un notable volumen de recursos económicos. Se calcula que en España existen unas 11.000 organizaciones que actúan en el campo social y, a pesar de constituir un sector muy diverso, es indudable que son un activo muy destacado que se organiza cada vez mejor, tiende hacia una mayor profesionalización y desarrolla una labor esencial en la provisión de servicios a los ciudadanos.

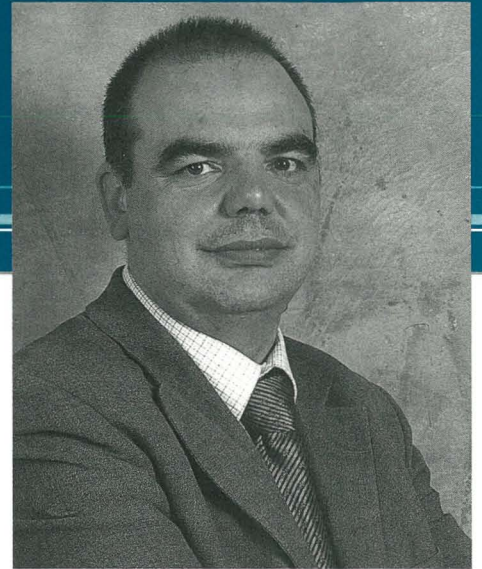
No cabe la menor duda de que la promoción de la salud, junto con el acceso al empleo, a una vivienda digna y a una correcta educación, son los pilares fundamentales para la promoción de las personas y para evitar que caigan en la exclusión social; por eso, las ONG sociales, que inicialmente se centraron en la denuncia y en actividades paliativas orientadas a compensar las desventajas sociales, trabajan cada vez de modo más integrado y preventivo, actuando en estos cuatro pilares e intentando desarrollar acciones en coordinación con las administraciones públicas.

Objetivo: promocionar la salud

De sobra es conocido que hay una relación directa y estrecha entre la pobreza y los niveles de salud y que, en términos generales, quienes tienen menores niveles de renta no sólo disfrutan de menos calidad de vida, sino que su esperanza de vida es menor y las tasas de morbilidad mayores.

JUAN MANUEL FRESNO

Director de la Fundación Luis Vives



Por eso, la promoción de la salud tiene ahora más prioridad que nunca en el ámbito internacional, y la preocupación por la salud de las personas pobres se está convirtiendo en un asunto fundamental en el progreso humano. De hecho, tres de los objetivos de desarrollo del milenio se concentran en las mejoras sanitarias; más allá de su valor intrínseco para el individuo, la salud es esencial para el avance humano global y para la reducción de la pobreza. La buena salud contribuye al desarrollo de varias formas: aumenta la productividad laboral y las inversiones, y mejora el rendimiento escolar y la capacidad cognitiva.

Nuestro país ha situado al sistema sanitario, junto con la educación y las pensiones, como uno de los tres pilares fundamentales del estado social.

A pesar de las limitaciones y deficiencias de nuestro sistema sanitario, es innegable que una de sus virtudes es llegar al conjunto de los residentes, incluso a quienes permanecen de modo ilegal. Pero no es menos cierto que el sistema sanitario, abierto y pensado para el conjunto de los ciudadanos, no tiene el mismo impacto en todos ellos y el uso (y a veces abuso) que del mismo se hace no es igualitario. Esto, por otra parte, no debe extrañarnos, puesto que es sabido que una de las limitaciones del estado de bienestar social en la provisión general de sus servicios es precisamente su incapacidad, o al menos dificultad, para corregir las desventajas de los grupos más excluidos o limitados para beneficiarse de este estado.

Precisamente en este campo es en el que se sitúa por lo general la actuación de las ONG en el ámbito sanitario: en la función paliativa, correctora y compensadora de las desventajas que tienen las personas en el acceso y uso de los servicios sanitarios. Esto es lo que podríamos denominar el campo sociosanitario, es decir, aquel al que no llega el sistema universal de salud o en el que no tiene el impacto que sería de

desear. Y lo denominamos sociosanitario porque normalmente se dirige a personas que a veces, *motu proprio*, no llegan a los servicios sanitarios, y en otras ocasiones, aunque acceden a ellos, se sienten incomprendidas e incluso discriminadas. También hay casos en que no saben hacer un correcto uso de sus servicios.

Son muchas las personas y grupos sociales que se encuentran con este problema y son también muchos los campos de actuación que se abren para la actividad de las organizaciones y en los

que éstas se encuentran trabajando activamente. Por lo general, los servicios de salud suelen ser receptivos, es decir, funcionan bien y atienden a quienes se dirigen a ellos, pero les falta proactividad, hacer un esfuerzo para adaptarse y llegar de modo eficiente a los "escapados"

del sistema. Por poner tan sólo ejemplos de algunos ámbitos en los que las entidades sociales realizan tareas relacionadas con la promoción de la salud, están, entre otros colectivos, los discapacitados, las personas toxicómanas, los inmigrantes y los gitanos.

Discapacitados, toxicómanos, inmigrantes...

En el campo de la discapacidad, en sus distintas tipologías (física, psíquica, sensorial, etc.), y especialmente en la psíquica, el movimiento asociativo ha sido pionero en el desarrollo de

programas que promuevan la inserción de personas con enfermedades mentales. Entre los ámbitos en los que estas asociaciones han trabajado especialmente se encuentra el preventivo, orientado a eliminar aquellas condiciones que pueden contribuir a que las personas tengan discapacidades; es bien conocido todo el trabajo de educación sanitaria que hacen las entidades relacionadas con la discapacidad (asociaciones, fundaciones, federaciones, centros de día, centros especiales de empleo...). Esta labor se ha centrado no solamente en los discapacitados, apoyándolos en el aprendizaje de hábitos higiénico-sanitarios que mejoren su calidad de vida, sino también en sus familiares, cuidadores, etc.

Respecto a las toxicomanías, la iniciativa social promovida por las ONG ha sido fundamental. Sobradamente conocido es el trabajo de las asociaciones de alcohólicos anónimos en la prevención, acompañamiento y rehabilitación de las personas alcohólicas, así como la notable respuesta social que en los años 80 hubo por parte de la sociedad civil ante el fenómeno de las toxicomanías y el sida. El papel de las ONG fue determinante, sobre todo en un primer momento en las iniciativas de desintoxicación y reinserción social de los toxicómanos, hasta el punto de que la red de centros de desintoxicación estaba gestionada, en buena medida, por entidades sociales. El protagonismo de las ONG contribuyó a sensibilizar a la sociedad ante el tema de las toxicomanías (pensemos, por ejemplo, en la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción o en la organización Proyecto Hombre), así como a hacer una importante labor educativa con las familias y a orientar este asunto desde un enfoque biopsicosocial, y no penal o desde el de la justicia.

Uno de los colectivos que históricamente ha sufrido más la marginación en nuestro país ha sido la minoría étnica gitana. La exclusión de este grupo social se manifiesta especialmente en los bajos niveles de instrucción, las altas tasas de desempleo, la precariedad de la vivienda y el hábitat, y los bajos estándares de salud. A pesar de que la población gitana, en términos generales, todavía sufre graves problemas sociales, es evidente que en las últimas décadas se han producido avances muy significativos en su integración. Precisamente la universalización del sistema de salud pública y el acceso a los servicios sanitarios han sido factores muy influyentes en este proceso. Pero para que se haya dado tal transformación ha sido

Los discapacitados y enfermos mentales no son los únicos destinatarios de las ayudas de las ONG; sus familiares y cuidadores también se benefician.

necesario un trabajo muy destacado de sensibilización, de acompañamiento, de orientación y mediación, que transformase la imagen que los gitanos tienen de la salud y de la enfermedad y que eliminase las barreras culturales que existían en la comunidad gitana en relación con este tema. El esfuerzo llevado a cabo por el movimiento asociativo gitano ha sido muy importante en este sentido.

Nuestro país está viviendo en los últimos años un elevado flujo migratorio. Dentro de la heterogeneidad de personas extranjeras que llegan aquí, un porcentaje viene de países pobres y trae fuertes carencias sanitarias. La Ley de Extranjería garantiza la atención sanitaria a todos los residentes en España, pero la mera existencia de esa ley no necesariamente asegura el acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios. Todos sabemos que existen barreras lingüísticas, culturales, educativas... que se convierten en un obstáculo para que la población inmigrante acceda a los servicios sanitarios. El trabajo educativo, de sensibilización y acompañamiento que realizan las ONG que actúan en el campo de la migración está siendo determinante para que el servicio de salud pública sea accesible para estos grupos sociales y se garantice un trato igualitario y adaptado a estas personas.

Un sector en desarrollo

Las ONG, por lo tanto, juegan un papel muy importante en el ámbito de la salud, especialmente cuando se trata de colectivos en situación de exclusión social, y hay una serie de tareas que desarrollan para las cuales están especialmente capacitadas por su cercanía a estas personas y por la flexibilidad y rapidez con la que actúan. La

CON MANO **ajena**

sensibilización, tanto de los propios colectivos afectados como de las instituciones sanitarias y de la sociedad en general, es uno de los ámbitos en los que ha trabajado tradicionalmente. El acompañamiento es otro campo de actuación prioritario: muchas personas que acceden a los servicios sanitarios lo hacen gracias a la compañía que les prestan las ONG y al seguimiento que llevan a cabo de su vida cotidiana. La mediación es, asimismo, esencial, sobre todo al adaptar los servicios a las peculiaridades de los colectivos, y más si se trata de transformar mentalidades y barreras culturales. Teniendo en cuenta la pluralidad de circunstancias que hoy viven estas personas y otras características de tipo demográfico, es previsible que el campo sociosanitario se desarrolle cada vez más y que sea necesario hacer un mayor esfuerzo para abordar los asuntos sanitarios desde una perspectiva global en la que se impliquen otros actores como son las ONG.

El desarrollo de unos servicios públicos o privados de calidad en el campo de la salud depende hoy día, por lo tanto, de hacer un esfuerzo de adaptación al nuevo perfil de ciudadanos y a sus necesidades, procurando que tales servicios no sólo tengan una función paliativa de sus enfermedades, sino también preventiva y, en definitiva, correctora de las desventajas sociales. Para ello los servicios sanitarios deben adaptarse a las necesidades de los ciudadanos y tienen que ponerse en marcha nuevas medidas y programas en los campos más deficitarios. Como hemos visto, las tasas de pobreza están estrechamente relacionadas con el grado de salud de las personas, con los entornos en los que viven y con su calidad de vida. Recientemente, el Instituto Nacional de Estadística ha presentado los resultados del último estudio sobre la pobreza en España, en los que se demuestra que el porcentaje de personas pobres se ha reducido muy escasamente (casi el 20% de la población se sitúa por debajo del umbral de la pobreza), si bien es cierto que el perfil de las personas excluidas ha cambiado sustancialmente.

Muchos de estos excluidos lo están también en el ámbito sanitario, y los planes nacionales de inclusión social que se elaboran bianualmente tienen que situar este asunto como una prioridad. En un concepto integral de la salud, que erradique los factores sociales que acrecientan las enfermedades, las ONG tienen un potencial de actuación muy importante, porque están cerca y conocen cómo intervenir con los ciudadanos con más carencias. Por eso es preciso que

La cercanía a los colectivos de personas excluidas del estado de bienestar y la flexibilidad y rapidez con la que actúan estas organizaciones son los factores clave de su éxito.

en el futuro se prevea un papel más activo de tales organizaciones en la planificación de los servicios sanitarios (para que éstos sean más accesibles), en la facilitación del acceso de los excluidos a los servicios de salud, en la función preventiva, en la implicación de estas personas en la planificación y en la conexión de

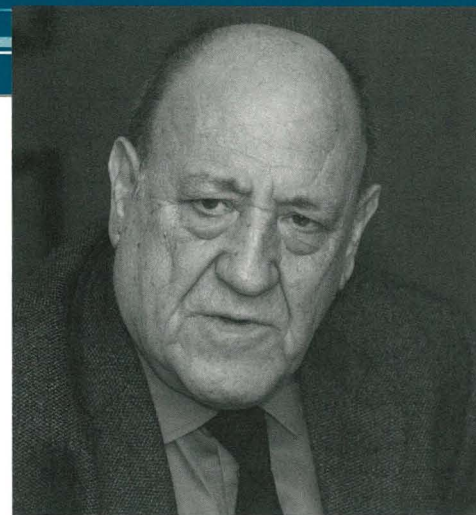
los programas de salud con actuaciones más integrales en el campo del empleo, la vivienda, la educación, etc. Las ONG se caracterizan por estar más cerca de estos colectivos, por detectar

sus necesidades, proveer respuestas rápidas..., por lo que cada día desempeñan una labor más activa.

Las administraciones sanitarias, por su parte, tienen un papel exclusivo y una responsabilidad ineludible en la planificación y regulación de los servicios sanitarios, pero la provisión de estos servicios a los ciudadanos tendrá que estar más coordinada con otros campos de actuación (servicios educativos, sociales...) y requerirá la participación e implicación de distintos actores, entre los cuales figuran las ONG.



A propósito de una cita de verano



JAVIER TOMEO

Escritor

Diez de julio, ocho de la tarde. Ramón está citado con Julie en la Plaza de M., concretamente en la terraza del bar que hay frente a la entrada del metro. No fue una buena idea porque aquí se citan demasiados hombres y demasiadas mujeres que se parecen entre sí como dos gotas de agua y las confusiones están a la orden del día.

Justo a la salida del metro un hombre calvo empieza a tocar el saxofón y de vez en cuando, como quien no quiere, señala con la mirada el platillo que tiene a sus pies. Hace demasiado calor, los camareros van y vienen repartiendo cervezas y un japonés diminuto esgrime su cámara fotográfica como si fuese una pistola.

-No pienso dejarme fotografiar por ese hombre- se dice Ramón, estremeciéndose.

Teme que los japoneses le reproduzcan luego a partir de la foto y que dentro de unas semanas exhiban su clon por las calles de Yokohama. Se vuelve pues de espaldas al nipón y espera inquieto la aparición de Julie. Se conocieron hace cinco años en la Facultad de Filología, la muchacha finalizó sus estudios con excelentes notas, volvió a su país y regresó hace un par de días para reencontrarse con los viejos amigos. El problema es que Ramón conoció luego otras tres inglesas que también se llamaban Julie y poco a poco fue olvidando el rostro de la primera.

-Creo -se dice- que la Julie que estoy esperando tenía un ojo mayor que el otro y cojeaba un poquito de la pierna derecha.

-¿Cojeaba de la pierna derecha o de la izquierda? - se pregunta un instante después, mientras los japoneses continúan disparando sus cámaras-. ¿Era realmente Julie la que cojeaba?

Teme que los japoneses le reproduzcan luego a partir de la foto y que dentro de unas semanas exhiban su clon por las calles de Yokohama.

Acaba haciéndose un lío y llega a la conclusión de que la chica de los ojos desiguales, es decir, la muchacha del rostro

asimétrico, puede ser Margaret en vez de Julie, e incluso que la inglesita que cojeaba de la pierna derecha fuese Sandra, que también conoció por aquellos años.

-Lo que pasa es que he conocido demasiadas inglesas- suspira.

Apenas Julie sale por la boca del metro, sin embargo, regresan de golpe todos los recuerdos.

CON MANO **ajena**

Obviamente Julie no cojea ni tiene los ojos de distinto tamaño. La coja y la asimétrica eran otras y Ramón se consuela pensando que seguramente aquellas dos muchachas -la coja y la asimétrica- tampoco se acuerdan de él, a pesar de que las dos le juraron un día amor eterno y estuvieron a punto de cortarse las venas por su culpa.

-No has cambiado -le dice Ramón, cogiendo a Julie por las manos-. Sigues siendo la misma de siempre.

-Tampoco tú has cambiado mucho- responde Julie.

Los dos mienten, pero piensan que no vale la pena entrar en pequeños detalles. Se sientan en un extremo de la terraza, Ramón pide dos cervezas y empiezan a recordar viejos tiempos. Al cabo de cuatro o cinco minutos, sin embargo, Julie dice que no puede soportar el saxofón. Ha oído demasiados saxofones en su vida y todos suenan del mismo modo. Ramón mueve la cabeza de izquierda a derecha y piensa que Julie continúa siendo la misma mujer caprichosa de antaño.

-Lo siento, pero lo que dices no es exacto -puntualiza, con una débil sonrisa en los labios-. No todos los saxofones suenan del mismo modo, entre otras razones, porque no todos los saxofones son iguales. Se conocen muchos modelos distintos. Tenemos, por ejemplo, el saxofón sopranino, el saxofón soprano, el saxofón barítono y el saxofón bajo. Es obvio que no suenan del mismo modo.

-De acuerdo -acepta Julie-. Puede que no todos los saxofones suenen igual, pero fíjate en la cabeza de ese hombre. ¿Tú crees que un individuo con esa calvicie tan pornográfica puede exhibirse impunemente en público?

-Vámonos a casa- dice Ramón, que ha tomado la pregunta como una indirecta.

Se levantan y descienden cogidos del brazo por la calle que lleva directamente al puerto. Ramón piensa ahora que hubiesen tenido que encontrarse directamente en el apartamento, como hacían hace cinco años. Julie le pregunta si durante todo este tiempo ha cambiado de cama y Ramón responde que no.

-Lo único que he cambiado es el somier -puntualiza-. Pero no te preocupes por eso, porque el que tengo ahora chirría tanto como el de antes.

Julie le guiña el ojo y dice que le parece muy bien porque los chirridos le sirven todavía de estímulo.

-Por lo menos en ese punto sigo siendo la misma de siempre- reconoce.

¿Tú crees que un individuo con esa calvicie tan pornográfica puede exhibirse impunemente en público?

Cuando están a punto de meterse en la cama suena inesperadamente el saxofón. Julie se echa el batín de Ramón encima de los hombros y se asoma al balcón. El saxofonista calvo está en la esquina soplando

con todas sus fuerzas.

-Estoy perdida- gime Julie.

-La culpa es tuya -le recrimina Ramón-. No hubieses debido burlarte de la calvicie de ese hombre. Debió de oír todo lo que me decías en el bar y nos siguió hasta aquí, dispuesto a vengarse.

La serenata dura media hora larga. No ha protestado ningún vecino. Luego el hombre enfunda el saxofón y se marcha calle arriba con la satisfacción del deber cumplido. Julie, con los nervios destrozados, le ve alejarse desde el balcón.

-Te estoy esperando- le recuerda Ramón, desde la cama.

-Ya voy, ya voy- dice Julie.

Pero a partir de ahora no vamos a contar nada más, interrumpimos nuestro relato en este punto. No diremos, por lo tanto, si Julie está o no está de acuerdo con lo que ha dicho Ramón a propósito de los muelles del somier, es decir, si chirrían tanto como los de hace cinco años.

Preferimos que, al final de esta breve historia, prevalezca el misterio y que cada lector ponga el final que prefiera.



Ciclo de Entierra de Nadie

CONVERSACIONES SOBRE CIENCIAS Y LETRAS

CIENCIA VERSUS NARRATIVA

En tierra de nadie: conversaciones sobre ciencias y letras es el título del nuevo ciclo de la Fundación de Ciencias de la Salud que reúne en una misma mesa a destacados protagonistas del ámbito de las ciencias y de las humanidades en un intento de disminuir la distancia que tradicionalmente ha separado estas dos culturas. Aunque el discurso científico pretende ser objetivo y el literario se nutre precisamente de lo subjetivo, ambos tienen por objeto común profundizar en el conocimiento de la Naturaleza y del Hombre.

“Con el nombre de textos científicos técnicos designamos al conjunto de discursos producidos en una de las dos grandes ramas del saber: las ciencias exactas, físicas y naturales, concebidas como el estudio de la realidad física en tanto que independiente del hombre, opuestas a las ciencias humanas o estudios de humanidades, que se ocupan del hombre y de su relación con el mundo”.

Así se inicia uno de los temas incluidos en un reconocido libro de texto de Lengua y Literatura¹ para alumnos de bachiller. Desde el principio de la “lección” denominada *Los textos científicos* quedan patentes las múltiples diferencias que existen entre los dos discursos, el científico y el literario.

Estas diferencias “formales” responden a otras mucho más profundas que tradicionalmente han separado estas dos culturas. Una separación que se ha mantenido (y aún se mantiene) como si se tratara de dos fortalezas que necesitan estar distanciadas para no mostrar sus respectivas debilidades.

Pero las cosas están cambiando. Apenas unas páginas después, en la misma lección del mismo libro de texto, los autores (prestigiosos lingüistas) comentan: “A pesar de los rasgos opuestos con los que normalmente se les caracteriza, parece que las diferencias entre las ciencias y las humanidades no son tan nítidas como los viejos prejuicios hacen suponer. Y, en consecuencia, tampoco habrá tanta distancia entre los lenguajes que utilizan”.

¿Es posible un punto de encuentro entre dos discursos distintos? Pese a las múltiples diferencias, existe un territorio común que

1 Lengua castellana y literatura. 2º de Bachillerato. Edición Julio Rodríguez Puértolas. Editorial AKAL



De izquierda a derecha, Juan José Millás, Javier Puerto y José Manuel Sánchez-Ron conversando *En tierra de nadie*

responde a una actitud común: la de un autor que pretende comprender la realidad que le rodea. Así, ciencia y narrativa convergen en un espacio sin dueños, esa “tierra de nadie” a la que se refiere este nuevo ciclo de actividades de la Fundación de Ciencias de la Salud.

Juan José Millás y José Manuel Sánchez-Ron fueron los representantes del territorio de la literatura y de la ciencia, respectivamente. Millás, escritor y periodista, se ha dejado seducir muchas veces por el discurso científico; Sánchez-Ron, físico e historiador de la ciencia, tiñe de literatura cualquiera de sus escritos. Juntos, plantearon los distintos puntos de vista para llegar a la conclusión de que las dos culturas, la literaria y la científica, se aproximan tanto que sería posible hablar de una especie de “contrabando textual”.

CONNOTACIÓN FRENTE A DENOTACIÓN

Una de las características específicas del texto literario es que se trata de un texto connotativo, y esto le opone al carácter denotativo del texto científico. Así lo afirmó Juan José Millás: “En su acepción lingüística, connotación es la significación secundaria o subjetiva de un término, mientras que denotación sería la significación básica de un término, una vez desprovisto de significaciones subjetivas”. En el discurso científico no existen connotaciones subjetivas (vagina es el conducto que une la vulva con el útero). Pero el literario es impensable sin lo subjetivo: “En el discurso literario la vagina sería cualquier cosa menos eso”.

Partiendo de esta base, cuando un escritor se acerca al discurso científico, encuentra una terminología muy sugerente: “Expresiones como cantidades discretas, principio de incertidumbre, partículas elementales... poseen una denotación muy connotativa, se crean redes semánticas que parecen ir mucho más allá de lo que se podría exigir a un discurso puramente denotativo”, destacó Millás.

Y esta literaturización del lenguaje científico a veces llega a límites insospechados. El escritor y periodista se refirió a un congreso de astrofísica en el que se reunieron los diez expertos más importantes del mundo. “Se pasaron varias jornadas hablando del universo en una jerga incomprensible. Sin embargo, el aula siempre estaba llena de gente y consiguieron un interés informativo enorme. Asistí a una de esas reuniones -continuó- y aunque no me enteré de lo que hablaban, los términos que empleaban eran ‘agujeros negros’, ‘horizontes de sucesos’, ‘materia oscura’... Me di cuenta de que estaban hablando de mí y no del universo”.

Y es que a Millás, con el discurso científico, le ocurre lo mismo que con la poesía: “Cuanto menos la entiendo, más me gusta, tengo la impresión de que me conecta con algo muy esencial, que es con lo que conectan los poetas”.

LAS RAÍCES DE LA DIVERGENCIA

Durante muchos siglos, científicos y literatos han caminado por vías paralelas, que nunca llegan a encontrarse. Las dos culturas a las que se refería C.P. Snow en su influyente libro *Las dos culturas* han sido y continúan siendo una realidad. Snow decía que un literato que ignorase el segundo principio de la termodinámica es el equivalente de un científico que desconociese la obra de Shakespeare. ¿A qué se debe esta separación?

En opinión de los dos invitados, una de las grandes dificultades para lograr una unión entre estas dos culturas es el lenguaje. Para acceder al lenguaje literario no es necesario ser un gran lector, pero para comprender el lenguaje científico hay que conocer un método muy complicado. Millás reconoce que algunos discursos científicos tienen como principal objetivo “crear secta”, como el discurso médico, pero hay otra parte en que la dificultad para comprenderlo es patente (“determinados territorios de la realidad necesitan un aprendizaje, y la diferencia en los lenguajes hace más difícil el acercamiento entre los dos discursos”). Según el escritor, el problema es encasillarse en discursos que nos proporcionan

EN TIERRA DE NADIE

seguridad y no querer ir más allá. "Se trata de poner fronteras donde aparece la inseguridad y querer convencer de que el mundo sólo se explica desde un punto de vista". Por eso, afirmó, son tan peligrosos los discursos que pretenden explicarlo todo desde sólo una perspectiva, como el marxismo, las religiones o, incluso, el psicoanálisis. "Hay que tener el valor de reconocer la incertidumbre y acercarte a un discurso que, aun sabiendo que no es el tuyo, puede fecundarlo".

Y es que el mundo, como la ciencia, es interdisciplinario, afirmó Sánchez-Ron. "La naturaleza es una y lo que hemos hecho es parcelarla para comprenderla". Pero la historia de la ciencia está llena de autores que se han movido en tierra de nadie. "Freud, por ejemplo, fue un gran escritor y también un gran científico, y abrió al mundo de la ciencia un campo que hasta entonces le era desconocido, como las pasiones o las emociones".

Tal y como señaló Sánchez-Ron, la literatura se refiere al mundo de los sentimientos, y el mundo de la ciencia es radicalmente diverso, pero si los científicos no quieren darse cuenta de que existe esa otra realidad, difícilmente podrán hacer avanzar el mundo con sus descubrimientos. El abismo existente entre las dos culturas se nutre de científicos que son incapaces de traspasar los límites técnicos de su profesión -aseguró Sánchez-Ron-, acaso porque no tienen nada que decir, y un buen científico necesita interesarse por la vida de otros.

CIENTÍFICOS QUE CONMUEVEN...

Sánchez-Ron sostiene que muy pocos escritores se han ocupado de comprobar los contenidos científicos que aparecen en sus obras, y en muchas ocasiones ni siquiera se han planteado incluirlos, algo que hubiera sido de agradecer debido a su gran influencia social. Y reconoce que muchos científicos están convencidos de que no deben

adentrarse en territorios que excedan lo comprobable. Para él, esta actitud no ha hecho más que afianzar un muro que no ha dejado que la ciencia se considere parte importante de la cultura.

Sin embargo, cada vez existen más científicos que son capaces de combinar sus trabajos con la narrativa y otros tantos que son capaces de utilizar la ciencia como arte "y con su obra consiguen conmover al lector". Escribieron libros maravillosos que no sólo marcaron hitos en la ciencia, sino que también conmovieron nuestras almas. Supieron engranar la ciencia con lo más humano, fueron capaces de decirnos cosas sin establecer fronteras entre el científico y el lego.

Uno de ellos es el paleontólogo y biólogo evolutivo Stephen Jay Gould, capaz de escribir algo tan literario como esta cita extraída de *La falsa medida del hombre*: "Pocas tragedias pueden ser más vastas que la propia de la vida, pocas injusticias más profundas que la de competir".

Galileo fue otro ejemplo de autor que aunó la ciencia y la filosofía en un lenguaje que aún hoy invita a la reflexión. Y como claro exponente de este engranaje se puede citar al *Ensayo filosófico de las probabilidades*, de Pierre Simon Laplace, que incluye una argumentación sobre la probabilidad de predecir el futuro al igual que el pasado si se conocen con precisión posiciones y velocidades en un momento determinado, una teoría superada por el principio de incertidumbre y



"Tengo la impresión de que los textos científicos me conectan con algo muy esencial que es con lo que conectan los poetas".

"Hay más literatura en el índice de un libro de física que en muchas bibliotecas de letras".

"Expresiones como cantidades discretas, principio de incertidumbre, partículas elementales... poseen una denotación muy connotativa."

por el descubrimiento de los sistemas caóticos a cargo de Lorente, autor de una de las frases más literarias y extendidas en el mundo occidental: "El aleteo de una mariposa en California puede provocar una tormenta tropical en Australia". Sin olvidarse de Darwin, cuyo *Origen de las especies* supuso una auténtica revolución científica; pero, a pesar de pertenecer a semejante categoría, desde el principio fue accesible a casi todo el mundo: la primera edición se agotó el mismo día que salió a la venta.

Si se quiere demostrar que hay libros científicos capaces de conmover nuestros espíritus al igual que lo hace una buena novela, no hay más que recurrir a Darwin en *El origen del hombre*, o al *Estudio de la medicina experimental* de Claude Bernard, o a los textos autobiográficos de Ramón y Cajal, o a los reflejos condicionados de Pavlov, o a Steven Weinberg en los *Tres primeros minutos del universo*. ¿Cuál es entonces la frontera entre literatura y ciencia?

...Y ESCRITORES ANTILITERARIOS

En el caso de Juan José Millás, sin embargo, su discurso literario se dirigió a lo antiliterario y allí se encontró con el discurso científico, del que aprendió y recibió muchas cosas: "Cuando empecé a escribir tenía claro que si quería hacer literatura tendría que hacer un discurso antiliterario, y el discurso científico me ha proporcionado las claves de esa literatura que yo busco. Precisamente, por antiliterario, el discurso científico hoy día es muy literario. Hay más literatura en el índice de un libro de física que en muchas bibliotecas de letras".

Al escritor, el discurso científico le ha aportado muchas cosas. "Una de las que más me ha ayudado a reflexionar sobre mi propio oficio es el principio de incertidumbre, que de forma muy resumida viene a decir que la mirada del observador modifica el comportamiento de lo observado. A partir de ese momento, el observador forma parte ya del experimento, su mirada no es inocente. ¿Os imagináis la riqueza que ofrece esta teoría trasladada al punto de vista de la literatura?"

Desde la literatura, el punto de vista no es más que el sitio que uno elige para contar las cosas, el lugar desde donde se mira la realidad. Durante todo el siglo XIX y gran parte del XX se consideró que el punto de vista era una convención necesaria. Era imprescindible saber quién contaba, pero esta concepción ya se ha superado al conocer que la mirada del observador modifica lo observado, que la mirada del narrador no es inocente.

Esta es una de las muchas razones por las que, según Juan José Millás, cuando un discurso se acerca al otro aporta una enorme riqueza. No se trata de discursos opuestos, sino complementarios. Y es que si queremos conocer realmente el significado de vagina, necesitamos los dos lenguajes, son imprescindibles los dos puntos de vista para conocerlo plenamente.

Ciencia versus narrativa, *celebrada en Madrid el 7 de Noviembre de 2005, inauguró el ciclo En Tierra de Nadie: Conversaciones sobre Ciencias y Letras*



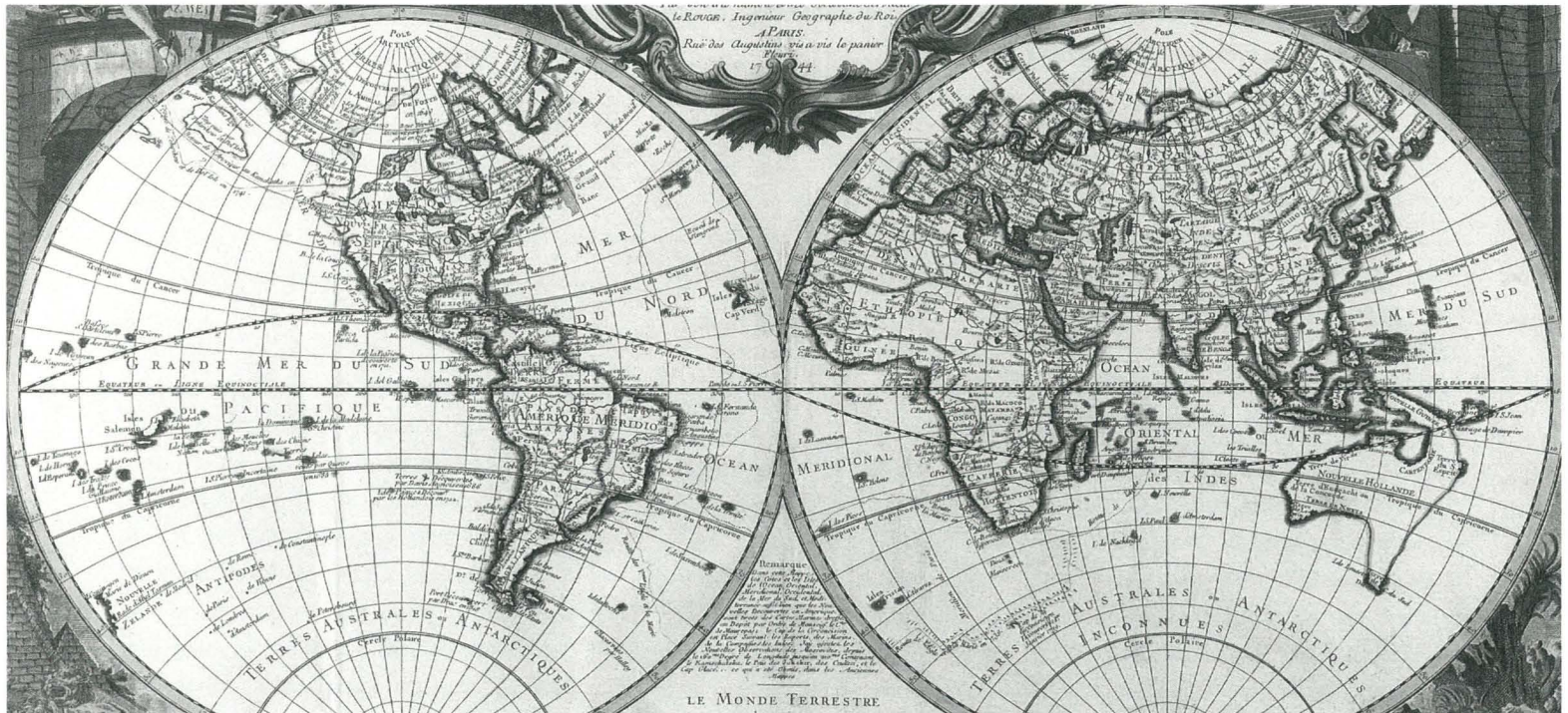
"Si los científicos no quieren darse cuenta de que existe esa otra realidad, difícilmente podrán hacer avanzar el mundo con sus descubrimientos".

"Si se quiere demostrar que hay libros científicos capaces de conmover nuestros espíritus al igual que lo hace una buena novela, no hay más que recurrir a Darwin".

"Muchos científicos son capaces de utilizar la ciencia como arte y con su obra consiguen conmover al lector".

DEL PASADO **al presente**

Salud y marginación



José Luis Peset

Departamento de Historia de la Ciencia. Instituto de Historia. CSIC.



A pesar de los avances indiscutibles experimentados en la ciencia y la medicina, que mejoraron de forma notable las penosas condiciones de vida de los trabajadores durante el siglo XIX (el de la Revolución Industrial) y consiguieron reducir, sobre todo en la centuria pasada, la incidencia y gravedad de numerosas enfermedades, e incluso su erradicación, todavía hoy día son muchas las amenazas para la salud que acechan a gran parte de la población mundial, especialmente a la que vive en las zonas más desfavorecidas del planeta.

El severo Malthus vaticinó dos siglos atrás que los recursos de la Tierra no eran suficientes para la especie humana. Este bípedo omnívoro que se había adueñado de la superficie del planeta azul mostraba una insaciable voracidad tanto para él como para sus cercanos parientes, tanto para el presente como para el futuro. Era capaz de desarrollarse de forma avasalladora, sobre todo cuando los logros sanitarios disminuyeron drásticamente la mortalidad. Con el tiempo, la población humana se ha dividido dramáticamente en dos partes, separadas por su participación en el reparto de la riqueza. El norte tiene el dinero, la salud y el poder; el sur, la pobreza, la enfermedad y la impotencia. Territorios extensos del mundo

Salud y marginación

conocen la más seria miseria, que se acompaña del hambre, el padecimiento, la injusticia y la muerte. Los jinetes apocalípticos parecen asentados en zonas concretas del globo que, de ninguna manera, pueden eliminar sus gravísimos problemas. Tal como escribía hace poco el profesor Juan Romero: "Y la cuestión esencial, que tanto desconcierta, bien podría ser formulada de la siguiente manera: en esta especie de *destrío social* global que opera a varias escalas, las personas apartadas que viajan en vagones situados en vía muerta son más que los que quedamos en el vagón de los elegidos. Y van a ser aún más en las próximas tres décadas, porque más del 95% de las personas que han de nacer lo harán en tres de los Cuatro Mundos posibles: el Tercer Mundo tradicional; el llamado Segundo Mundo, integrado por los restos de la ex Unión Soviética y satélites, o el Cuarto Mundo, aquél que viaja en el 'quinto vagón' de nuestras sociedades opulentas".

A la vez que el pesimismo malthusiano se extendía por el mundo, dos tremendos filósofos alemanes añadían sus negros vaticinios. Por un lado, Karl Marx consideraba que el desarrollo económico occidental traía la desgracia a la población europea, así él mismo y Friedrich Engels observaron la miseria en las ciudades industriales inglesas. Estas observaciones se extenderían también a la miseria producida en las colonias. Autores como Emile Zola describieron los bajos fondos de los emporios franceses, señalando la miseria que los bajos salarios, la mala vivienda, la escasa asistencia médica..., acompañados de la enfermedad, la penuria, la falta de moral y las drogas, producían en los trabajadores. Eran proletarios que procedían de un campo que se abandonaba y degradaba, pero que no mejoraban su condición al habitar las ciudades. La tuberculosis se ensañaba en una población que traía una "ingenuidad" inmunológica, semejante a la inocencia moral que Rousseau había creído ver en los campesinos.

Si el marxismo veía con disgusto el desarrollo económico, pero confiando en su papel beneficioso más adelante, cuando la razón imperase, otros pensadores no eran tan optimistas. Así, Friedrich Nietzsche consideraba que el saber y la técnica eran un peligro para la moral humana. Entroncando con Montaigne y con Rousseau, pensaba que la ciencia era un peligro para la bondad del ser humano, degradándolo y alejándolo de su primitiva inocencia. La verdad se encontraba en la vida -y en la muerte-, y no en el pensamiento y en el saber. Sentimientos y experiencias eran la verdadera fuente de la sabiduría.

El norte tiene el dinero, la salud y el poder; el sur, la pobreza, la enfermedad y la impotencia.

Esta decadencia o degeneración que la civilización había producido en el ser humano de las ciudades llevó a plantear diversas medidas para preservar un poder y un vigor que el occidental consideraba imprescindibles. Cesare Lombroso, con su escuela, contribuyó a la marginación de grupos sociales considerados peligrosos, como delincuentes, enfermos mentales, anarquistas y revolucionarios, prostitutas y razas colonizadas. Francis Galton, el padre de la

eugenesia, dictó medidas para preservar las razas superiores, a la vez que se arrinconaban las consideradas de peor calidad. Su pariente Charles Darwin parecía respaldar estas ideas desde sus teorías evolucionistas.

La nobleza pierde poder

Se habían producido dos grandes "paradigmas" de pensamiento en el siglo XIX, a la vez que la sociedad europea cambiaba de forma radical. En el tránsito del siglo XVIII al XIX, al producirse lo que se calificó de "revolución burguesa", se pasó de una sociedad nobiliaria a otra burguesa, del predominio católico al protestante, del dominio del sur al del norte. Se heredaba la idea de que el ser humano había sido creado como un ángel portador de salud, saber, belleza y bondad. El pecado original había consistido en comer del árbol del bien y del mal, del árbol de la sabiduría, queriendo ser como Dios. El hombre es condenado al trabajo, así como a la enfermedad y a la muerte. Comienza la decadencia del "ángel caído", que entra en un proceso de degeneración, llevando a la decadencia y a la enfermedad, a la larga mortal. Era la visión pesimista propia de una nobleza que perdía el poder, de unos países que cedían el control ante nuevos grupos sociales y nuevas naciones. El conde de Buffon observó que los animales domésticos sufrían cambios, que consideró degenerados, en contra de su visión

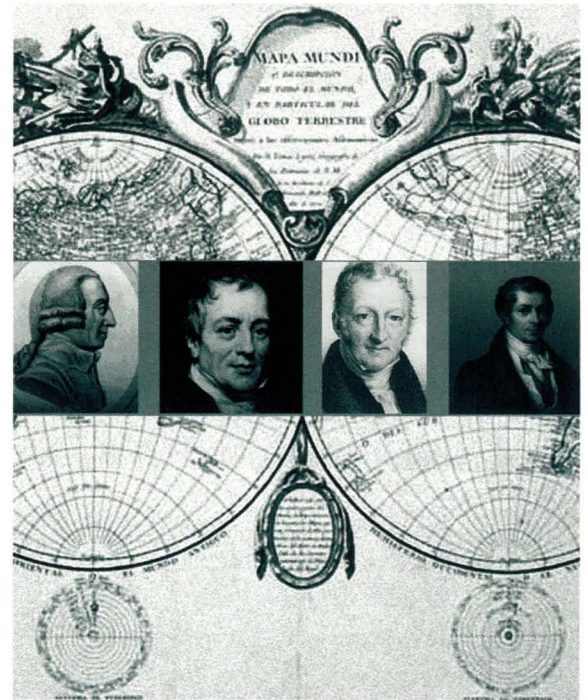
nobiliaria y selvática de la naturaleza. Lo mismo creyó encontrar en los hombres y animales americanos, que consideró inferiores a los europeos, buscando motivos en un diluvio tardío.

La salud pública, la seguridad social y los seguros diversos actuaron como protectores de la población trabajadora, que era sometida a los más duros trabajos.

Contra este mito de la degeneración, que suponía una civilización original creada en el paraíso de forma perfecta, se opuso el mito evolucionista. A las ideas de Darwin, ampliadas y desarrolladas por Haeckel y Spencer, se añadieron los hallazgos de arqueólogos, etnólogos e historiadores. Desde luego, aunque el vano esfuerzo por localizar el paraíso primitivo, esa arcadía feliz de los clásicos, no se abandonó, los hallazgos eran muy diferentes. Se descubría una civilización primitiva salvaje, que podía proceder además de varios troncos, así como tribus modernas que eran consideradas atrasadas, violentas y peligrosas. La humanidad se habría, pues, originado en un estado primitivo y con el tiempo, con la lucha por la vida, con la supervivencia del mejor, se había llegado a la perfección actual. Para conseguir el dominio del mundo era preciso mejorar la raza, consiguiendo una estirpe de hombres que dominara el planeta. La superación de pruebas, la selección de los mejores e incluso la eliminación de los inferiores eran una clara consecuencia de esta forma de pensar. De todas formas, ambos mitos confluían en la necesidad de conseguir medios científicos y técnicos que mejoraran la raza blanca y mostraran su dominio del mundo. Las ideas del filósofo Nietzsche sobre el poder y la superioridad, así como de la experiencia y la vida, encajaban muy bien en este contexto.

El origen de la protección social

Los padres de la economía clásica no quisieron estorbar el proceso de cambio burgués y liberal. Desde Smith y Ricardo, hasta Malthus y Say, pensaban que todo bien producido encontraría su demanda y que el ejército trabajador proletario encontraría renovación indefinida. Pero las cosas se probaron contrarias; en las crisis del sistema capitalista que enseguida comenzaron, los padecimientos del proletariado fueron infinitos y pronto se organizó en partidos y sindicatos que exigieron medidas correctoras. La salud pública, la seguridad social, los seguros diversos tendieron a proteger esta población trabajadora, que era sometida a los



Adam Smith, David Ricardo, Thomas Robert Malthus y Jean-Baptiste Say, padres de la economía clásica

más duros trabajos y a las más penosas condiciones de vida. Los orígenes de la protección social se remontan a la segunda mitad del siglo XIX, en que se revisan las optimistas previsiones de los padres de la economía clásica. Las crisis europeas que rodean la hegemonía del imperio alemán, con Bismarck a la cabeza, fueron determinantes. El hundimiento económico, las guerras franco-prusianas, las graves enfermedades y malas condiciones de vida, las reivindicaciones políticas y sindicales, exigieron que el "canciller de hierro" pusiera en marcha las previsiones necesarias para proteger a los trabajadores.

Más tarde, en otros países, como en Inglaterra, que sufrió de forma terrible las dos guerras mundiales,

Salud y marginación

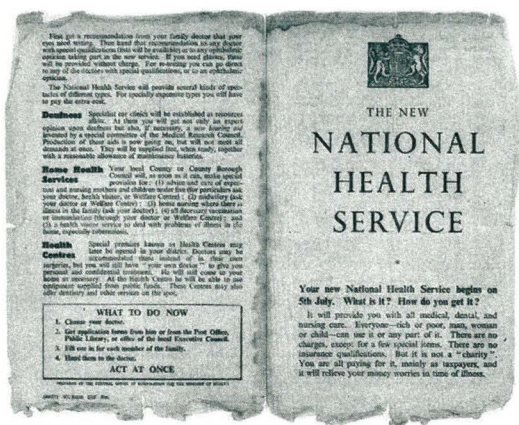
se pusieron en pie magníficos mecanismos de protección. Antes de la segunda guerra -como también de la civil española- estaban planteadas las bases y realizados los estudios necesarios, pero fue al terminar ésta cuando se pone en pie en Gran Bretaña el magnífico National Health Service, que ha servido de modelo a todos los que han querido establecer un adecuado servicio de seguridad social. Era un sistema uniforme, centralizado y pagado por impuestos, que permitió una asistencia médica ejemplar. Fue una institución módica, con una asistencia de gran calidad, pero los gobiernos de la Sra. Thatcher limitaron mucho sus posibilidades, sin que los laboristas hayan dado todavía el necesario giro de timón. Incluso en España, en el franquismo, el ministro Girón puso en marcha nuestro sistema de seguridad social. También aquí los aires privatizadores, en manos de los gobiernos

La ciencia y la medicina desempeñaron un papel esencial en el desarrollo del mundo occidental, permitiendo reducir la mortalidad.

conservadores, hacen peligrar la calidad del servicio y, sobre todo, la equidad del pago y la compensación.

Pero repito que las novedades capitalistas eran mal miradas por los grandes filósofos del ochocientos. Así, para Marx todas estas novedades eran una explotación económica, que tan sólo un buen uso de la ciencia en el futuro podría solucionar, en manos de la clase trabajadora. Para otros, en la misma ciencia estaba el germen de todo mal, pues el saber corrompía y esclavizaba, decían en la línea que va de Rousseau a Foucault, pasando por Nietzsche. Se criticaban, pues, las novedades médicas y sanitarias desde ambos puntos de mira, tanto acusando de que contribuían a la "proletarización" como de esclavizar desde una mala "medicalización". En los años setenta, los que empezábamos a interesarnos por estos temas estábamos atrapados entre esas dos líneas de pensamiento, que tenían la virtud de permitir una crítica a un sistema que considerábamos injusto. Pero ambas líneas son, sin duda, incompatibles, pues una confía en la ciencia al modo de Condorcet y los ilustrados, pensando en que es la futura salvación; la otra, por el contrario, abomina de las novedades científicas, que considera malas en sí mismas.

La ciencia y la medicina tuvieron un papel esencial en el desarrollo del mundo occidental, permitiendo bajar la mortalidad y mejorar las condiciones de vida. La higiene, tanto privada como pública, fue esencial para el hombre moderno; la extensión de las vacunas, las mejoras de la cirugía y el hallazgo de los antibióticos iniciaron una nueva etapa de desarrollo demográfico, social, cultural y económico. Apareció lo que Alfons Labish ha denominado el "hombre higiénico", adaptado a las nuevas condiciones que la técnica sanitaria imponía. El citado autor, al ocuparse del gran desarrollo de la higiene en la Alemania de entreguerras, ha sabido unir los dos procesos, tal como en nuestras lecturas y preocupaciones convivían. La penosa "proletarización" y una dura "medicalización" pueden ir de la mano, siendo el médico muchas veces un mero técnico que actúa en el camino del exigente desarrollo económico. Desde luego, en el mundo del siglo XX hay que añadir la brutal explotación de las colonias, iniciada por el rey Leopoldo con el Congo belga.



Anuncio en prensa del nacimiento del Sistema Nacional de Salud británico, en los años cuarenta

El conflicto de las dos culturas

Todas estas dificultades en la intelección de las ciencias se encarnan también en lo que se ha denominado conflicto de las dos culturas. Tiene raíces muy antiguas, pues ya en la Edad Media se discutía sobre el valor mayor de las ciencias o de las letras. Se plantea de forma exigente en el Renacimiento, cuando un terrible desarrollo de las potencialidades técnicas hace dudar del beneficio que aportan. Hay que tener en cuenta que el sabio y delicado Leonardo lo mismo ideaba las posibilidades de volar o pintaba mujeres y efesos maravillosos, que proyectaba terribles máquinas de guerra. Es lógico que se plantee la necesidad de que la ciencia tenga su conciencia, su moral o su política, su marco humanista, como ha puesto al día Andrea Battistini. A fines del ochocientos, Thomas Henry Huxley quería una enseñanza basada en la ciencia, pues la separación entre ciencias útiles y letras bellas exigía una educación práctica y profesional. Así, en la nueva sociedad industrial, el atenerse a los hechos y a la investigación conseguiría una ética mundana que se apoyaría en el utilitarismo. Le contesta Matthew Arnold, quien preconiza superar con la poesía la actitud gris y provinciana del mero utilitarismo; los valores éticos del arte deben sustituir a la religión. Al progresar la ciencia, es necesaria la literatura, que al analizar las intimidades humanas se convierte en crítica de la vida.

Pero será en el siglo XX cuando Charles Percy Snow lance el tema de las dos culturas y salte a la discusión pública. La cultura humanística sería responsable del individualismo, del racismo, del rechazo de la ciencia y de la revolución industrial y del menosprecio de los males de la humanidad. Ante el progresismo y democracia de los científicos, se alzaría un muro de incompreensión, rechazo y mutua ignorancia. Los humanistas piensan que los científicos poseen un ingenuo optimismo, ignorante de la condición radical humana; los científicos, que los literatos carecen de interés y



El tifus se mantiene, la tuberculosis repunta y nuevas patologías transmisibles, como el sida, amenazan a la humanidad.

previsión acerca del ser humano, son antiintelectuales que se limitan al momento existencial. La sangre de los sabios contiene el futuro, el sentimiento de los poetas lo niega. Arguye en contra Frank Raymond Leváis, que considera necesaria la profundidad de la literatura para dar respuesta a los problemas personales y metafísicos. No se debe criticar el egoísmo de algunos literatos,

pues lo importante son sus obras y sus actitudes muchas veces progresistas. Además, algunas ciencias progresan en las tiranías. Hay en el humanista tanto una

preocupación por el sufrimiento proletario como por la mejora de la situación objetiva y por la creación de un mundo humano, en el que es central el lenguaje. Y, no menos, se deben añadir la cultura y las instituciones.

La ciencia muestra orgullosa su capacidad de solución de problemas prácticos, técnicos, insistiendo en sus resultados finales efectivos. Las humanidades, por el contrario, se interesan más por una interpretación global de la totalidad, en la que la

Salud y marginación

cultura humana pueda tener una intelección integradora. Los conceptos científicos están en manos de unos pocos sabios entendidos, con un lenguaje esotérico y estrictos tribunales de expertos que los aceptan o rechazan de inmediato. Los gustos estéticos corresponden a más amplias capas de población, suponen un consenso amplio y de lento cambio. Además, las ideas estéticas pueden convivir, mientras que las científicas se niegan unas a otras. Es posible admirar una bella estatua griega, pero no lo es admitir que Ptolomeo esté vigente. La introducción del concepto de "paradigma" por Thomas Samuel Khun explica bien cómo las ideas científicas se sustituyen unas a otras. Tras un periodo de ciencia normal, una brusca revolución arrinconaría el consenso que los sabios tenían acerca del paradigma pasado.

Para Aldous Huxley, usando la terminología de Wilhelm Dilthey, serían dos formas de resolver los problemas humanos: las ciencias de la naturaleza buscan cantidad, regularidad, leyes y generalizaciones, mientras que las del espíritu se interesan por lo cualitativo, lo individual, la apariencia y la interioridad. Según Giulio Preti, se puede distinguir entre el disfrute personal de la literatura y el universalismo de la ciencia, el largo debate entre retórica y lógica. Dos culturas, dos formas de verdad y dos jerarquías de valores, moralidad y ética; dos tipos de valores prácticos con diferente consideración desde Kant y Hegel.

Medicina que no erradica enfermedades

Pero mientras discutimos sobre el papel de las ciencias y las artes, la realidad del mundo es muy distinta. Estas preocupaciones que angustian al primer mundo nada tienen que ver con las del

tercero, ni siquiera con los mundos de marginación que se encuentran dentro de las ricas ciudades occidentales. Una medicina y una prevención tan potentes no han conseguido erradicar las enfermedades, ni siquiera las infecciosas más clásicas, y algunas nuevas asolan las zonas más pobres del globo. Estas enfermedades han podido ser bien controladas gracias a los antibióticos y las vacunas, consiguiendo que muchas sean raras en los países desarrollados. Incluso la victoria sobre la viruela ha sido un hito extraordinario en la historia de la medicina. La vieja vacuna que Edward Jenner descubrió viendo cómo las vaqueras de su tierra no sufrían la terrible enfermedad se mostró de una enorme eficacia. En menos de dos siglos, el virus de la viruela está encerrado en unos pocos laboratorios y la OMS pudo declarar el fin de esta enfermedad, una de las más graves causantes de mortales epidemias.

Muchas de las viejas enfermedades infecciosas siguen siendo una amenaza, incluidas el cólera y la peste. El tifus se mantiene, la tuberculosis repunta y nuevas enfermedades transmisibles, como el terrible sida, se suman a la patología humana. El paludismo sigue siendo una enfermedad devastadora que diezma las zonas cálidas del planeta. Eliminado de Europa en el siglo XX, su acción es terrible en Asia y África. El tratamiento es complejo y las vacunas no acaban de arrancar. La gripe ha seguido sus tranquilas mutaciones por siglos, sin que nada le afecte. Cuando se van a cumplir cien años de la pandemia "española" que un virus porcino originó, parece que otro aviar amenaza de forma grave la población mundial. Venga o no, las pandemias de gripe siguen mostrando que todavía queda mucho por investigar y por repartir. Muchas de estas enfermedades se evitarían con una adecuada prevención, medicinas baratas y unas buenas instituciones sanitarias atendidas por médicos bien formados.

La prensa informa (*El País*, 22 y 23 de noviembre de 2005) de la pésima situación de la salud y la alimentación en el mundo, según informes de la ONU y de la FAO. Una somera aproximación a los datos es aterradora. Seis millones de niños mueren al año de hambre y 800 millones sufren desnutrición. Las enfermedades curables se ensañan en estos menesterosos por falta de medicinas, alimentación y cuidados. Problemas neonatales, infecciones de la infancia, diarreas, malaria, tuberculosis... son los causantes de acabar con estos débiles pacientes, a los que la malnutrición impide adecuadas defensas inmunológicas. ONUSIDA

advierte que la pandemia del sida se dispara, afectando a más de 40 millones de personas, y más de medio millón de niños morirá este año. África subsahariana y Asia del sur y del sureste sufren la más peligrosa invasión. La falta o el precio de los medicamentos, la inmoralidad de una moral mal entendida, las tiranías políticas, las miserias, guerras y falta de higiene hacen que el gran mal del siglo XX haya penetrado en el nuevo siglo como el más peligroso jinete apocalíptico.

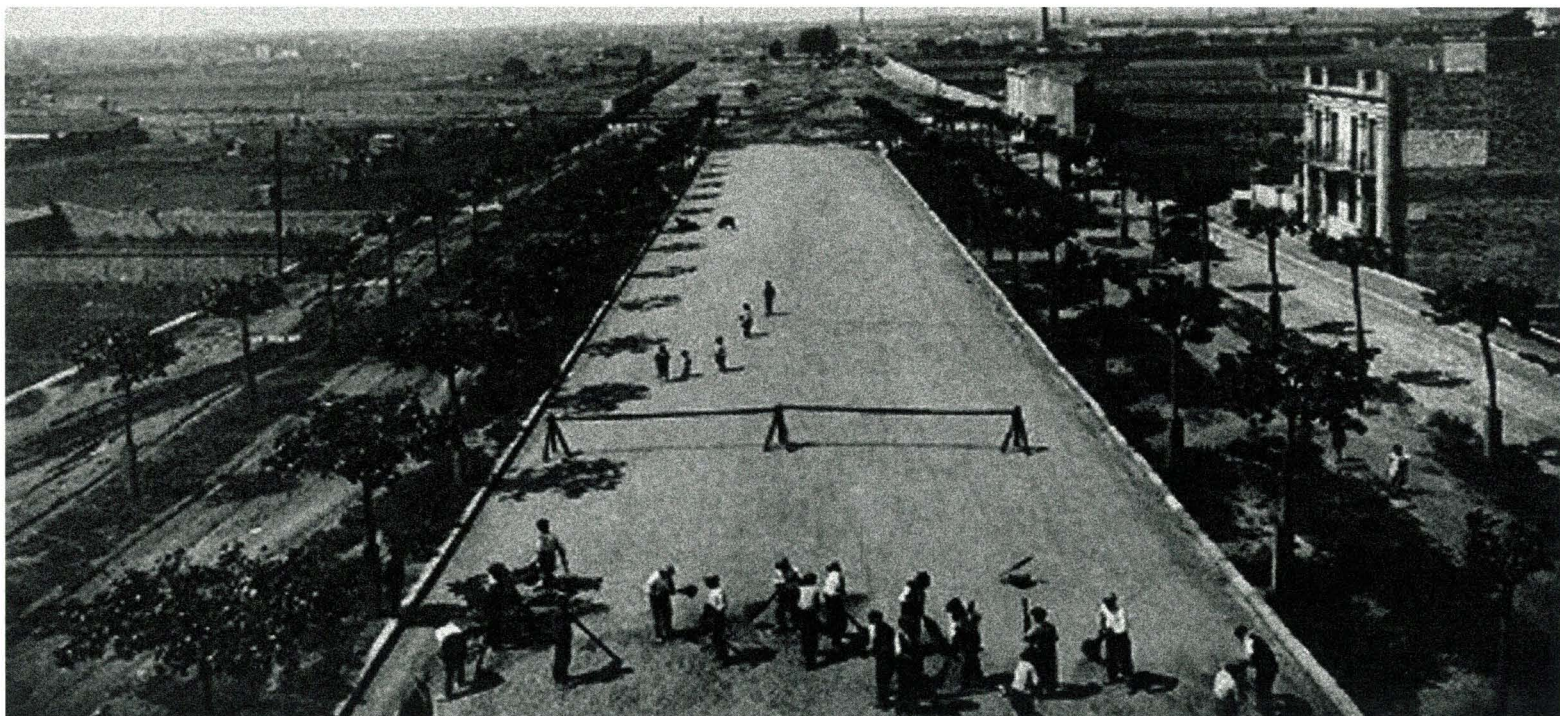
El fracaso sanitario no puede atribuirse a la falta de investigación y conocimientos; el estudio de la enfermedad ha progresado mucho, pudiendo prevenirse y alargar la supervivencia de los afectados. Y lo mismo se puede decir de otras muchas enfermedades infecciosas, que hemos tomado aquí como ejemplo patente. El mal no está en la ciencia, mucho menos en los pacientes, está en una sociedad injusta que sufre esa división terrible entre norte y sur, entre ricos y pobres. Hay medios para evitar mucho de ese sufrimiento, pero la estructura social, dominada aquí y allí por tiranos o por codiciosos, impide que se apliquen de forma efectiva. La solución no es fácil, pues necesita de varios apoyos. Como el trípode de las pitonisas, las soluciones se deben apoyar en la ciencia, la política y la justicia. Una ciencia que sea eficaz con su investigación y sus descubrimientos, una política que permita la igualdad de derechos de los ciudadanos y una justicia que convenza a éstos de los deberes morales a que están obligados.

Bibliografía

- ÁLVAREZ, Raquel. *Sir Francis Galton, padre de la eugenesia*. Madrid: CSIC, 1985.
- BATTISTINI, Andrea. *Litteratura e Scienza*. Bologna: Zanichelli, 1977.
- ENGELHARDT, H. Tristram. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Ediciones Paidós, 1995.
- HORKHEIMER, Marx, y ADORNO, Theodor. *Dialéctica de la Ilustración. Fragmentos filosóficos*. Traducción e introducción de Juan José Sánchez, 2ª. ed. Madrid: Editorial Trotta, 1997.
- HUERTAS, Rafael. *Locura y degeneración*. Madrid: CSIC, 1987.
- HUERTAS, Rafael. *El siglo de la clínica*. Madrid: Frenia, 2005.
- JALÓN, Mauricio. *El laboratorio de Foucault. Descifrar y ordenar*. Barcelona: CSIC-Anthropos, 1994.
- LABISH, Alfons. *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt: Campus Verlag, 1992.
- MORRIS, David B. *Illness and Culture in the Postmodern Age*. Berkeley: University of California Press, 2000.
- PESET, José Luis. "Capitalismo y medicina. Ensayo sobre el origen de la seguridad social". *Estudios de Historia Social*. Nº 71 (1978) p. 185-216.
- PESET, José Luis. *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*. Barcelona: Crítica, 1983.
- PESET, José Luis. *La ciencia entre dos milenios*, en ALCINA, José; y CALÉS, Marisa (eds.), *Hacia una ideología para el siglo XXI*, Madrid: Akal, 2000. p. 33-40.
- PESET, José Luis y Mariano. *Cesare Lombroso y la escuela positivista italiana*. Madrid: CSIC, 1975.
- ROMERO, Juan. "Vidas desperdiciadas". *El País, Comunidad Valenciana*. 26 de noviembre de 2005.
- SOLÍS, Carlos (ed.). *Ensayos en homenaje a Thomas Samuel Khun, en Éndoxa. Series filosóficas, núm. 9*. Madrid: UNED, 1997.

DEL PASADO **al presente**

El movimiento higienista en la España urbana del siglo XIX, ¿utopía o contradicción?

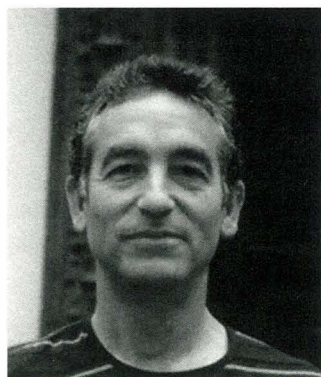


Obras de construcción de La Gran Vía de Barcelona

Esteban Rodríguez Ocaña

Catedrático de Historia de la Ciencia.

Departamento de AP e Historia de la Ciencia de la Universidad de Granada



La aglomeración que empezaban a sufrir algunas ciudades españolas a mediados del siglo XIX fue el detonante de la aparición del movimiento higienista, que llegó a “dar el salto” al ámbito académico, convirtiéndose la higiene en una más de las enseñanzas impartidas en escuelas y facultades de Medicina. Incluso algunos expertos higienistas fueron llamados a participar en el desarrollo urbanístico de la época. Pero un excesivo celo en la aplicación del programa higienista y algunos casos de afán de lucro entre sus promotores dificultaron el devenir de este movimiento.

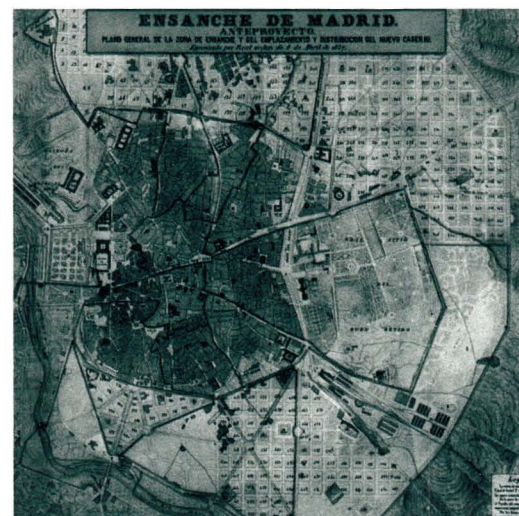
La asimilación plena de los supuestos ambientalistas neohipocráticos, la teoría miasmática y su mediación química habían producido, en el último tercio del siglo XVIII, su impronta en la transformación de las ciudades (donde algunos han creído detectar un verdadero plan sanitario que, sin embargo, estudios locales no logran concretar). Además de la abertura de nuevos viales arbolados, la modificación más prolongada fue la que afectó a los cementerios, pues dio pie a una pugna entre la tradición y la ciencia que tuvo un largo desarrollo. A partir de 1787, y en especial después de la Circular de Godoy de 1804, se dictaminó el fin de los

enterramientos intramuros, estimulado, en particular, por los graves episodios epidémicos de fiebre amarilla y cólera, así como por la ocupación francesa. Por ejemplo, Zaragoza abrió un nuevo cementerio en 1791 (la Cartuja), pero resultó insuficiente y hubo de preparar otro (Monte Torrero) que se terminó en 1834. Esta cronología nos habla de la cierta parálisis vivida por muchos de los asuntos del Estado durante el mandato fernandino. Y es que las consecuencias lógicas de las ideas ilustradas conducían a reformas que, abordadas en el Trienio liberal, quedaron en suspenso durante la ominosa década siguiente.

El problema de la instalación material del cementerio se mezcló con el de su gestión, que el Estado pretendió arrebatarse a la Iglesia, algo que sólo se completó en 1863, cuando los cementerios pasaron a la jurisdicción plena de los ayuntamientos, si bien en muchos casos la obligación legal no se hizo realidad hasta la revolución de 1868. Todavía diez años después y más, desde *El Siglo Médico* (1871, 24: 95; 1881, 28: 60) se criticaba que el Ayuntamiento de Madrid redujera a los cementerios su preocupación por la insalubridad ciudadana, situación que pareció resolverse en 1884, una vez que se cerraron ocho de los once con que contaba la capital del reino.

El derribo de las murallas en las ciudades y las desamortizaciones religiosas marcaron el rumbo de la transformación del plano urbano.

Los años centrales del siglo se caracterizaron por una nueva floración de reflexión higiénica, cuya enseñanza se impartió en las facultades de Medicina, así como por la incorporación de un ramo sanitario dentro de las administraciones, inicialmente en la central, a partir de 1847 (sancionada por la ley de Sanidad de 1855). La línea roja que marcó el pensamiento higiénico fue el de la aglomeración urbana entendida como aglomeración mefítica. Y junto con las propuestas de intervención ambiental, el valor educador, o moralizador, de la higiene fue el rasgo más impactante de las propuestas de los higienistas, hasta el punto que la ley Moyano (1857) incluyó su docencia en las escuelas, comenzando por las niñas.



Fragmento del plano del ensanche de Castro (anteproyecto, 1857)

Resulta llamativo el devenir del pensamiento higienista en torno a la ciudad, pues nos permite apreciar la escala de valores asumida por la sociedad liberal decimonónica, así como el colchón político que en cada momento ha rodeado a dichas reflexiones para evitar su colusión con las estrategias del sistema. Y es a un breve repaso de dicho proceso al que vamos a dedicar las líneas que siguen.

El ascenso de la clase adinerada

El reinado de Isabel II asistió a la transformación del plano urbano a partir de dos grandes empeños: el derribo de las murallas y las medidas de desamortización de locales de congregaciones religiosas. Con ello se liberó la expansión urbanística de la escasez de terreno y se apreció en su pureza el ascenso de la clase adinerada, simbólicamente exonerada de las tutelas militar y religiosa. Aparecen los planes de Reforma interior y de Ensanche, apoyados en principios higiénicos, como los prototípicos de Barcelona y Madrid (aprobados en 1860), Bilbao (1861) y San

El movimiento higienista en la España urbana del siglo XIX, ¿utopía o contradicción?

Sebastián (1862). Estos procesos se aceleraron a partir de 1870 y se mantuvieron a lo largo del primer tercio del siglo XX. Desde 1876, el tipo edificatorio único fue la manzana cerrada, ideada por Ildefonso Cerdá para su proyecto barcelonés, siguiendo un ideal higiénico, entre otros motivos. Pese a su naturaleza local, a su servicio se promulgaron leyes y se crearon organismos nacionales de vigilancia, en 1864, 1876 y 1892.

Los autores hispanos reputados comúnmente como higienistas, como Pedro Felipe Monlau (1808-1871) y Francisco Méndez Álvaro (1806-1883), tuvieron una participación directa en estos procesos, tanto desde el punto de vista literario como administrativo. En efecto, a sus escritos, monografías o artículos en periódicos profesionales, hay que sumar su presencia en instituciones oficiales, comenzando por el Consejo de Sanidad, junto con Mateo Seoane (1791-1870), desde 1847, y más adelante también en diversas Juntas.

En 1857, Claudio Moyano, ministro de Fomento, aprobó el ensanche de Madrid (R.D. de 8 de abril de 1857); pasado a Gobernación, dictó en 25 septiembre otro R.D. que creaba una Junta consultiva de Policía Urbana, con competencias sobre la reforma de las poblaciones grandes, reforzadas a partir de 1859 (R.D. de 17 de agosto de 1859). Su composición incluía al menos a un médico, puesto ocupado por Méndez Álvaro, que no en vano compartía con Moyano militancia política. En el discurso con el que había ingresado en la Academia de Medicina de Madrid en 1853,

titulado *Consideraciones sobre la Higiene pública* [...], Francisco Méndez Álvaro había pedido reglas uniformes para el planeamiento urbano en toda España y un organismo de vigilancia, anticipando las medidas de 1857.

Expertos en salubridad

En el periódico dirigido por Pedro Monlau, *El Monitor de la salud de las familias y de la salubridad de los pueblos* (Madrid, 1858-1864), se expresa la vinculación entre las doctrinas higiénicas y la reforma urbana. Su director y autor casi único ocupó la cátedra de Higiene de la Universidad de Madrid durante sendos periodos de varios meses en 1854 y 1868, y obtuvo también plaza de vocal en la Junta Municipal de Sanidad madrileña y en su comisión de salubridad. Las propuestas concretas que defendió Monlau partían de la consideración del aire como vehículo de salud y de enfermedad, del hacinamiento como causa de la corrupción aérea, y de la correlación físico-moral, que haría indistinguible la

enfermedad de la depravación. De ahí su defensa acérrima de la política de ensanche (*El Monitor*, 1858, pp. 87-89); bien entendido, ensanches de superficie y no "piramidales o por superposición de habitaciones", en razón a que la salubridad -como dejó dicho en sus *Elementos de higiene pública o*

arte de conservar la salubridad de los pueblos- "es la primera de las condiciones de existencia" (1862, p. 90). En relación con el ensanche madrileño, *El Monitor* dio cuenta de dos proyectos, ambos dirigidos por sendos conspicuos miembros de la elite liberal, el presentado en 1847 por una "sociedad de capitalistas" presidida por Juan Álvarez Mendizábal, que tenía el respaldo de una comisión sanitaria en la que habían participado Seoane y Monlau, y otro de 1863, dirigido por Pascual Madoz, para construir una colonia o barriada extramuros para trabajadores.

Esta defensa de los planes urbanísticos llevaba como contrapartida la exigencia de una participación técnica sanitaria, esto es, la incorporación a sus organismos de vigilancia de expertos en salubridad. Así, Monlau defendió el proyecto de ley general para reforma y saneamiento de las poblaciones presentado en diciembre de 1861 por Posada Herrera, pidiendo que tanto el Consejo central como las Juntas de Sanidad Municipales tomaran parte en su control (*El Monitor*, 1862, pp. 27-32). En este sentido,

La ley Moyano de 1857 incluyó la docencia de la higiene en las escuelas, comenzando por las niñas.

la definitiva legislación de 1864 sobre ensanche, que creó unas Juntas locales con presencia de un solo licenciado en Medicina (ni siquiera doctor) por toda concesión a la higiene pública, resultó decepcionante.

Las revueltas del sexenio introdujeron rasgos nuevos en la preocupación y prédica higienista. Hay testimonios sobre la utilización de reivindicaciones de corte salubrista por parte de grupos republicanos, concretamente, en Barcelona, que era la capital donde con mayor rapidez se producía el fenómeno industrializador. Carlos Ronquillo (1838-1900?), médico barcelonés de firmes convicciones democráticas y republicanas, recordaba con posterioridad aquellos días para significar que "la higiene en 1873 era una de las esperanzas de nuestra clase obrera". En este contexto, el programa higienista pasó a ser tachado de irrealizable y dictatorial, en la medida en que pretendía que a sus reglas se subordinara la dinámica social. La "exageración" de la crítica higienista, con su pretensión de "curar todos los males de la sociedad", no sólo sería algo dañino, como afirmaba Méndez Álvaro en 1874, sino que significaría, para los editores de la publicación que despidieron a Ronquillo y suspendieron su nuevo *Monitor de la Salud* (Barcelona, 1880-1882, suplemento quincenal de la revista *Enciclopedia Médico-Farmacéutica*), homenaje y continuación de las reflexiones de Monlau, un recurso interesado para sus portavoces, que no buscaban con ella sino ventajas personales. Por esto hubo oposición a convertir la higiene en una especialidad (*Enc. Méd.-farmac.*, 1880, pp. 202-203 y 231-233).

¿En busca del beneficio económico?

Tanto en Madrid (por boca de Monlau) como en Barcelona (a través de Ronquillo, vocal médico de la Junta del Ensanche entre 1865 y 1875) se produjeron quejas ante las modificaciones de los planes, que parecían ir únicamente en una dirección: la de incrementar los beneficios de sus promotores, y no la de mejorar las condiciones higiénicas; por ejemplo, se permitía el incremento de volúmenes edificadas, pero quedaba sin proveer el suministro de agua y alcantarillado. Ronquillo, destituido en 1875, resumió su experiencia afirmando que "el solo negocio imperó" en la dirección de la reformas urbanas (*Monitor*, 1880, pp. 25-28; 33-35). También puede ser significativo que Méndez Álvaro, en 1874, achacara los

cambios urbanos de la época al transporte, el ornato y la comodidad, sin mencionar la salubridad como había sido habitual en los veinte años anteriores.

La legislación sobre ensanches urbanos de diciembre de 1876, reformada por un gobierno Cánovas en julio de 1892, suprimió el vocal médico de las Juntas municipales encargadas de la reforma urbana. Así que el hermanamiento del proyecto higiénico con el urbanístico en los años centrales del siglo sirvió a los intereses económicos y a la expansión burguesa, pero quedó lejos del ideal higienista.

Diversos testimonios confirman la utilización de reivindicaciones de corte salubrista por parte de grupos republicanos, sobre todo en Barcelona.

Méndez Álvaro (*De la habitación del menestero*, 1874) subrayó la discrecionalidad de la intervención higiénica y su carácter paliativo. Las intervenciones higiénicas obedecerían exclusivamente a los

principios de la caridad cristiana, y en ningún caso podrían plantearse como soluciones definitivas a los problemas de salud pública, pues "no puede la pobreza (razón última de la ignorancia y la mortalidad) desaparecer". Esta posición política e ideológica *a priori* explica que, pese a que la vinculación pobreza/enfermedad, o pobreza/mortalidad, es conocida (la "Espantosa diferencia entre la vida probable del rico y la del pobre", calculada por Casper para Berlín, fue resumida en *El Monitor de la Salud*, 1858, pp. 233-234) y empleada por los médicos durante las epidemias coléricas de 1832-35 y 1854-56, no aparece en el análisis de los higienistas liberales durante las dos primeras terceras partes del ochocientos, y en absoluto en las reflexiones sobre la reforma urbana.

El movimiento higienista en la España urbana del siglo XIX, ¿utopía o contradicción?

Cooperativas de “casas baratas”

Bástenos señalar el tratamiento del problema de la vivienda obrera, que volvió a recibir considerable atención una vez puestas en marcha las primeras cooperativas de construcción de “casas baratas” (Madrid, 1873), eco a su vez de programas europeos. El discurso higienista se enfocó tanto o más hacia el asunto de la propiedad que al de la salubridad, pues la conversión de los trabajadores en propietarios parecía la vía más segura de alcanzar su integración en el mundo burgués. Además, el hecho mismo de la concentración obrera se transformó en intrínsecamente peligroso, por lo que, a diferencia de lo solicitado veinte años antes, Méndez Álvaro se oponía a su existencia (1874). El Primer Congreso Nacional de Arquitectura (1881) suscribió la doble definición de aquéllas como focos de infección y baluartes del desorden.

Buscando una homologación internacional, y como forma de ordenar el panorama disciplinar, Méndez Álvaro planteó la formación de una agrupación de higienistas, encaminada a estudiar las causas de la elevada mortalidad española. Su organización, no obstante, produjo una cierta pugna entre el grupo madrileño, en torno a Méndez Álvaro y *El Siglo Médico*, y otro barcelonés, “nucleado” por la *Gaceta médica catalana*. Barcelona vivía el ascenso nacionalista y la propuesta no encontró unanimidad (puede

seguirse el proceso en las páginas de *Enc. Méd.-farmac.*, 1880, pp. 127, 198-199 y 216-218). Sus consecuencias tardías fueron la creación de la Liga Sanitaria de Barcelona en 1886 (Góngora, Rodríguez Méndez, Sentiñón y otros) y la de la Academia de Higiene de Cataluña (1887). Un ministerio Sagasta aprobó (R.O. de 12 de septiembre de 1881) la Sociedad Española de Higiene, que se presentó en público el domingo 23 de abril siguiente, con la máxima solemnidad.

Desde 1876, el tipo edificatorio único fue la manzana cerrada, ideada por Ildelfonso Cerdá para su proyecto barcelonés, al servicio de un ideal higiénico.

la componen; se trata, en fin, de procurar en lo posible la superioridad física de nuestra raza [...]”. Esa tarea se planteó, como explicó *El Siglo Médico* (1882, pp. 278-280), con el objetivo de amortiguar los enfrentamientos sociales, al mostrar a los trabajadores la preocupación de las clases acomodadas. Así pues, frente al empleo del higienismo como subversión, apuntado en el Sexenio, la Sociedad Española de Higiene plantea su traducción al servicio del sistema.



Ensanche de Barcelona

Durante la Restauración aparecieron los primeros dispositivos permanentes de vigilancia a nivel municipal y provincial, con empleo de las técnicas de prevención y diagnóstico aportadas por la toxicología y la bacteriología. A nivel central, hay que destacar la fundación del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII en 1899 (que se redefiniría como Instituto Nacional de Higiene a partir de 1914), la reinstalación de una Dirección General de Sanidad y la promulgación de la Instrucción General de Sanidad de 1904, auténtica piedra fundacional de la sanidad contemporánea. La Sociedad Española de

Higiene desarrolló actividades de consejo y presión amable sobre la gestión gubernativa, mas, a partir del nuevo siglo, al acelerarse el camino de la profesionalización y al quebrarse las condiciones políticas que garantizaban su existencia (la "vieja política" orteguiana), su presencia pública se difuminó y dejó de tener relevancia. El crecimiento y consolidación de una auténtica administración especializada para

sanidad e higiene y la democratización efectiva de los gobiernos locales, que disminuyó el peso político de los partidos de notables, fueron su puntilla.

Bibliografía

- ALCAIDE GONZÁLEZ, Rafael. "La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social". *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. N° 50, 1999. Disponible en Web: <http://www.ub.es/geocrit/sn.50-htm>.
- BARONA, Josep Lluís; MICÓ, Juan (eds.). *Salut i malaltia en els municipis valencians*. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència / Universitat de València, 1996.
- CAMPOS MARÍN, Ricardo. "Casas para obreros. Un aspecto de la lucha antialcohólica en la España de la Restauración". *Dynamis*. N° 14 (1994) p. 111-130.
- CAMPOS MARÍN, Ricardo. "La sociedad enferma. Higiene y moral en España en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX". *Hispania*. N° 55 (1995) p. 1.093-1.112.
- DÍEZ DE BALDEÓN, Clementina. *Arquitectura y clases sociales en el Madrid del siglo XIX*. Madrid: Siglo XXI, 1986.
- MARSET, Pedro; RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; SÁEZ, José Miguel. *La Salud Pública en España*, en MARTÍNEZ NAVARRO, F. et al. *Salud Pública*. Madrid: McGraw Hill-Interamericana, 1998. p. 25-47.
- MÉNDEZ ÁLVARO, Francisco. J. Rodríguez (imp.). *Consideraciones sobre la Higiene pública y mejoras que reclama en España la higiene municipal* [...]. Madrid, 1853.
- MONLAU, Pedro F. *¡Abajo las murallas! Memoria sobre las ventajas que reportaría Barcelona, y especialmente su industria, de la demolición de las murallas que circundan la ciudad* [...]. Barcelona: Ayuntamiento, 1841.
- MONLAU, Pedro F. "Del ensanche de las poblaciones". *El Monitor de la Salud*. N° 3 (1860) p. 147-150; 161-164; 173-176; 221-224; 236-239; 247-248; 256-257).
- MONLAU, Pedro F. *Elementos de higiene pública o arte de conservar la salubridad de los pueblos*. 2ª ed. Barcelona: Pablo Riera, 1847. 3ª ed. Madrid: Rivadeneyra, 1862. Madrid: Moya y Plaza, 1871.

- NAVASCUÉS, Pedro. *Arquitectura y urbanismo*. En: JURETSCHKE, H. (coord.). *La época del romanticismo (1808-1874)*. Historia de España, de Menéndez Pidal, dirigida por J.M. Jover Zamora, XXXV. Madrid: Espasa Calpe, 1989. p. 573-680.
- PÉREZ FUENTES, Pilar (1991). "El discurso higienista y la moralización de la clase obrera en la primera industrialización vasca". *Historia contemporánea*. N° 5 (1991) p. 127-156.
- RADUÁ, Enrique Oriol (1894). "Reglas que deben seguirse en la construcción de las habitaciones de las grandes ciudades y en los centros industriales". *Gaceta médica catalana*. N° 17 (1894) p. 457-463.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban. *Confort, ornamentación, higiene. Modernización urbana e higienismo en la España del siglo XIX*. En: *Salud pública en España: ciencia, profesión y política, siglos XVIII-XX*. Granada: Editorial Universidad de Granada, 2005.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban. "Mateo Seoane y la Salud Pública". *Eidon*. N° 11 (2002) p. 21-29.
- SERRANO SEGURA, María del Mar (1991). "La ciudad percibida. Murallas y Ensanches desde las guías urbanas del siglo XIX". *Neocrítica*. N° 91 (1991) p. 5-45.
- TERÁN, Fernando de. *Historia del urbanismo en España, III. Siglos XIX y XX*. Madrid: Cátedra, 1999.

DEL PASADO **al presente**

Higiene, salud y enfermedad en el movimiento obrero español (1880-1936)



Niños trabajando en las minas

Ricardo Campos

Departamento de Historia de la Ciencia. Instituto de Historia. CSIC



La situación sociosanitaria de los trabajadores españoles a finales del siglo XIX y principios del XX fue una de las grandes preocupaciones para los políticos de la época, lo que también generó tensiones entre las clases dirigentes. Anarquistas y socialistas fueron los primeros en incluir en sus reivindicaciones estos asuntos y, poco a poco, los trabajadores obtuvieron mejoras en sus condiciones laborales, mayor accesibilidad a prestaciones médicas e incluso un seguro de maternidad, algo que se llevó a cabo en la II República.

Desigualdad social y enfermedad en el discurso obrero

Desde la década de 1880, anarquistas y socialistas mostraron un creciente interés por las cuestiones sociosanitarias que afectaban al nuevo proletariado surgido del proceso de industrialización. Sus discursos en materia de salud y enfermedad tendrían a lo largo de los años numerosos puntos de contacto con el desarrollado por los médicos e higienistas, pero también estuvieron presentes las fricciones y los desacuerdos en lo que concernía a la naturaleza social de la enfermedad y a la organización de la asistencia. Conviene recordar que los médicos, filántropos y reformadores sociales que se preocuparon por la situación de los trabajadores elaboraron un discurso paternalista y moralizador. A pesar de describir las tremendas condiciones de

vida y trabajo que padecían, las soluciones propuestas oscilaban entre el saneamiento del medio obrero, su moralización y la

Anarquistas y socialistas utilizaron la enfermedad como elemento de denuncia y crítica del orden social vigente.

creación de instituciones benéficas de todo tipo para atender sus problemas de salud. Desde un punto de vista político era una excelente opción, pues no se cuestionaba el orden establecido y dejaba en un segundo plano, cuando no ocultaba abiertamente, las relaciones entre la miseria y la enfermedad, cuya solución demandaba la intervención sobre las condiciones económicas y sociales de amplias capas de la población.

Ante esta realidad, los argumentos del movimiento obrero mostraban un alto grado de politización al relacionar los problemas de salud de la clase trabajadora con la etiología social de las enfermedades y, por extensión, con la injusta estructura socioeconómica del capitalismo. Desde esta perspectiva, anarquistas y socialistas utilizaron la enfermedad como elemento de denuncia y crítica del orden social vigente. Como contrapartida, el futuro régimen socialista, en cualquiera de sus variantes, traería aparejado de manera natural la salud y regeneración de los pueblos. Los ejemplos que confirman estos aspectos son constantes en la prensa y textos obreros del periodo. Así, en 1887, el líder anarquista Anselmo

Lorenzo, al comentar un trabajo del Dr. Fournier sobre la sífilis, exponía con contundencia este pensamiento, impugnando los métodos empleados por la medicina para erradicar dicha enfermedad y sus erróneos análisis de la realidad social, reivindicando la revolución como la única profilaxis válida. Otro ejemplo interesante de esta actitud se encuentra en las respuestas dadas por los socialistas ante la Comisión de Reformas Sociales en 1884 o en los artículos publicados en *El Socialista* en la década de 1880 y parte de 1890. En ningún caso se incidía en reivindicaciones y soluciones concretas a la enfermedad ni a los problemas derivados de la falta de higiene, sino que se impugnaba en su totalidad el sistema que permitía su aparición.

Ahora bien, esta postura no significaba que anarquistas y socialistas se desinteresaran por los efectos de la enfermedad sobre los trabajadores. Al contrario, ambas ramas del movimiento obrero mostraron su preocupación por la jornada laboral, el trabajo infantil, la falta de higiene en el trabajo, la miseria de la vivienda, la malnutrición, el paro obrero..., problemas que afectaban a la vida cotidiana del proletariado y que tenían graves consecuencias sobre su salud. Otra cuestión es que consideraran que estos problemas fueran irresolubles en el marco de la sociedad capitalista y que subsumieran su discurso sobre la enfermedad y la salud en la lucha global contra el sistema. La salud en semejantes condiciones sociales era imposible de conservar y se consideraba un lujo: "Los pobres no pueden tener salud; se lo prohíbe la sociedad, aunque se diga lo contrario", se podía leer en 1893 en *El Socialista*.

Higiene, salud y enfermedad en el movimiento obrero español (1880-1936)

Y si la salud era inalcanzable para los trabajadores, los principios de la higiene eran inaplicables en las condiciones de "explotación y desigualdad social" existentes.

El giro socialista

Si los anarquistas mantuvieron posiciones exclusivamente doctrinales de denuncia, los socialistas, a partir de 1895, adoptaron un discurso político más receptivo a la posibilidad de arrancar a la burguesía, por medio de la acción política y económica, reformas en favor de la clase obrera. Esta transformación estratégica primaba la educación, la progresiva mejora material y moral de los trabajadores, y el reforzamiento de la organización socialista como medios para aumentar la conciencia de clase de los trabajadores y prepararlos para la toma revolucionaria del poder en un futuro indefinido. Esta evolución ideológica permitió al Partido Socialista mostrarse más receptivo a las cuestiones concretas de higiene. De hecho, entre 1895 y 1903 los artículos sobre cuestiones médicas e higiénicas aumentaron considerablemente en sus órganos de prensa y se iniciaron cursos y campañas de higiene personal en el Centro Obrero de Madrid de evidente contenido educativo y moral.

La higiene será a partir de entonces asociada definitivamente a la lucha obrera por la implantación de un régimen socialista y tendrá dos vertientes complementarias en el discurso y estrategia política del PSOE. Una vertiente de carácter interno redundará en los beneficios que un comportamiento higiénico y moral reportaba a los trabajadores en su elevación cultural y, por ende, en la organización socialista; en este sentido, las campañas antialcohólicas, de vacunación, los cursos de higiene personal, etc., que se sucedían en sus locales y en su prensa tenían esta función primordial. La otra vertiente estaba dirigida al exterior del partido, a la sociedad, y mantenía su



Aiguade, Montsen y Oliver

La Mutualidad Obrera Cooperativa ofrecía servicios médicos, quirúrgicos y farmacéuticos. También garantizaba un entierro "decente" en caso de defunción.

componente de denuncia político-social del régimen, aunque en el nuevo contexto estratégico incorporaba propuestas concretas que iban más allá de las reivindicaciones genéricas. De esta manera, el derecho a la salud comenzará a ser reclamado como una cuestión necesaria e inaplazable, sin necesidad de esperar al cambio de régimen.

De hecho, la politización de las cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad tomará un nuevo sesgo al impulsarse desde el PSOE acciones concretas para mejorar las condiciones de vida y de trabajo de los obreros. Las sucesivas campañas por el abaratamiento de los productos de primera necesidad llevadas a cabo entre 1904 y 1911 (asunto estrechamente vinculado a la salud de los

trabajadores), las reivindicaciones de leyes sociales encaminadas a mejorar las condiciones laborales, la participación muy activa de los vocales socialistas en el Instituto de Reformas Sociales desde 1903 y en el Instituto Nacional de Previsión a partir de 1908, o la creación de la Mutualidad Obrera en 1904, constituyen ejemplos prácticos de esta nueva actitud.

La Mutualidad Obrera

A comienzos del siglo XX las posibilidades que tenían los obreros para hacer frente a sus necesidades de salud se reducían a las diferentes instancias de beneficencia (municipal, provincial y estatal) que se repartían los distintos niveles asistenciales. Paralelamente, la mayoría de los trabajadores no disponían más que de la iguala en una de las numerosas sociedades privadas de asistencia médica que existían en el país, cuyas prestaciones eran bastante deficientes, pues no cubrían muchos de los servicios prometidos en sus folletos, como los gastos farmacéuticos derivados de la enfermedad.

Ante este panorama, los socialistas madrileños pusieron en marcha el 1 de septiembre de 1904 la Mutualidad Obrera Cooperativa médico-farmacéutica y de entierro de trabajadores asociados. Para pertenecer a la

misma era obligatorio estar afiliado a alguno de los sindicatos del Centro de Sociedades Obreras de Madrid, de carácter socialista, y pagar una cuota mensual. Los servicios prestados a todos los enfermos, incluidos los crónicos, fueron médicos, quirúrgicos y farmacéuticos. También tenía un servicio de obstetricia y ofrecía un entierro "decente" en caso de defunción.

Marcelino Pascua, Director General de Sanidad durante el Bienio Progresista (1931-1933), realizó una notable tarea de reorganización y modernización de la sanidad española.

Sus comienzos fueron modestos y no exentos de dificultades económicas, pero los préstamos de los sindicatos permitieron un importante crecimiento de su plantilla, instalaciones y servicios prestados. Si en 1904 tenía cuatro médicos generalistas, en 1906 la cifra era de 22. Hacia 1914, siendo Largo Caballero su gerente, tenía siete dispensarios y estaba planeando construir una Casa de Salud y un centro de vacunación, que años después acabarían por abrirse. Asimismo, pasó de tener dos farmacias en 1906 a

seis en 1912. En esa época disponía de una clínica operatoria con sala de intervenciones y todo el material preciso para realizarlas, así como camas en habitaciones individuales. En 1926 inauguró una nueva clínica con dos salas de operaciones y 22 camas hospitalarias, una consulta de dentista y una instalación de rayos X. En 1936 contaba con 12 consultas y 13 farmacias, y con 12.000 familias asociadas, lo que suponía la asistencia a 60.000 individuos. También sobrepasaba las 150.000 consultas de medicina general, cirugía, otorrinolaringología, dermatología, oftalmología, ginecología y pediatría, practicándose más de 4.500 operaciones quirúrgicas en su clínica.

Por su parte, en 1935, en un contexto diferente, sectores de la CNT crearon la Organización Sanitaria Obrera (OSO), que fue un intento de poner en marcha una alternativa de asistencia médico-sanitaria de concepción integral (asistencial y preventiva) con objetivos colectivizadores, sin las tutelas que caracterizaban la asistencia benéfica, y cuyas ventajas se extendieran a todos los trabajadores, trascendiendo los vínculos con una organización obrera concreta. Sin embargo, diversos problemas y conflictos internos provocaron su transformación en una mutualidad.

La II República y los seguros sociales

La II República supuso un cambio cualitativo en las opciones obreras respecto a la sanidad. La brecha abierta entre socialistas y anarquistas se ahondó, pues los primeros entraron en los diferentes gobiernos y gestionaron diversas instituciones, mientras que los segundos mantuvieron su rechazo a participar en las

Higiene, salud y enfermedad en el movimiento obrero español (1880-1936)

instituciones estatales. En cualquier caso, por primera vez el movimiento obrero estaba representado, a través del PSOE, en el gobierno. Muchas fueron las cuestiones relacionadas con los problemas sociosanitarios que se trataron en este periodo, así como los conflictos entre las corrientes obreras y el interior de las mismas. Una de las más interesantes fue la implantación de los seguros sociales. Su retraso en España era patente y, aunque desde la creación del Instituto Nacional de Previsión (INP) en 1908 se venía discutiendo su puesta en marcha (como lo demuestran las conferencias al respecto de 1917 y 1922), no existía acuerdo. En mayo de 1931, siendo Largo Caballero ministro de Trabajo, se instauró el Seguro de Maternidad, que provocó importantes conflictos dentro del movimiento obrero.

En el seno del PSOE la posición hegemónica fue la defensa del seguro. Sus representantes en el INP fueron sus máximos valedores y las páginas de *El Socialista* hicieron una cerrada defensa del mismo. Sin embargo, sectores socialistas mostraron su oposición a dicho seguro, pues consideraban injusto que las obreras tuvieran que contribuir con dos céntimos diarios a su sostenimiento. El trasfondo era el modelo de seguro social, de carácter contributivo y no universal. Ante la oposición, no sólo en las filas socialistas, sino de numerosas obreras, el PSOE y la UGT pusieron en marcha campañas en su apoyo para convencer a aquéllas de sus beneficiosos efectos. Por supuesto, el grueso de las críticas recayó contra la CNT, a la que se consideraba instigadora de la campaña contra el seguro, pero no hay que olvidar que hubo obreras de la UGT que participaron en los actos de oposición a esta prestación.

Los sectores contrarios al Seguro de Maternidad, encabezados por la CNT, no lo eran tanto contra la idea de seguro, sino contra la modalidad. Se consideraba que la aportación cotidiana mermaba los ya exigüos jornales de las obreras y se exigía que fueran financiados por la sociedad. También se cuestionaba que dicho sistema de seguro supusiera un

beneficio económico para las obreras y se argumentaba que existía la posibilidad de que les fuese quitado en su conjunto más de lo que se les daría. Otro argumento utilizado era que fueran los patronos y la administración los que gestionaran el dinero, dejando fuera a los obreros. Las posiciones hacia el Seguro de Enfermedad fueron similares, si bien el enfrentamiento abierto no llegó a producirse, ya que no resultó aprobado durante la II República.

Pese a los enfrentamientos y diferentes opiniones de los sectores obreros, la II República llevó a cabo un intento de reorganización de la sanidad que tuvo a algunos militantes socialistas como



Ilustración del trabajo de los niños en la mina

protagonistas. Ese fue el caso del médico socialista Marcelino Pascua, Director General de Sanidad, quien durante el Bienio Progresista (1931-1933) realizó una ingente tarea de reorganización y modernización de la sanidad española, que abarcó aspectos tan diversos como la investigación sanitaria, los esfuerzos por ahondar en la institucionalización de la salud pública, la incorporación de la estadística, la epidemiología, y la coordinación de la acción preventiva, curativa y rehabilitadora en el sistema nacional de salud. El aumento del presupuesto

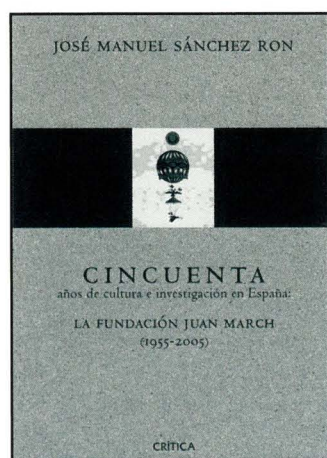
ordinario en sanidad pasó durante su mandato desde 9.990.082 pesetas (1931) a 31.432.690 pesetas en 1933.

A pesar de las críticas anarcosindicalistas hacia las políticas sanitarias de la República, en noviembre de 1936, en plena Guerra Civil, Federica Montseny fue nombrada ministra de Sanidad en el recién creado Ministerio

de Sanidad y Asistencia Social. Pese a sus intentos de reformar varios aspectos sanitarios desde una óptica anarquista, poco pudo hacer. Los conflictos internos en el bando republicano ocasionaron su destitución en mayo de 1937. El fin de la Guerra Civil, con el triunfo del bando franquista, puso fin a la labor republicana y silenció durante décadas a las organizaciones obreras.

Bibliografía

- CAMPOS MARÍN, R. *Socialismo Marxista e Higiene Pública: La lucha antialcohólica en la II Internacional (1890-1914/1919)*. Madrid: FIM, 1992.
- CAMPOS MARÍN, R. *Alcoholismo, Medicina y Sociedad en España (1876-1923)* Madrid: CSIC, 1997.
- CAMPOS MARÍN, R. (1998). *El PSOE y la Higiene (1888-1902)*. En: Blanes i Nadal, G. y Garrigós i Oltra, L. (Coords.), *Actas de la IV Trobada d'Història de la Ciència i de la Tècnica*. Alcoi/Barcelona, Societat Catalana d'Història de la Ciència i de la Tècnica, pp. 290-298.
- CASTILLO, S. y CAMPOS, R. (2005). *Services mutualistes de santé: conceptions et réalités ouvrières au premier tiers du XXe siècle*. En: ASSAYAG, D; GUEDJ, F; PINAULT, M; TOUCAS-TRUYEN, P. (eds.), *L'approche mutualiste de la santé en Europe. Actions de prévention et services à la personne*. Paris: Alternatives économiques, 2005. p. 63-71.
- GIRÓN, A. "Metáforas finiseculares del declive biológico: degeneración y revolución en el anarquismo español (1872-1914)". *Asclepio*. N° 51 (1999) p. 247-273.
- HUERTAS, R. y CAMPOS MARÍN, R. (coords.). *Medicina Social y clase obrera en España*. (Siglos XIX y XX), 2 vols. Madrid: FIM.
- JIMÉNEZ LUCENA, I. *Asistencia sanitaria de, por y para los trabajadores: sanidad y anarquismo durante la Segunda República*. En MARTÍ, J.V. y REY A. (eds.), *Actas del I Simposium Internacional Félix Martí Ibáñez: Medicina, Historia e Ideología*. Valencia: Generalitat Valenciana, 2004. p. 141-159.
- JIMÉNEZ LUCENA, I. "La cuestión del regeneracionismo sanitario y su debate durante la Segunda República: elementos de clase e ideología". *Dynamis*. N° 18 (1998) p. 285-314.
- JIMÉNEZ LUCENA, I. *La intervención del Estado en los servicios sanitarios. Las expectativas de las fuerzas sociales durante la Segunda República*. En: CASTELLANOS, J.; JIMÉNEZ LUCENA, I.; RUIZ SOMAVILLA, Mª J.; GARDETA, P. (eds.), *La Medicina en el siglo XX. Estudios sobre Medicina, Sociedad y Estado*. Málaga: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 1998. p. 255-267.
- LABISCH, A. "Doctors, Workers and the Scientific Cosmology of the Industrial World: The Social Construction of 'Health' and the 'Homo Hygienicus'". *Journal of Contemporary History*, N° 20 (1985) p. 599-615.
- MOLERO MESA, J. (1998). *Clase obrera, medicina y estado en la España del siglo XX. Bases sociopolíticas de las campañas antituberculosas entre 1889 y 1950*. En: CASTELLANOS, J.; JIMÉNEZ LUCENA, I.; RUIZ SOMAVILLA, Mª J.; GARDETA, P. (eds.), *La Medicina en el siglo XX. Estudios sobre Medicina, Sociedad y Estado*. Málaga: Sociedad Española de Historia de la Medicina, p.221-228.
- MOLERO MESA, J. "Dinero para la Cruz de la vida". Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración. *Historia Social*. N° 39 (2001) p. 31-48



José Manuel Sánchez Ron

CINCUENTA AÑOS DE CULTURA E INVESTIGACIÓN EN ESPAÑA: LA FUNDACIÓN JUAN MARCH (1955-2005)

Barcelona, Crítica, 2005, 419 pág.
ISBN: 84-8432-638-1

Por Javier Puerto

El sufragio de la cultura y la investigación

En los países mediterráneos, en Europa en su totalidad, la financiación de la cultura, cuando es humanística, suele considerarse asunto del mercado y del Estado. En la científica se acrecienta la impronta estatal. En estructuras sociales y económicas más liberales, en los Estados Unidos de América, tanto la ciencia como las letras son cuestiones

particulares y privadas, aunque en la ciencia y en la tecnología hay también importantes aportaciones del Estado.

La ciencia, desde muy antiguo y en la actualidad, ha necesitado de fuertes mecenazgos. No le ha sido difícil encontrar quien financiase sus investigaciones, pues es imposible encontrar un poder fuerte -y menos imperial- sin un desarrollo tecnológico importante. El mismo es muy difícil conseguirlo sin un aceptable basamento científico. Por otra parte, todos los imperios, desde el romano al americano, han ejercido una fuerte seducción sobre los mejores cerebros, impelidos a afincarse en sus territorios, al encontrar en ellos el ambiente propicio para el desarrollo de sus trabajos y para una más cómoda vida personal.

Las humanidades, desde la pintura a la música o la literatura, se han desarrollado gracias al apoyo de instituciones y personas sensibles y, hasta fechas relativamente cercanas, no ha existido un grupo suficiente de demandantes de estos productos que, con su capacidad adquisitiva, hiciera posible la libertad del artista o del intelectual.

En Europa, el desarrollo de la cultura va muy unido al de las universidades. Éstas

nacen, en la Baja Edad Media, dependientes de la Iglesia y del poder real. Se desprenden, poco a poco, del primero y jamás del segundo, en cuanto simboliza la tutela estatal. Ante la creciente importancia de la ciencia y la inmovilidad universitaria, a partir del siglo XVII surgen las Academias de Ciencias, que unen a los investigadores para atender a las necesidades de las naciones. A este impulso se suma el de los particulares, cuando las sucesivas "revoluciones científicas" hacen imprescindible la ciencia y la tecnología para los intereses de la burguesía capitalista e industrial.

Los hombres de letras lo han tenido más complicado y su desarrollo e independencia, además de a la creación de Academias para sus materias, ha ido ligado al crecimiento de las universidades, a su alejamiento de los poderes coyunturales y, sobre todo, a la creación de un mercado libre, fruto de la mejora en los aspectos culturales de la población, del aumento de su nivel de vida y de la aparición de medios de comunicación no controlados por los poderes políticos.

La ciencia y las humanidades, en definitiva, han precisado siempre del mecenazgo. Primero fue la Iglesia, luego

el Estado, junto a ciertos aristócratas ilustrados o familias con inquietudes o intereses, que necesitaban de este tipo de habilidades para su progreso económico o con el fin de solemnizar sus ceremonias de poder.

En España, el desarrollo científico se conoce hoy con bastante exactitud histórica y el humanístico ha sido estudiado desde el Renacimiento con bastante precisión. Aunque nos jactamos de ser un pueblo de artistas, todavía Larra, en el siglo XIX, aseguraba que "escribir en España es llorar". Las dificultades en la evolución cultural de nuestro país, sus deficiencias con respecto a la investigación científica, marcadas por una decadencia económica, social y política muy duradera, desde el siglo XVII, tratada de enmendar con acciones muy interesantes en los siglos posteriores, cercenadas, casi siempre, por conflictos civiles, han hecho peculiarmente complicado nuestro desarrollo cultural.

La última guerra civil supuso un corte terrible con la tradición ilustrada, encarnada en los esfuerzos regeneracionistas de parte de la universidad y de la Junta para la Ampliación de Estudios, quienes trataban de entroncar con los años dorados del Siglo de Oro. El exilio de científicos y humanistas que recordaba otros, iniciados también en el Renacimiento y continuados al final del Trienio Liberal, dejó nuestro suelo privado de algunas de sus mejores cabezas.

La política cultural de la posguerra civil y la Fundación Juan March

Tras la guerra civil, al no consolidarse una política de reconciliación nacional, hubo de comenzarse de nuevo y todos los esfuerzos fueron imprescindibles: los de la universidad, del

Consejo Superior de Investigaciones Científicas y, de manera muy particular, los de las fundaciones privadas. Sobre todas ellas destacó la Juan March, cuya historia nos presenta ahora, de manera ejemplar y objetiva, Sánchez Ron.

El historiador ha tenido la fortuna de acceder a los bien cuidados fondos archivísticos de la institución privada, merced a la buena vista de sus directores. Sin entrar en consideraciones sobre el papel del fundador en el desastre de la guerra fratricida, origen del desierto intelectual español de los años cincuenta, nos pone en situación con la publicación de algunas cartas demoledoras, en donde las gentes del común solicitaban ayuda para poder, simplemente, sobrevivir. A continuación nos explica la labor de la Fundación en la literatura, el arte, la sociología o la biología.

Las humanidades (la pintura, la música, la literatura...) se han desarrollado gracias al apoyo de instituciones y personas sensibles.

Por sus páginas desfilan algunos de los protagonistas de la ciencia y la cultura españolas, desde Pedro Laín, Miguel Delibes o Rafael Sánchez Ferlosio, hasta Ferrater Mora o Joaquín Catalá. Desde la iniciativa que dio lugar al Museo de Arte Abstracto Español de Cuenca, hasta la adquisición del *Poema del*

Mío Cid. Desde el Centro de Estudios Avanzados en ciencias sociales, hasta el intento de continuar la obra cajalana a través del estudio de la biología. Desde las exposiciones sobre Picasso, hasta la publicación del inolvidable SABER/leer. Desde el Museu d'Art Espanyol Contemporani de Palma, hasta los conciertos musicales en la sede fundacional y su relación con el maestro Rodrigo.

El libro de Sánchez Ron nos ayuda a ver, en perspectiva, lo que todos intuíamos ya: la extraordinaria importancia de la Fundación Juan March, en la normalización de las actividades

culturales en la España de la posguerra. Todo aquello de lo que se desprendía talento, pero que podía no ser bien visto por el régimen -sin entrar nunca en confrontación directa- fue apoyado y animado desde esa institución privada, sin otro fin aparente que el de normalizar en España lo que en el resto de Europa era normal. Tal tarea no hubiera sido posible sin la generosidad, sin otra adjetivación posible, de una familia de banqueros y sin la gestión inteligente de una serie de directores sensibles a los tiempos, liberales en lo posible y ausentes de prejuicios.

Las fundaciones culturales y científicas hoy

Uno se pregunta cuál ha sido el motivo de que un historiador de la ciencia, del prestigio de quien escribe este libro, se haya apartado de su línea habitual para realizar un esfuerzo no pequeño y publicar el texto que nos ocupa.

En primer lugar, creo yo, la posibilidad de acceder a un archivo tan rico; una tentación difícil de resistir. En segundo, el conocimiento de primera mano de una serie de circunstancias llamativas y curiosas de la ciencia y de la cultura durante el franquismo, que nos transmite con toda libertad, con lo cual transcende de la mera anécdota histórica y nos permite múltiples reflexiones sobre instituciones y personajes. En tercero, la posibilidad de reflexionar sobre lo que fue nuestra cultura durante la dictadura y sobre el papel de instituciones como la estudiada en la actualidad.

Para un intelectual español es un libro muy recomendable. Nos ayuda a entender mejor cómo fueron aquellos años y de

qué manera se desarrollaron, en aquella oscuridad de plomo, algunos de nuestros más destacados humanistas y científicos.

Las fundaciones siguen siendo necesarias si se comportan con la libertad, la independencia de criterios y la excelencia con que lo ha hecho la Juan March.

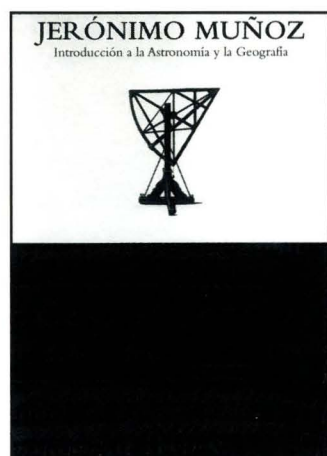
Tras su lectura cabe una última pregunta: ¿son necesarias las fundaciones hoy? La respuesta, desde mi experiencia personal, es que sí, siempre que se comporten con la libertad, la independencia de criterios y la excelencia que Sánchez Ron pone de manifiesto respecto a la Juan March a lo

largo de las páginas de su ensayo.

La cultura, en España, hoy, sigue en manos del Estado y del mercado. Las leyes de uno y de otro son inexorables. En una nación como la nuestra siempre habrá falta de fondos, necesidades políticas, prioridades marcadas por el pensamiento único -estatal y comercial-, marginaciones debidas a miopías culturales o científicas... Intereses variopintos que pueden ser corregidos o mitigados merced a los intereses propios de las fundaciones.

En un mundo en donde en demasiadas ocasiones se oponen los intereses estatales a los del mercado, en donde los partidarios de lo público muchas veces niegan las posibilidades de colaboración con lo privado, las fundaciones, sobre todo si son tan excelentes como la aquí estudiada, suponen un contrapunto a este maniqueísmo simplista y abren nuevas vías para la interacción entre lo público y lo privado.

CRÍTICA de libros



Jerónimo Muñoz

INTRODUCCIÓN A LA ASTRONOMÍA Y LA GEOGRAFÍA

Valencia, Consell Valencià de Cultura,
2004, 354 pág. ISBN 84-482-3709-9

Por M^a Isabel Vicente

Universidad de Valladolid

Nos encontramos ante una modélica edición, realizada con primor, de uno de los tratados más importantes de Geografía y Astronomía escritos en el siglo XVI, debido al valenciano Jerónimo Muñoz. Ha sido dirigida por Víctor Navarro, que desde hace más de treinta años se ha dedicado a la búsqueda y el

estudio de las obras de uno de los mejores cosmógrafos de la Europa de su tiempo; ya en 1981 hizo una edición muy cuidada, en castellano y en inglés, del *Libro del nuevo cometa*, que el catedrático valenciano había dado a la luz en 1574, y en 1998 de *Los comentarios al Segundo Libro de la Historia Natural de Plinio*, con el título *Matemáticas, cosmología y humanismo en la España del siglo XVI*.

En esta ocasión ha contado con la colaboración de Vicente Salavert, miembro igualmente del prestigioso Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero (CSIC-Universitat de València), y de Arsenio Pastor y Encarna Pastor para la transcripción y traducción al castellano del manuscrito de Muñoz, *Astrologicarum et Geographicarum Institutionum Libri Sex*. El título elegido para la edición se adapta mejor al significado actual de su contenido, ya que en la época en que fue escrito los términos astrología y astronomía eran análogos, y Muñoz recoge una introducción a las materias de que trata, según una tradición bien establecida en las universidades europeas.

En una primera parte, Víctor Navarro nos ofrece una extensa y bien documentada biografía del autor del tratado. Bachiller en Artes en la Universidad de Valencia, de donde era natural, en 1537 Muñoz viajó por Europa para completar su formación, y en sus obras deja constancia de la influencia de sus maestros: Oronce Finé, catedrático de Matemáticas del Colegio Real de París, y Gemma Frisius, a cuyas clases, impartidas en su domicilio hacia 1534, debieron asistir Juan de Rojas -autor de un texto sobre el astrolabio de gran difusión- y seguramente Jerónimo Muñoz. Tras una estancia en la Universidad italiana de Ancona, donde trabajó como profesor de hebreo, volvió a la capital del Turia en una fecha incierta anterior a 1556.

En 1563 pasó a ocupar la cátedra de Hebreo y dos años después unió la de Matemáticas, una decisión justificada por los patronos de la Universidad en virtud de la enorme valía del profesor, a quien, además, aumentaron sustancialmente el sueldo, convirtiéndose en uno de los mejor retribuidos del claustro. Pero la Universidad de Salamanca le hizo una sustanciosa oferta que no pudieron

igualar en Valencia y desde 1578 Muñoz pasó a ocupar la renombrada cátedra de Matemáticas y Astrología de la institución castellana, gozando de un gran prestigio; así, Tycho Brahe consideró sus observaciones de la nova de 1572 como una de las mejores de todas las que conocía. Además, Muñoz realizó distintos trabajos para Felipe II, tales como un censo de la población de Valencia o unos estudios de nivelación, y fue un adelantado en la aplicación de la triangulación, método topográfico que permitía situar puntos por intersección de visuales horizontales. Su muerte se produjo en 1592.

Como refleja a la perfección Navarro, la figura y la obra de Jerónimo Muñoz son el prototipo de un erudito inserto plenamente en los parámetros del Humanismo: con una formación clásica y buen "matemático", se ocupó de

La figura y la obra de Jerónimo Muñoz son el prototipo de un erudito inserto plenamente en los parámetros del Humanismo.

actividades propias de un cosmógrafo, geógrafo y astrónomo, ya que no es posible deslindarlas en su época; tanto unos como otros se dedicaron no sólo a la descripción de las tierras y mares conocidos y a la confección de mapas y cartas, sino también al estudio del movimiento de los cuerpos celestes y a la elaboración de tablas astronómicas, pues ambos temas estaban íntimamente relacionados debido a que los datos astronómicos eran imprescindibles para el trazado de las cartas terrestres y marítimas.

Navarro y Salavert dedican un apartado a la descripción de España y a la importancia de la geografía como disciplina que adquiere un relieve sin igual en el Renacimiento, e incluyen un facsímil de la edición de *El Archivo con la Descripción del Reino de Valencia*, realizada por Jerónimo Muñoz entre 1565 y 1572 por encargo del virrey de Valencia, don Alfonso Pimentel y de

Herrera, conde de Benavente. El afianzamiento de las monarquías nacionales llevó a una ampliación de las fronteras, y el conocimiento del territorio por parte del poder se convirtió en una necesidad imperiosa. La aparición de la gran obra cartográfica *Theatrum Orbis Terrarum*, de Abraham Ortelius, que alcanzó 42 ediciones entre 1570 y 1612, es la prueba más palpable.

Las funciones de la geografía fueron también asumidas por el cosmógrafo valenciano, que llevó a cabo una importante labor en el ámbito de la geografía práctica, y particularmente en la descripción de España y del País Valenciano. En la parte final de su *Introducción a la Astronomía y la Geografía*, resultado de sus enseñanzas en la Universidad de Valencia, el Muñoz humanista analiza minuciosamente la obra de los grandes geógrafos, mezclando erudición y didactismo, siguiendo de forma fiel a dos autores clásicos (Antonino Pío y Ptolomeo) en el interior, aunque advirtiendo que deben utilizarse con cautela; pero el

cosmógrafo adopta una forma más personal y ecléctica al describir las zonas costeras, que conocía mejor.

En la *Descripción del Reino de Valencia*, Muñoz pretende ubicar las distintas localidades y accidentes geográficos, y ofrecer una lista de poblaciones de la manera más exacta y exhaustiva posible, y parece indicar que iría acompañada de un mapa. El cosmógrafo valenciano afirma en una carta que ya desde 1549 trabajaba en una "descripción" de España, que menciona su discípulo Pedro Roiz y de la que sacó una tabla de latitudes; por ello, Navarro y Salavert concluyen que Jerónimo Muñoz debió de componer un tratado de geografía descriptiva amplio, que incluiría la citada "descripción" de España. Y también encuentran coincidencias muy notables entre los datos que ofrece Muñoz y el mapa del Reino de Valencia incluido en la edición de 1584-85 del *Theatrum* de Ortelio -en el que señala la colaboración del erasmista valenciano Fadrique Furió y Ceriol-, por lo que afirman que Muñoz pudo contribuir a su confección, proporcionando esos datos, quizá a través de uno de sus discípulos. Lo cierto es que Muñoz realizó triangulaciones entre Valencia y otras localidades próximas siguiendo exactamente el método de sus maestros Apiano y Frisius, que se recogen en este tratado, al igual que un mapa de la Península Ibérica.

La Universidad de Salamanca le hizo una oferta que no pudieron igualar en Valencia y desde 1578 Muñoz pasó a ocupar la cátedra de Matemáticas y Astrología.

Sin embargo, la intensa actividad de Jerónimo Muñoz no vino acompañada de una notable producción impresa, a pesar de su abundante producción manuscrita, que distribuyó entre los especialistas de forma privada. Víctor Navarro, ya en la citada obra de 1981, explicó la causa del silencio de Muñoz: la presión de los sectores más ortodoxos de la Iglesia y la corte españolas, molestos ante las críticas que vertió contra la cosmología aristotélica en el folleto dedicado a la nova.

Desde entonces, Navarro ha conseguido localizar una buena parte de la obra del cosmógrafo valenciano, que se encuentra dispersa en diferentes bibliotecas españolas y de otros países europeos; en el caso que nos ocupa, los manuscritos utilizados proceden de la Bayerische Staatsbibliothek de Munich y de la Biblioteca Apostólica Vaticana.

Esta magnífica edición y traducción comentadas de la *Introducción a la Astronomía y la Geografía* de Jerónimo Muñoz sigue los cánones del más clásico estilo, está realizada con todo rigor, muy bien documentada y acompañada de una adecuada selección de ilustraciones que enriquecen el texto. El trabajo dirigido por Víctor Navarro constituye, por tanto, una aportación muy importante y de gran utilidad para el conocimiento del estado de ambas disciplinas en el siglo XVI y del papel central que jugaron en la constitución de la ciencia moderna.

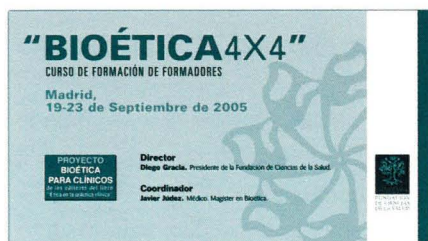
PUNTO Y SEGUIDO. BALANCE DE LA EXPERIENCIA DEL PROYECTO *BIOÉTICA PARA CLÍNICOS*

Javier Júdez

Jefe del Área de Investigación

Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia

Coordinador del Proyecto Bioética para Clínicos



Las líneas que siguen son una mezcla entre crónica, rendición de cuentas e invitación. Cuando en junio de 1999 la Fundación de Ciencias de la Salud organizó, a través de su Instituto de Bioética, la andadura oficial del Proyecto Bioética para Clínicos, ninguno de los integrantes en ese proyecto podíamos pensar que estaríamos trabajando en él más de 6 años, en una experiencia inolvidable de difícil parangón.

En este tiempo, los lectores de EIDON han podido seguir la evolución de las distintas fases de esta marcha: una primera etapa de elaboración de una serie de artículos; una segunda, de actualización de la serie en forma de libro, tras la entrada en vigor de la Ley 41/2002 de autonomía; una tercera, de formación de formadores y elaboración de materiales multimedia de referencia.

Primera fase: *Bioética para clínicos: una necesidad, una iniciativa, una propuesta*

Así rezaba el título del editorial que abría la serie de 11 artículos que se publicarían desde junio de 2001 a enero de 2002, con una periodicidad quincenal en la revista médica de mayor impacto de habla española: Medicina Clínica. Treinta y cuatro autores de diversas disciplinas, como no puede ser de otra manera en bioética, procedentes de todas las latitudes de la geografía española, desgranamos una serie sin precedentes sobre 10 módulos temáticos, bajo el liderazgo y estímulo de Diego Gracia.

Los dos años y medio de trabajo, desde aquella puesta en marcha en el II Ateneo de Bioética -en verano de 1999-, inspirados en la experiencia canadiense de Singer, fueron la base sólida de cohesión

de un modo de trabajar más allá de afinidades, que ameritaba dar los mejores frutos que fuéramos capaces de dar.

Por encima de los propios estilos narrativos y querencias, los trabajos compartían una estructura común y una metodología vertebrada en torno a la deliberación ética de problemas bastante cotidianos de la práctica clínica. En efecto, la elección de los temas se guió por su practicidad y relevancia: consentimiento informado, capacidad para tomar decisiones, confidencialidad, decisiones con el menor, limitación del esfuerzo terapéutico, no abandono, uso racional de recursos, actividades preventivas, bajas laborales y relaciones entre profesionales. Cinco años después de su publicación creo que puede decirse con justicia, que la serie sigue sin tener igual en la literatura biomédica española.

CRÓNICA

Sin embargo, esta primera fase era la parte fácil, aquélla en la que estábamos más familiarizados, pues se trataba de escribir artículos. Pero desde el principio, pretendíamos algo más: que los artículos fueran el primer peldaño de un proyecto que generara nuevos materiales de formación en bioética clínica, con nuevas metodologías al servicio de la promoción de la deliberación ética en la práctica clínica, la búsqueda de la excelencia, el fortalecimiento de las relaciones clínicas, y mediante todo ello, en suma, la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria.

Así adelantaba la tarea que nos poníamos por delante, el mencionado primer editorial:

*"Se ha apostado por un diseño en forma de módulos que incluya materiales en diversos formatos (papel, audiovisual e interactivo) y con distintos grados de profundidad que amplíen la versatilidad y utilidad del producto para la formación continuada. Cada uno de los materiales surge de un genuino proceso de investigación y desarrollo que culminará con la integración de los módulos, con sus respectivos materiales, en una oferta docente articulada que permita combinar el estudio no presencial con las actividades presenciales de carácter muy práctico y participativo. El objetivo global del proyecto pretende facilitar el paso de la bioética como discurso o disciplina a la bioética integrada en la práctica clínica de los profesionales sanitarios."*³

Segunda fase: Ética en la práctica clínica: un fruto maduro y un producto nuevo

Antes de proseguir, como suele suceder en el mundo vertiginoso biomédico, tuvimos que revisar nuestro trabajo a la luz de la Ley 41/2002 (y algunas otras normas de 2003 y 2004) que enmarcaban un contexto legislativo más maduro que el de 1986 de la Ley General de Sanidad para una bioética ya reconocida por todos los actores de nuestra realidad sanitaria.

Revisamos y actualizamos los artículos, dándoles valor añadido (con glosario, índice analítico, tabla legislativa e inclusión de la citada "ley de autonomía") en una edición en forma de libro, publicado en mayo de 2004 en coedición de la Fundación de Ciencias de la Salud y la editorial Triacastela.

Pero no habíamos perdido el horizonte por el que seguíamos trabajando.

*"El Proyecto de Bioética para Clínicos sigue desarrollando una segunda entrega de materiales, en esta ocasión módulos docentes audiovisuales en formato CD-ROM que próximamente verán la luz, para enriquecer la enseñanza y aprendizaje de cada uno de los temas abordados en este libro. Concebido como herramienta de formación de formadores, cada módulo reúne material teórico, narrativo, audiovisual, didáctico y bibliográfico sobre el problema estudiado. A estos materiales, les seguirá, por último, su aplicación en iniciativas docentes estructuradas: talleres, cursos, etc."*⁴

Tercera fase: *Bioética 4x4*, formación de formadores y material multimedia de referencia

Por fin, en septiembre de 2005, el proyecto culminaba su tercer peldaño. Para entonces, el equipo técnico, enriquecido con un par de incorporaciones, éramos "todoterrenos". Habíamos completado un CD y un DVD con materiales de referencia inéditos, con más de hora y media de vídeos y una serie de recursos didácticos y propuestas docentes que aspiraban a dinamizar el modo de fomentar la bioética clínica en España. Manteniendo el eje metodológico de la deliberación clínica como hilo conductor, confeccionamos guiones narrativos y dialogados de los casos, guiones de entrenamiento de pacientes simulados, grabamos vídeos y los editamos con comentarios docentes, reunimos nueva bibliografía y desarrollamos propuestas docentes con este material. También, hacía falta incorporar a nuevos "todoterrenos" en este apasionante compromiso. Y eso es lo que ha supuesto el curso de formación de formadores *Bioética 4x4*, de 40 horas, acreditado con 9 créditos.



Francesc Borrell impartiendo clase en el curso Bioética 4x4

Celebrado por primera vez en Madrid, entre el 19 y el 23 de septiembre de 2005, ha reunido, junto al núcleo del proyecto, a una treintena más de profesionales sanitarios de todos los rincones de España (13 Comunidades Autónomas), con formación previa en bioética y con responsabilidades docentes o en comités de ética.

El curso pretendía generar una dinámica intensa de trabajo que cubriera un triple objetivo de novedad creciente: 1. Ofrecer un marco de renovación de conocimientos teóricos de los temas de los módulos en clave de docencia (objetivos, aspectos clave, casos típicos, referencias básicas y de profundización); 2. Practicar y animar a desarrollar un abanico de habilidades prácticas del trabajo en bioética asistencial (moderar sesiones, diseñar informes, elaborar protocolos, servir como consultor, coordinar programas docentes y

proyectos de investigación en bioética, publicar, etc.); 3. Aportar recursos docentes y herramientas metodológicas novedosos para reforzar la deliberación y la relación clínicas (grupos pequeños, lectura crítica, habilidades de comunicación y de ayuda, *rol-play*, trabajo con vídeos facilitadores, pacientes simulados, elaboración de materiales, etc.).

Los objetivos se han cubierto con creces: la satisfacción de los asistentes ha sido sobresaliente (el 100% recomiendan el curso); la mejora pre-post curso de los asistentes en conocimientos y habilidades ha pasado de suficiente a notable y, aún más destacable, en las herramientas metodológicas y recursos docentes ha pasado en algunos casos de insuficiente a notable (utilizar *rol-play*, pacientes simulados, materiales narrativos o grabación de vídeos, por ejemplo); y el

CRÓNICA

clima de comunidad de trabajo y de ilusión compartida ha sido enormemente significativo y gratificante.

Punto y seguido

Bioética 4x4 era un curso muy distinto a los demás. No es frecuente contar con una preparación remota tan dilatada, de casi 7 años, un equipo docente tan engrasado y unos materiales tan abundantes y elaborados. Tampoco es frecuente contar con unos participantes tan preparados. Con *Bioética 4x4* hemos incorporado a la necesidad, a la iniciativa, al proyecto y a los frutos a todos ellos, formadores formados. Así el curso no se ha convertido en algo que ha acabado, sino en el punto y seguido de un proceso que continúa.

Hace 3 años, en la introducción del libro decíamos:

"Este proyecto pretende contribuir a que la sociedad, las instituciones y en último término, y sobre todo, los profesionales se sientan mejor pertrechados para afrontar los retos que nos plantea la medicina del siglo XXI desde una perspectiva de valores y de responsabilidad."

El reto sigue vigente y aún queda mucho por hacer. La Fundación de Ciencias de la Salud seguirá aportando sus materiales y su propuesta en dos convocatorias más de *Bioética 4x4* en el año 2006, previstas para el 5-9 de junio y

el 18-22 de septiembre. El objetivo de estos cursos de formación de formadores es establecer una red articulada y dinámica de formación en bioética, organizada alrededor del eje de la Fundación, los materiales generados en estos años y el liderazgo del pedagogo de la bioética clínica por excelencia, Diego Gracia. En dicha red, los profesores y los participantes en los cursos constituirán una matriz de equipos docentes que pueden promover innovadores talleres y cursos de formación en los centros asistenciales de las distintas Comunidades autónomas. Los que participamos en esta "red" esperamos con ella estimular a que se renueve y multiplique el empeño de muchos en sus instituciones para apostar por la excelencia en la asistencia sanitaria. Ahí queda la mano tendida a todos los que quieran seguir en este feliz y esforzado empeño.

Bibliografía

- 1 Singer PA, editor. *Bioethics at the bedside. A clinician's guide*. Ottawa, ON, Canadian Medical Association, 1999.
- 2 Júdez J. Bioética para clínicos: la gestación y puesta en marcha de un proyecto. *Dimensión Humana* 2000; 4(4): 44-46.
- 3 *Bioética para clínicos: una necesidad, una iniciativa, una propuesta*. Grupo Técnico del Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(1): 16-17 [9 junio]
- 4 Gracia D, Júdez J (eds.). *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud / Editorial Triacastela, 2004. Página 19.

"BIOÉTICA4X4"

CURSO DE FORMACIÓN DE FORMADORES 2ª EDICIÓN

Madrid, 5-9 junio de 2006



PROYECTO BIOÉTICA PARA CLÍNICOS De los editores del libro "Ética en la práctica clínica"

Director: Diego Gracia. Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud

Curso de alto rendimiento de Formación de Formadores para profesionales con formación previa en bioética y experiencia o responsabilidad docente en bioética o participación en Comités de Ética. Basado en los materiales del proyecto de "Bioética para Clínicos", consta de 10 módulos con casos clínicos, más de 90 minutos de video y documentación teórica. La metodología didáctica se basa en el refuerzo de conocimientos, habilidades y actitudes mediante el desarrollo de escenarios clínicos -con el apoyo de pacientes simulados- y la deliberación entre los asistentes.

Equipo docente

Diego Gracia (director). Presidente. Fundación de Ciencias de la Salud.

Javier Júdez (coord). Médico. Magíster en Bioética. Madrid.

Rogelio Altisent. Médico de Familia. Magíster en Bioética. Zaragoza.

Javier Barbero. Psicólogo. Magíster en Bioética. Madrid.

Francesc Borrell. Médico de Familia. Barcelona.

Fernando Carballo. Gastroenterólogo. Magíster en Bioética. Murcia.

Concepción Bonet de Luna. Médico de familia. Magíster en Bioética. Madrid.

Beatriz Ogando. Médico de Familia. Magíster en Bioética. Madrid.

Manuel de los Reyes. Cardiólogo. Magíster en Bioética. Madrid.

Pablo Simón. Médico de Familia. Magíster en Bioética. Granada.

José Zarco. Médico de Familia. Coordinador Docente Área 1. Madrid.

JUNIO 06	LUNES 5	MARTES 6	MIÉRCOLES 7	JUEVES 8	VIERNES 9
Temática	Consentimiento Capacidad	Menor Limit. Esfuerzo Terap.	Confidencialidad Bajas Laborales	Prevención No Abandono	Uso de Recursos Relaciones Profesionales
Docentes Principales	Pablo Simón Beatriz Ogando	Concepción Bonet de Luna Javier Barbero	Javier Júdez José Zarco	Rogelio Altisent Francesc Borrell	Fernando Carballo Manuel de los Reyes

Horario: 9:00-14:00 y 15:30-20:30



MATRÍCULA

Plazas limitadas a un máximo de 25 alumnos

- Rellene y envíe el formulario adjunto de pre-inscripción como solicitud de plaza. La Fundación de Ciencias de la Salud confirmará la inscripción y la manera de proceder en consecuencia. También puede preinscribirse a través de la web www.fcs.es

- Coste de matrícula: Antes del 15 de Abril - 700 € / Después del 15 de Abril - 800 €

Incluye los materiales docentes

SEDE DEL CURSO

Fundación de Ciencias de la Salud

Pza. Carlos Trias Bertrán, 4. 2º - Madrid 28020

SECRETARÍA TÉCNICA E INFORMACIÓN

Elena Blanco.

Teléfono: +34 913530151 · Fax: +34 913505420

Correo-e: ibioetica@fcs.es · Página Web: <http://www.fcs.es>

PRÓXIMA CONVOCATORIA 3ª EDICIÓN 18 - 22 de septiembre de 2006

FORMULARIO DE PRE-INSCRIPCIÓN

Apellido 1º Apellido 2º
Nombre DNI/Nº Pasaporte Fecha de nacimiento / /
DOMICILIO PARTICULAR C.P.
Municipio Provincia País
Tel. Part. Tel. Trabajo Fax Móvil
Correo-e Titulación: ☐ Medicina ☐ Enfermería ☐ Farmacia ☐ Otros
CENTRO DE TRABAJO Servicio
Dirección C.P.
Municipio Provincia País
Formación recibida en bioética
Centro o institución en el que imparte formación en bioética

La información que nos facilite será conservada por la Fundación de Ciencias de la Salud y está protegida por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normas concordantes y complementarias a la materia. En cualquier momento Ud. podrá acceder a sus datos, rectificarlos o cancelarlos.

FORMACIÓN

La Fundación de Ciencias de la Salud ha elaborado una *cartera de formación* que incluye la oferta de todos sus programas y que consolida su trayectoria de realización de materiales en áreas no bien cubiertas por otras ofertas tradicionales:

- Programa de formación a distancia *Bioética para clínicos*
- Programa de *Comunicación y Salud para Hospitales*
- *Curso a Distancia de Comunicación y Salud, atención primaria*
- Programa Informático de Razonamiento Médico y de y de Evaluación Clínica (**PIRÁMYDE**®)
- Programa de formación en *Drogas y AP*

La oferta incluye también propuestas docentes a medida sobre cualquiera de los temas tratados, así como específicos sobre prevención en tabaquismo para médicos de empresa.

Para más información
www.fcs.es

FORMACIÓN

Curso Bioética 4x4

Se celebran dos nuevas ediciones -5 a 9 de junio y 18 a 23 de septiembre- del curso de Formación de Formadores *Bioética 4x4*, cuyos destinatarios son profesionales clínicos con formación previa en bioética y responsabilidades docentes o en comités de ética. Para más información, ver anuncio en página 79.



Innovación en Atención Primaria

Por otra parte, en colaboración con la Fundación para la Formación de la OMC continúa la iniciativa *Innovación en Atención Primaria*, que pretende analizar las experiencias innovadoras que han surgido frente a los problemas de organización de la Atención Primaria (AP) en España y otros países del entorno. El reto este año será evaluar la capacidad de respuesta clínica que ofrece en nuestro país la AP y abordar su efectividad, sus límites e implicación en la resolución de otros problemas de los pacientes.

Se mantiene el ritmo de cuatro seminarios anuales, uno por trimestre, pilotados por un ponente -relator y analista- que elabora unas síntesis y conclusiones del tema tratado de manera presencial con un panel de expertos. Los temas a tratar son:

- *La efectividad de la AP*. Mes de marzo. Ponente: Dra. Olga Pané, Directora de Consultoría del Consorcio Hospitalario de Cataluña
- *La capacidad de resolución en AP*. Mes de junio. Ponente: Dra. Josefina Caminal, Prof. de Medicina Preventiva, Univ. Autónoma de Barcelona.

Los seminarios de septiembre y octubre se dedicarán, respectivamente, a *Los límites de la AP* y a *Las respuestas clínicas y no clínicas*.

Todo profesional que quiera participar puede hacerlo de manera virtual a través de las páginas web de las instituciones organizadoras, www.fcs.es o www.ffomc.org

JORNADAS Y CONFERENCIAS

Desde la memoria: historia, medicina y ciencia en tiempos de... Cajal

En colaboración con la Residencia de Estudiantes se celebra la segunda edición de esta serie de encuentros, que tienen el propósito de profundizar en la situación de la sanidad y la ciencia en diferentes etapas históricas. Este año, el homenajeado es D. Santiago Ramón y Cajal, científico, pero también dibujante, escritor y fotógrafo, cuando se cumplen 100 años de que recibiera el Premio Nobel en Medicina y Fisiología.

La iniciativa viene de nuevo avalada por un comité científico integrado por profesionales de gran nivel: Gonzalo Anes, Diego Gracia, Carmen Iglesias, José M. Sánchez Ron, María Tena y Javier Puerto, que dirige el ciclo.

Se celebrarán cuatro mesas en torno a *Cajal y su Tiempo*, *Cajal Creador*, *Cajal y el Compromiso Intelectual y Social* y *Cajal y la Ciencia*, los días 14, 21, 28 de marzo y 4 de abril respectivamente, a las 19:30 h. de la tarde.

Lugar de celebración: Residencia de Estudiantes, c/ Pinar 21-23, Madrid.

Con otra mirada: otras voces, otros ámbitos.

Escritores, filósofos y humanistas protagonizan otros puntos de vista sobre la enfermedad en este ciclo de conferencias organizado con la Residencia de Estudiantes. Ignacio Martínez de Pisón (Zaragoza, 1960) licenciado en Filología Hispánica e Italiana y autor de novelas, libros de cuentos, novela juvenil e incluso un guión de cine, es el siguiente protagonista.

Una visita al sanatorio, por Ignacio Martínez de Pisón. Madrid, 25 de mayo a las 19:30.

Lugar de celebración: Residencia de Estudiantes.

Tres décadas de reforma de la Atención Primaria (1976 - 2006)

Una jornada de un día de duración en la que se abordarán los 30 años de reforma en la Atención Primaria, un modelo que nació como base para un cambio social y sanitario, que durante estos años ha ido adquiriendo autonomía y capacidad para organizarse. La jornada se articulará en torno a tres sesiones: *Sociedad y Sistema Sanitario*, *Sistema Sanitario y AP* y *Atención Primaria y Sociedad*, y serán moderadas por D^a Ana Rico, Profesora Titular de Política Sanitaria del Dpto. de Economía y Gestión Sanitaria, Univ. de Oslo, D. Juan Gervas, Médico de

Canencia de la Sierra (Madrid) y D. Sergio Minué, Director de Docencia e Investigación de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Tres décadas de reforma de la AP (1976 - 2006), 23 de mayo a las 09:00 h.

Lugar de celebración: Residencia de Estudiantes.

Ética en la investigación clínica. Ensayos clínicos sin interés comercial

Las sociedades científicas se encuentran en muchas ocasiones en situación de querer participar en ensayos clínicos a nivel europeo, pero incapaces de afrontar los requisitos legales que ello supone. La Fundación de Ciencias de la Salud organiza esta jornada sobre ensayos clínicos sin interés comercial, a fin de impulsar soluciones prácticas a estos problemas. La jornada se desarrollará en torno a dos mesas en las que se plantearán: los obstáculos a los que se enfrentan investigadores y sociedades; las posibilidades de respuesta por parte de las administraciones públicas central y autonómica y de posibles iniciativas privadas. Moderan las sesiones Xavier Carné y Carmen Avendaño, farmacólogos clínicos de los hospitales Clínico y Provincial de Barcelona y Puerta de Hierro de Madrid respectivamente. La visión europea correrá a cargo de Gianni Tognoni, prestigioso sanitarista italiano, Jefe del Departamento de Farmacología del Instituto Mario Negri de Milán y consultor permanente de la OMS.

Ética en la investigación clínica. Ensayos clínicos sin interés comercial.

Lugar de celebración: Colegio Oficial de Médicos de Madrid, C/ Santa Isabel, 51.

Estamos preparando...

VIII Ateneo de Bioética. El médico que todos queríamos en el siglo XXI

Nueva y original edición del Ateneo de Bioética en el que, con la base de una representación teatral, se entremezclan las opiniones de profesionales del pasado y del presente en torno un tema común: ¿cómo nos gustaría que fuera en este siglo nuestro médico? Actores que dan vida a Nietzsche, Kohlberg o Stuart Mill son los encargados de dar la visión de estos personajes respecto del papel y responsabilidades que ha de adoptar el médico, frente a las posiciones social, científica y médica de hoy en día.

VIII Ateneo de Bioética. Junio 2006.

Lugar de celebración: F. Lázaro Galdiano.



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 a la
colaboración de GlaxoSmithKline.

eidon



www.fcs.es

número 20

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD