

eidon

21

número

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

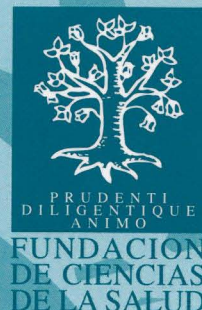
**Ley de Dependencia
a debate**

Entrevistas

Jordi Matías-Guiu
Marina Geli

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

14 euros • marzo-junio **2006**



21

**revista
eidon**

número

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

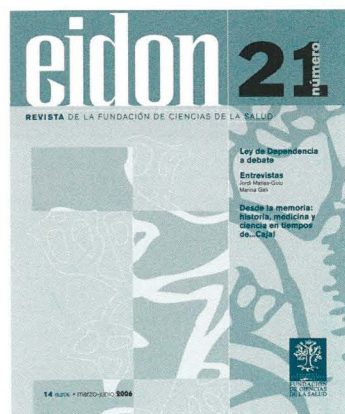
Miguel Roca

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

Demetrio Casado

Joaquín Fernández Pérez

José García Velasco

Diego Gracia

Antonio Lafuente

José M. Mato

José M. Ribera Casado

Jesús M^a Rodrigo

REDACCIÓN

Beatriz Juanes

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 MARZO-JUNIO

EDITORIAL

PLATAFORMA DE DEBATE

ENTREVISTA

BIOÉTICA

SALUD PÚBLICA

ENTREVISTA

CON MANO AJENA

CON OTRA MIRADA

DEL PASADO AL PRESENTE

CRÍTICA DE LIBROS

AGENDA

1 sumario

4 El ejemplo de Santiago Ramón y Cajal (1854-1934)

6 Anteproyecto de Ley de Dependencia. Comentarios desde el punto de vista de la clínica

• José M. Ribera Casado

Criterios para la valoración de la Ley de Dependencia

• Demetrio Casado

El cuarto pilar del Estado de Bienestar

• Jesús M^a Rodrigo

20 Jordi Matías-Guiu Presidente de la Sociedad Española de Neurología

24 Ética y toma de decisiones en el final de la vida

• Diego Gracia

30 Jornadas sobre Tabaco o salud 2006

38 Marina Geli Consejera de Sanidad, Generalitat de Cataluña



43 Memoria de la cultura en español en la sociedad del conocimiento

• José García Velasco

46 Presentación

• Javier Puerto

Poesía y dolor

• Luis Alberto de Cuenca

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



72 • Santiago Ramón y Cajal. Los tónicos de la voluntad. Reglas y consejos sobre investigación científica

• Biografía del cáncer. La aventura de Joan Messegué

• Animals in Translation: Using the Mysteries of Autism to Decode Animal Behavior

80 Próximas actividades y publicaciones

El ejemplo de Santiago Ramón y Cajal (1854-1934)

Desde el número 14, Eidon se ha convertido en el portavoz de las actividades de la Fundación de Ciencias de la Salud. Los lectores encontrarán unas secciones fijas, coincidentes con nuestros ciclos, reforzadas por unos espacios dedicados a la alta divulgación, sanitaria o científica, y a las humanidades, junto a unas entrevistas a personalidades del mundo profesional, científico o político, empleadas para reforzar nuestro compromiso con la actualidad y la excelencia, personal, sanitaria y científica.

Los editoriales en esta nueva etapa, vienen firmados y se convierten en artículos de fondo, redactados por alguno de nuestros patronos. Una vez al año, durante un mes y en la sede de la Residencia de Estudiantes, celebramos el ciclo: *Desde la Memoria. Historia, medicina y ciencia en tiempos de...* dedicado este año a Ramón y Cajal.

Al personaje, el único español ganador de un premio Nobel científico a partir de su trabajo realizado en España, dedico el editorial de este cuatrimestre, escrito desde las máximas de la Fundación, con prudencia y diligencia, con la finalidad de la institución de divulgar la medicina y la ciencia española y exhortar a la excelencia.

En la magnífica adaptación para la pantalla de *Las aventuras del Barón de Münchhausen*, efectuada por Terry Gilliam en 1988, el gobernador de la ciudad sitiada por los turcos, cuando le presentan a uno de los defensores más heroicos, decide condenarle a la horca; a su criterio, su extraordinario ejemplo podría desmoralizar a los aterrados ciudadanos. El reflejo cervantino del texto se recoge en la película y en la actitud descrita. En España somos muy

dados a convertir en santos a nuestros prohombres o, de forma alternativa y gratuita, a lapidarlos o lincharlos. Este último talante es muy frecuente con aquellos a quienes levantamos a los altares de la adoración, intelectual o política, por el solo gusto aparente de luego derribarlos. Nuestros premios Nobel literarios han sufrido, mayoritariamente, el desprecio o el olvido; Ramón y Cajal afortunadamente no. Muy por el contrario los pronunciamientos en torno a su obra son unánimemente elogiosos, como no podía ser de otra manera, y en torno a su biografía, muy a menudo hagiográficos.

Se cumple, este año, el centenario de la concesión del Premio Nobel y ciento dos años de la entrega de la medalla Helmholtz. Pasado un tiempo prudencial, la tozuda realidad nos indica que el suyo fue un caso excepcional. Como todos los científicos de gran talla, supo asimilar lo mejor de la histología española y mundial -tuvo antecedentes, dentro y

fuera de España- y creó una escuela, todavía felizmente viva y peculiarmente activa; pero su premio fue una rareza en el panorama del pensamiento español. Él mismo, como antes lo hizo Rodríguez Carracido, intentó convencernos de la ausencia de elementos peculiares en nuestro entorno geográfico, político, cultural e histórico, capaces de

inhabilitarnos para el ejercicio científico y, sin embargo, un siglo después, sigue siendo el único español que ha conseguido ese premio mediante su trabajo en nuestro suelo.

Ramón y Cajal, en el ámbito de la histología, es una demostración del genio individual. Con muy pocos medios técnicos, mediante la superación de una formación mediocre y con una fuerza de voluntad extraordinaria, fue capaz de cambiar el paradigma histológico respecto a algo tan importante como la estructura del cerebro. A ello

De Ramón y Cajal queda hoy la admiración y el respeto público, un tesoro poco frecuente en nuestro suelo

contribuyeron sus maestros, sus colegas internacionales, su formación sentimental de artista frustrado y su talento. El suyo es un caso digno de admiración, pero difícil de emular pues las condiciones personales, tanto genotípicas como fenotípicas, son individuales e inimitables.

Como dije, la Fundación de Ciencias de la Salud ha dedicado el ciclo *Desde la Memoria* de este año a recordar su peripecia vital, el medio histórico y social en dónde se movió, su extraordinaria habilidad pictórica, su afición por la fotografía y la literatura, su patriotismo, la manera en que trató de regenerar la patria, a la manera Costista, también desde la investigación científica, sus relaciones con la comunidad neurocientífica internacional y la vigencia actual de su obra; sin olvidar su evolución personal: desde el romanticismo al positivismo y el darwinismo, ni su peculiar laicismo, imbuido en un fuerte sentido religioso de la existencia.

De Ramón y Cajal queda hoy la admiración y el respeto público -un tesoro poco frecuente en nuestro suelo- y debe alejarse la papanatería. El maestro lo fue en todo lo referente a su disciplina, en lo demás su brillo fue moderado. Aunque sus obras literarias sean las más reeditadas, sólo fue un buen escritor aficionado, amparado en su inmensa popularidad. Sus ideas regeneracionistas de la ciencia son las mismas de los ilustrados -magníficas- pero siempre fundamentadas en la improvisación y el voluntarismo, como demuestra la constante "cuestión científica" en nuestro suelo.

El centenario de su reconocimiento debería servirnos para recordar y venerar al maestro, para conseguir una edición

completa de su obra y de su epistolario, ausencias ambas que nos llenan de sonrojo, y para meditar sobre sus ideas, compartidas con tantos regeneracionistas, sobre el papel de la ciencia española y de las instituciones dedicadas a su desarrollo en la modernización de España.

El centenario de su reconocimiento debería servirnos para recordar y venerar al maestro y para conseguir una edición completa de su obra y de su epistolario

Por su impulso y el de otros compañeros suyos, la Junta para la Ampliación de Estudios, dio un gran respaldo a la ciencia española quebrado, como tantas otras cosas, por la Guerra Civil; se basó en el envío de becarios al extranjero y en la apertura de nuevos centros de investigación. Para ser idéntico al modelo ilustrado, le faltó, solamente, la contratación de profesores foráneos y, como entonces, la universidad quedó al margen. El franquismo olvidó el mecanismo ilustrado, pero ahondó la sima entre universidad e investigación y los sucesivos gobiernos democráticos retomaron el modelo de la Junta o, si se prefiere, el ilustrado. Pese al respeto a la figura del maestro, ¿no se merecería la ciencia española alguna consideración nueva sobre su desarrollo institucional?

En definitiva, queda la figura del investigador para la veneración admirada, la del ser fieramente humano, para el respeto, la de su obra científica para la emulación y el seguimiento, y la del pensador, para la considerada y prudente revisión crítica, a la que la Fundación de Ciencias de la Salud ha contribuido con el ciclo mencionado y con este número de Eidon.

Javier Puerto



ANTEPROYECTO DE LEY DE DEPENDENCIA. COMENTARIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA CLÍNICA

JOSÉ M. RIBERA CASADO

Jefe de Servicio de Geriátría, Hospital Clínico San Carlos de Madrid

A la amable petición para que comente desde una perspectiva clínica el Anteproyecto de Ley de Dependencia, podría responder con una sola línea: este Anteproyecto no tiene en cuenta para nada esa perspectiva. Ni la palabra clínica ni ningún concepto relativo a la misma están incluidos o sugeridos en ninguno de los 45 artículos, 12 disposiciones adicionales, 2 disposiciones transitorias u 8 disposiciones finales que constituyen el Anteproyecto.

Merece la pena comentar el Anteproyecto de la Ley de Dependencia desde el punto de vista clínico y hacerlo, además, desde la óptica de aquella población que de forma mayoritaria va a protagonizar esta Ley, la población de más edad. El Anteproyecto es consciente de este protagonismo de nuestros mayores. Ya en su exposición de motivos aporta unos datos demográficos (por cierto, no actualizados) en los que recuerda que el 17% de los españoles tienen más de 65 años y que un tercio de esa población presenta alguna discapacidad, lo que la convierte en destinataria preferente de esta Ley, mientras que por debajo de esa edad la tasa de personas con discapacidad no alcanza el 5%. A partir de ahí no se vuelve a hacer referencia

específica a este segmento etario, salvo para establecer una discriminación negativa en el artículo 18, cuando se habla de una "prestación económica de asistencia personalizada" de la que solamente podrían beneficiarse los menores de 65 años (ii).

La lectura detenida del Anteproyecto por parte de un profesional de la salud resulta sorprendente y descorazonadora. Y ello es así precisamente por las escasísimas referencias a cualquier aspecto que tenga que ver con estas cuestiones. Estamos ante un texto elaborado por expertos en derecho que ignora —o, al menos, elude— cualquier referencia a la salud. Evidentemente, afrontar la dependencia supone un reto en el plano social, en el económico y en el funcional o administrativo. Un reto que obliga a hilar muy fino en todos estos terrenos, a ser cautos e intentar aunar voluntades en busca de un consenso que satisfaga a todos, sea realista y pueda ser aplicable con los mismos criterios en todo el territorio del estado español.

Pero lo que no se puede obviar es que detrás de cada persona dependiente existe un problema relacionado con la salud. La relación entre dependencia por un lado, tal como viene adecuadamente definida en el artículo segundo del propio Anteproyecto, y salud por otro, se establece por muchas

vías que creo merecen ser comentadas y a las que a mi juicio se debería prestar más atención en esta Ley.

LA "ETIOLOGÍA"

En primer término hay que recordar que las dependencias tienen unas causas —lo que en medicina llamamos etiología—, y que estas causas prácticamente siempre están vinculadas a un problema de salud. Dicho de otra forma, se llega a ser dependiente a partir de un problema de salud. La literatura médica actual está llena de referencias en las que se enumeran y cuantifican estos factores generadores de dependencia. Así, sin entrar en detalles, sabemos que los principales procesos responsables de dependencia física y/o psíquica tienen que ver con enfermedades del aparato cardiovascular, del sistema nervioso, del sistema osteoarticular o de los órganos de los sentidos. También sabemos que muchos de estos procesos admiten medidas preventivas perfectamente establecidas en la literatura científica. Medidas que tienen que ver con la prevención primaria y con la prevención secundaria. Si somos capaces de establecer normas eficaces en este sentido se va a limitar el número de personas dependientes, y ése debe ser el objetivo fundamental de cualquier programa relacionado con la dependencia.

Yo entiendo que una ley de este tipo no puede ser un tratado de medicina, pero a mi juicio sí que debería ser algo más

explícita en este campo. Las referencias a la prevención son escasas, vagas y dilatadas en el tiempo. Sólo se utiliza la palabra "prevención" en tres sitios. En el artículo 3-c), todavía en el terreno de "los principios", se habla genéricamente del "establecimiento de medidas adecuadas de prevención", lo que no deja de ser un brindis al sol. Algo parecido cabe decir en referencia al artículo 13-2-1-a) donde se incorpora un párrafo indeterminado y poco comprensible, referido a unos supuestos "servicios para la promoción de la autonomía personal" y dentro de ese epígrafe se alude a la "prevención de las situaciones de dependencia". No se concreta más.

Algo más explícito es el artículo 19, titulado "prevención de las situaciones de dependencia". Sin embargo, tampoco las siete líneas de este artículo pasan de ser una declaración de intenciones, que presupone una eventual coordinación al respecto entre los servicios sociales y de salud, para remitirnos a un "Plan de Prevención que deberá elaborar el Consejo Territorial del Sistema Nacional de Dependencia". Considerando lo complejo de la constitución de este organismo y la lentitud con la que funcionan las administraciones la conclusión previsible es que en el mejor de los casos cualquier medida en este sentido derivada de esta Ley deberá esperar un buen número de años antes de convertirse en realidad.

El anteproyecto es consciente del protagonismo de nuestros mayores

EL “DIAGNÓSTICO”

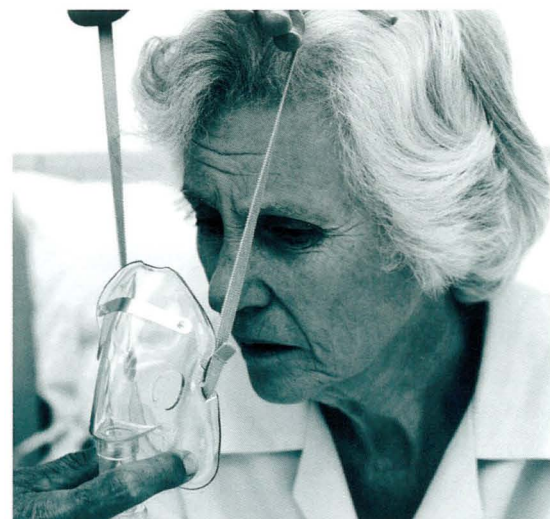
En segundo lugar -y me limito a seguir el orden con el que tradicionalmente se viene analizando cualquier problema médico: tras la etiología viene el diagnóstico- está la cuestión de la valoración. Las dependencias hay que identificarlas y hay que cuantificarlas. Hay que diagnosticarlas, delimitar su severidad y emitir un juicio sobre su eventual evolución. Sobre su pronóstico. Esto también es un problema clínico y también conlleva una actuación médica. A este respecto el Anteproyecto en su

artículo 25 vuelve a remitirnos al futuro. Nos habla de un baremo que igualmente deberá ser elaborado por el Consejo Territorial y, posteriormente, aprobado por el gobierno en forma de Real Decreto. Las referencias a este baremo (apartado 2 del artículo 25) son vagas e inconcretas. No se especifican sistemas de medición que ciertamente existen y se vienen aplicando en la práctica diaria, ni se da ninguna orientación acerca del “quién” debe realizar la valoración. Evidentemente, uno entiende que deberá ser un profesional de la salud experto en estos temas. Tan sólo en el artículo 26 se alude a ello, remitiéndonos una vez más

a algo tan inconcreto como “las Comunidades Autónomas”. Se nos dice que “ellas” deberán ser las responsables de determinar los “órganos de valoración”.

Las dependencias tienen unas causas prácticamente siempre vinculadas a un problema de salud

Dos objeciones en este punto. La primera tiene que ver con la necesidad, a mi juicio, de ser algo más precisos a la hora de establecer quién valora. Se trata de un campo que entra de lleno en las competencias de los profesionales de la salud (geriatras, médicos de familia, o en ocasiones incluso psicólogos o trabajadores sociales), pero no se alude a ellos en absoluto, ni se apunta si este trabajo deberá ser realizado en el contexto de las estructuras



sanitarias actualmente existentes o se profesionalizará dentro de un nuevo marco competencial. Además, pienso que delegar este punto en algo tan inconcreto como las “Comunidades Autónomas” sin delimitar unas bases mínimas comunes para todas ellas, corre el riesgo de favorecer criterios no homogéneos en las diferentes valoraciones específicas.

LOS “ASPECTOS TERAPÉUTICOS”

Siguiendo con la perspectiva clínica llegaríamos a un tercer punto. Sería lo que en términos de equivalencia podríamos considerar aspectos terapéuticos. En este terreno el Anteproyecto pone el énfasis en las prestaciones económicas y en las normas sancionadoras, algo que no me corresponde comentar. Es cierto que en algunos artículos se habla de eventuales ayudas

técnicas, de teleasistencia, de ortesis y de prótesis. Todo ello de forma bastante vaga y descontextualizada. También aquí se descuida el componente más estrictamente médico. Creo que los profesionales de la rehabilitación, de la terapia ocupacional,

del trabajo social y, por supuesto, los especialistas de la patología específica que ha generado la dependencia en

cada caso concreto pueden tener cosas que decir. En muchas situaciones incluso será posible recurrir a la llamada prevención terciaria.

Con todo, lo que más me preocupa en este punto es la figura del cuidador. A ella se alude en el artículo 17. Echo en falta unas mínimas referencias a su perfil profesional y laboral, pero, sobre todo, a la necesidad de que disponga de un determinado nivel de capacitación o al menos que se prevean unos medios para poder adquirirla y asegurar una eficacia que vaya más allá del mero voluntarismo.

En todo caso, bienvenida sea esta Ley. Hace mucha falta y se trata de una promesa incumplida desde legislaciones anteriores. Bienvenido sea también su carácter universal y su propuesta de homogeneidad a la hora de aplicarla en todo el estado. Sin duda puede ser un avance social importante y un buen instrumento para luchar contra la discriminación a la que está sometida una parte importante de la población. Doble discriminación, en el caso de muchos de nuestros ancianos, por

anciano y por dependiente. Pero intentemos mejorarla en el periodo que queda hasta su entrada en vigor.

Desde la óptica de la salud existen todavía como vemos muchas lagunas. La

raíz de las mismas yo creo que hay que buscarla en el hecho de que se trata de un texto que toma como base el daño ya

establecido (la dependencia) y presta mucha menos atención a las causas de la misma y a las eventuales medidas de carácter preventivo que pudieran tomarse, incluyendo en este epígrafe aquellas medidas directamente vinculadas a la educación sanitaria de la sociedad en general y del entorno más inmediato de la persona víctima de la dependencia en particular.

En la misma línea creo que existe un vacío importante a la hora de recurrir a opiniones de expertos en este campo. Por ejemplo, el capítulo 4 (arts. 38 y 39) habla de órganos

consultivos. Da la impresión de ser un capítulo redactado con criterios políticos, que ha pretendido

satisfacer a todo el mundo. Se menciona un Comité Consultivo (un macrocomité) donde van a estar representantes de las administraciones estatales, autonómicas y locales, así como de las organizaciones empresariales y de los sindicatos. Para nada se menciona a las sociedades

científicas. Tampoco se alude a ellas en ningún otro punto del articulado. Parece bastante razonable que muchas de las limitaciones que llevo comentadas podrían obviarse a partir de la opinión de los expertos en este terreno. Unos expertos a los que, a la postre, va a ser necesario recurrir.

En el fondo puede no ser tan difícil ponerse de acuerdo y subsanar las limitaciones del texto actual. Se trata de dotarnos de una Ley que va a ir en beneficio de toda la población, al margen de ideologías y de partidos. Creo que ya va siendo hora de superar discusiones inútiles y aprender del pasado. Debe servirnos de experiencia la triste suerte de otros proyectos anteriores más o menos ambiciosos. Entre ellos el Plan Gerontológico del 93 que ya nació chato y ni aun así llegó a cumplirse en su totalidad. O el Plan Nacional de Alzheimer del 98, del que no sabemos en que cajón sigue durmiendo. O, más recientemente, la "Ley de cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud" de 2003, que omite

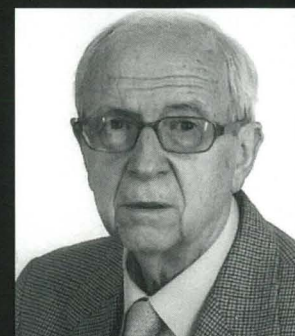
cualquier referencia a la atención sociosanitaria y, en general, a la atención específica de la población de más edad, todo ello muy relacionado con los temas del

Anteproyecto que aquí comentamos. Acumulemos esperanza, generosidad y buena voluntad por parte de todos para que cuando esta Ley llegue al BOE pueda responder de manera eficaz a las razones que motivaron su elaboración.

Bienvenido sea el carácter universal de esta Ley y su propuesta de homogeneidad a la hora de aplicarla en todo el estado

yo creo que hay que buscarla en el hecho de que se trata de un texto que toma como base el daño ya

El texto toma como base el daño ya establecido (la dependencia) y presta mucha menos atención a las causas



CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA

DEMETRIO CASADO

Director del Seminario de Intervención y Políticas Sociales

Escribo este artículo en el tiempo de tramitación parlamentaria del Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante, Ley de Dependencia). Sin prejuzgar cuáles vayan a ser las decisiones definitivas de las Cortes, voy a proponer algunos criterios para la lectura valorativa de la norma en ciernes; me guíé en la elección de los mismos por el contenido del Proyecto de Ley.

Quiero recordar con carácter previo que la dependencia a la que se refiere la Ley en tramitación es la que cabe calificar de funcional, vale decir la consistente en discapacidad para realizar las actividades comunes de la vida diaria, hasta el extremo de requerir al efecto la ayuda de tercera persona. La inclusión de esta clase de dependencia en la agenda política le ha prestado tal notoriedad que se habla de ella sin adjetivo, olvidando de modo tácito otras dependencias tan relevantes en el orden humano y social como la política, la económica, la emocional o la de sustancias adictivas.

ABORDAJE INTEGRAL O FRACCIONARIO

La dependencia funcional, aparte de la ayuda familiar y otras informales, demanda la intervención de varias ramas técnicas de naturaleza y/o impacto social. Por otra parte, en virtud de criterios de racionalidad, esas ramas vienen actuando por medios individualizados y colectivos. Será casi ocioso advertir que una parte de esas acciones no tienen como referencia exclusiva la dependencia funcional, sino la discapacidad en general. Otra observación: algunas de tales actividades operan de modo indirecto. He aquí un ensayo de clasificación de las intervenciones en cuestión:

La dependencia funcional, aparte de la ayuda familiar y otras informales, demanda la intervención de varias ramas técnicas

- Acondicionamiento de los entornos físicos de uso colectivo (urbanismo, edificaciones, transportes y telecomunicaciones).
- Acondicionamiento de los ámbitos funcionales (compatibilidad de la pensión de invalidez con el salario, accesibilidad de actos públicos, programas culturales y de ocio, etc.).
- Apoyo a entidades voluntarias incidentes en la prevención o atención a la dependencia funcional.

El ámbito de intervenciones que abarque la Ley de Dependencia no determina la calidad política y jurídica de la misma, pero sí es obviamente decisivo desde el punto de vista de su alcance material y muy importante en el orden organizativo y de gestión. El título adoptado para el Proyecto de Ley de Dependencia no incluye ninguna restricción, de modo que sugiere un contenido integral. En

cambio, el articulado del citado Proyecto, salvo pequeñas excursiones fronterizas, limita el objeto material de la misma a, por una parte, prevención y, por otra, ayuda personal mediante prestaciones monetarias a los interesados y familias y sobre todo servicios sociales.

Actividades de alcance individual:

- Adaptaciones ergonómicas personalizadas de la vivienda, de los puestos de estudio y trabajo, y provisión de transporte individualizado.
- Medidas laborales y de Seguridad Social de compatibilización del trabajo con la vida familiar.
- Beneficios fiscales.
- Prestaciones monetarias.
- Prestaciones de servicios sociales en especie o monetarias vinculadas a la adquisición de aquéllas.
- Prestaciones sanitarias, incluidas las ortoprotésicas.

Actividades de carácter colectivo:

- Acciones preventivas de salud pública (desde programas de prevención de defectos al nacimiento hasta los destinados específicamente a la prevención geriátrica de la dependencia funcional).

Parece positivo que la Ley incluya la acción preventiva de la dependencia que prevé el Proyecto. Pero para que la misma pueda ser definida y gestionada de modo coherente con la prevención relativa a la enfermedad y las deficiencias, considero necesario que aquélla sea responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.

La atención a las personas en situación de dependencia exige inexcusablemente, entre otras, ciertas prestaciones sanitarias individualizadas. Si, como ocurre en el Proyecto, la Ley no las abarcara, se producirían dos problemas importantes: uno relativo a la provisión de la llamada prestación sociosanitaria, según lo que indicaré después; otro de coordinación sociosanitaria.

UNIVERSALIDAD, IGUALDAD Y GARANTÍA

No se si por ignorancia o por otro motivo, ciertas fuentes están presentando la futura Ley de Dependencia como novedad absoluta, pero lo cierto es que la acción formal concerniente al problema en cuestión cuenta con algunos muy viejos antecedentes en nuestras sociedades. La enfermedad crónica asociada a la discapacidad fue uno de los objetos principales de los establecimientos hospitalarios desde la Edad Media

hasta la segunda mitad del siglo pasado. La dependencia funcional por deficiencias graves (físicas, psíquicas, ceguera) fue igualmente objeto principal de los hospitales de clientela mixta y de los hospicios especializados del pasado. La provisión de prestaciones monetarias por invalidez ya fue practicada desde hace siglos por entidades mutualistas y se adopta por el moderno régimen de seguros español en 1932. No puede haber, pues, novedad absoluta en el objeto

material de la Ley de Dependencia.

Puede y debe haber novedades en la Ley de Dependencia en lo que se refiere a su ámbito subjetivo, que está llamado a la universalidad, y al régimen institucional de su acción individualizada, que debe garantizar la protección, tendiendo a la igualdad. La oferta actual de prestaciones individuales para situaciones de dependencia, como veremos después, es tributaria del pasado en lo que se refiere a su cobertura subjetiva y a su régimen institucional. No ya la acción caritativa y benéfica privada, sino la propia Beneficencia pública estuvo destinada a la población desvalida y pobre, en un régimen discrecional -no graciable, como suele decirse-.

La Beneficencia fue objeto de crítica por sus dos características institucionales básicas:

1. La protección marginalista tiene el efecto de la estigmatización social de los beneficiarios e incurre en inequidad al excluir a las capas medias sin capacidad para comprar protección privada;

¿Cuál será el impacto de esta Ley en las lagunas del ámbito personal y las desigualdades de la protección a la dependencia de la Seguridad Social?

2. La provisión discrecional lleva aparejada la inseguridad y la desigualdad de la protección. Los seguros sociales adoptaron un régimen de protección garantizada, pero optaron inicialmente por el enfoque selectivo del ámbito personal, para pasar después a la protección desigual de los trabajadores según tiempo y cuantía de la cotización. El

clasismo y la proporcionalidad apuntados contradicen el principio de igualdad que se preconiza en los estados de bienestar para prestaciones como las sanitarias y las de servicios sociales o equivalentes. Veamos seguidamente, bien que de modo sucinto, cuáles son los problemas relativos a los principios citados que podría superar la Ley de Dependencia.

PRESTACIONES MONETARIAS

La Seguridad Social, provee prestaciones monetarias para las situaciones de dependencia funcional ("gran invalidez" y "minusvalía" de cierta gravedad). El fundamento de tales prestaciones estriba en el gasto por ayuda de tercera persona que comportan esas situaciones, supuesta la permanencia del beneficiario en su hogar; pero las normas reguladoras de aquéllas no las vinculan a tal aplicación. Como todas las prestaciones básicas de la Seguridad Social, las que nos ocupan

ahora están garantizadas mediante derechos subjetivos. Pero presentan deficiencias importantes respecto a los principios de universalidad e igualdad. He aquí las principales:

1. Los menores de 18 años no son objeto de ayudas familiares específicas para la dependencia, pero también a esa edad la dependencia exige concurso de terceras personas para el cumplimiento de la obligación escolar (al menos desplazamiento).

2. Entre los adultos protegidos por la Seguridad Social contributiva se da una obvia discriminación en función de la edad -antes o después de los 65 años- a la que sobreviene la dependencia.

3. Procede decir lo mismo para la población protegida por la Seguridad Social no contributiva.

4. Los beneficiarios de la Seguridad Social contributiva son protegidos proporcionalmente a su pensión, en tanto que los de la no contributiva reciben asignaciones fijas. La protección contributiva es universal -en su ámbito-, en tanto que la de la no contributiva es selectiva -por nivel de ingresos-.

La pregunta es: ¿cuál será el impacto de la Ley de Dependencia en las lagunas del ámbito personal y las desigualdades de la protección a la dependencia de la Seguridad Social?

PRESTACIONES DE **SERVICIOS SOCIALES**

Como quiera que la dependencia funcional es una quiebra de la autonomía para actividades comunes, cuando no se suple dicha quiebra por medios familiares o amistosos, o por la contratación de servidores o cuidadores personales por cuenta del interesado o de su familia, los servicios sociales están llamados a intervenir. Por supuesto, la acción de esa rama, como la familiar y doméstica, no excusará intervenciones propias de la asistencia sanitaria, pero las mismas no deben tomar el papel protagonista sino en casos excepcionales a los que me referiré después.

Resulta oportuno recordar aquí que las Comunidades Autónomas tomaron competencia exclusiva en servicios sociales y promulgaron leyes sobre los mismos. La mayor parte de dichas leyes no contemplan específicamente el fenómeno de la dependencia funcional, pero sí se refieren a la discapacidad, de la que aquélla es un grado extremo. En cuanto a las prestaciones individuales, la citada legislación y sus normas de desarrollo habilitan las intervenciones propias de la rama para la dependencia funcional (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, atención residencial) pero, salvo excepciones, no instituyeron derechos subjetivos para garantizar el acceso a las mismas.

Al amparo de este régimen de discrecionalidad, las administraciones de las Comunidades Autónomas, con la participación de las locales, vienen proveyendo dichas prestaciones en cuantía inferior a las necesidades y resuelven esa escasez mediante la selección de beneficiarios en función de criterios socioeconómicos. Se da así un déficit de universalidad, análogo de hecho al de la Beneficencia y más discrecional que aquél, puesto que el racionamiento de la oferta y los criterios de selección no tiene referencias generales, sino meramente regionales o locales. ¿Cómo incidirá la Ley de Dependencia en estos problemas de selectividad y carencia de garantía?

Parece positivo que la Ley incluya la acción preventiva de la dependencia

PRESTACIONES SANITARIAS

Aparte de sus funciones de prevención primaria de la enfermedad y de las deficiencias -incluida la relativa a la dependencia funcional-, la asistencia sanitaria provee rehabilitación, incluyendo recursos ortoprotésicos, orientada a reducir los efectos potenciales de las deficiencias; y provee también cuidados curativos y paliativos, especialmente necesarios en no pocas situaciones de dependencia funcional. La asistencia sanitaria pública ofrece una cobertura casi universal y se provee mediante un régimen

igualitario y garantizado, salvo para la "atención sociosanitaria".

La Ley 16/2003, de 28 de marzo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, reguló la "Prestación de atención sociosanitaria", que destina a "enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social" (art. 14.1).

La atención a las personas en situación de dependencia exige inexcusablemente ciertas prestaciones sanitarias individualizadas

Dicha atención incluye "cuidados sanitarios de larga duración", "atención sanitaria de convalecencia" y "rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperables" (art. 14.2), obviamente relevantes para la prevención terciaria y los cuidados de

y en situaciones de dependencia funcional. El problema que interesa aquí es que la "prestación de atención sociosanitaria" no ha sido incluida en la cartera de servicios de dispensación obligatoria regulada mediante el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, en cuyo Anexo I se relacionan las Prestaciones sanitarias obligatorias o garantizadas.

El Proyecto para la Ley de Dependencia no aborda, siquiera para ese problema, la culminación de la casi lograda universalización de la asistencia sanitaria ni la garantía de la "Prestación de atención sociosanitaria"; ¿lo hará la Ley que se apruebe?

Bibliografía

CASADO, D (dir.). *Respuestas a la dependencia*. Editorial CCS, 2004

Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, diciembre de 2004.



EL CUARTO PILAR DEL ESTADO DE BIENESTAR

JESÚS M^a RODRIGO

Director Ejecutivo de CEAFA
(Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer
y otras Demencias)

Es sabido que la enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente entre las personas de edad avanzada. Sus manifestaciones y síntomas son bien conocidos por quienes tienen un familiar aquejado de este mal que se instala no sólo en el propio enfermo, sino también en la unidad familiar. Por tanto, la dependencia generada por el Alzheimer es doble, pudiendo así hablar del enfermo y del familiar como dependientes. Es en este contexto en el que hay que moverse para analizar la Ley de Dependencia.

La cuestión que quiero plantear a continuación es si el Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Necesidad da o no respuesta a las necesidades reales y concretas de nuestros dependientes. En cualquier caso,

parece que se abre un nuevo horizonte para todos cuantos se vinculan o tienen relación con el cada vez mayor número de personas que, en nuestro país, son susceptibles de beneficiarse del Sistema Nacional de Dependencia.

Probablemente sea éste el primer gran elemento a considerar como positivo, la creación del Sistema Nacional de Dependencia como aglutinador de las atenciones y servicios que se necesitan. Hasta ahora, las personas en situación de dependencia -como los enfermos de Alzheimer y sus familiares- debían encarar su problema de una manera casi autónoma, acudiendo a cualquiera de las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer existentes en el país, verdaderas puntas de lanza en el acompañamiento, apoyo y ayuda a los enfermos y

sus familiares. A partir de ahora, parece que la acción de estas Asociaciones va a poder verse reforzada por ese Sistema Nacional de Dependencia.

Una revisión rápida del texto propuesto desde el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales sugiere una valoración claramente positiva, al menos en lo que se refiere al alcance práctico de su articulado en relación con las personas en situación de dependencia.

En particular, las principales necesidades que puede presentar un enfermo de Alzheimer (al igual que cualquier otra persona dependiente) quedan recogidas en el Anteproyecto de Ley: satisfacer las necesidades básicas de la vida cotidiana, disponer de un cuidador, poder permanecer en su domicilio recibiendo los cuidados necesarios (aunque este punto debería tener una redacción más contundente en el texto), poder acceder a distintos tipos de centros en función del estado evolutivo de su enfermedad, no tener que hacer frente al total de los costes generados por la enfermedad, etc.

Por otra parte, el familiar cuidador, que también tiene unas necesidades claras vinculadas directamente a esa dependencia, puede encontrar un cierto apoyo en el Sistema Nacional de Dependencia que contempla, entre otras cosas, planes de formación para los cuidadores no profesionales, la

posibilidad de llevar a sus familiares a centros de día y/o de noche para acceder ellos a lo que se denomina "programas de respiro familiar", la posibilidad de recibir una remuneración por su dedicación al cuidado del familiar, etc.

Las principales necesidades que puede presentar un enfermo de Alzheimer quedan recogidas en el Anteproyecto de Ley

En consecuencia, parece que la futura Ley va a ser capaz de solventar, si no completamente al menos en parte, las principales necesidades de los enfermos de Alzheimer y de sus familiares. Además, el reconocimiento del derecho a la dependencia es otro aspecto que merece ser destacado, aunque en el Anteproyecto no se haga referencia al derecho subjetivo como sería deseable. Sin embargo este derecho puede poner fin a posibles discriminaciones por razón de territorialidad, puesto que los criterios para su otorgamiento deberán ser respetados y reconocidos en cualquiera de la Comunidades Autónomas, quienes, por su parte, asumen un papel de especial importancia e interés en el desarrollo de la futura norma, coincidente, por lo demás, con la propia descentralización de los actuales servicios sociales.

PRESTACIONES ECONÓMICAS

Queda claro que la puesta en marcha del Sistema Nacional de Dependencia va a ser una responsabilidad compartida entre la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas, los Ayuntamientos y los propios afectados, introduciendo, de este modo, el concepto de co-pago que, en principio,

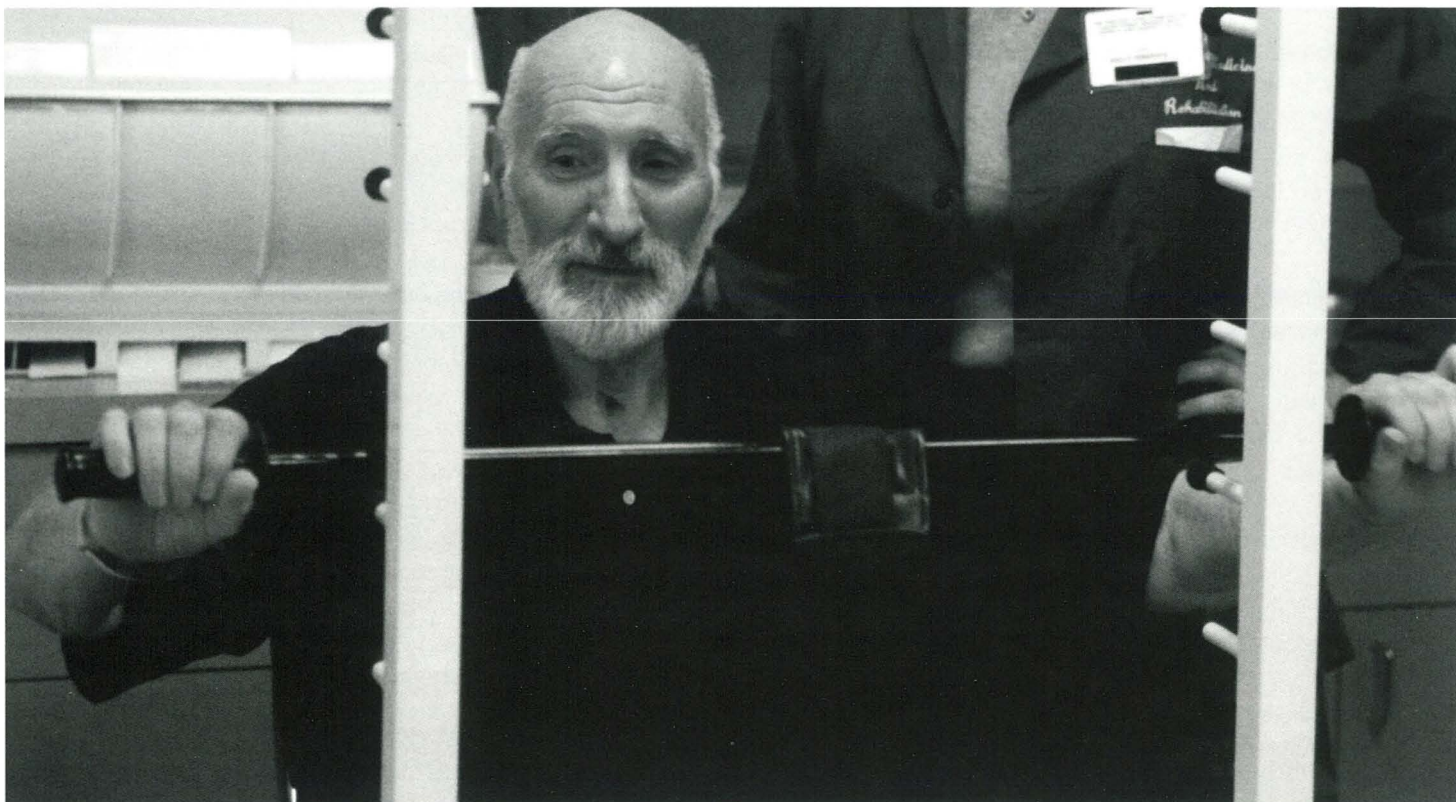
establece una aportación a cargo del beneficiario cercana al 33% de los gastos generados por la prestación o acceso a los servicios que precisa, aunque siempre siguiendo criterios de disponibilidad en función de las rentas o patrimonio del que se disponga. A este respecto puede decirse que, si bien el co-pago debería reducirse (no tendría que ser superior al 20-25%) o incluso desaparecer, parece una medida solidaria sobre todo para aquellas personas con menor poder adquisitivo o capacidad de renta, si bien las denominadas clases medias podrían verse perjudicadas por recaer sobre ellas el grueso del co-pago. En cualquier caso, si se compara con la situación actual, en la que las familias tienen que hacer frente al pago de más de 29.000 euros/año en la fase inicial de la enfermedad de Alzheimer,

más de 36.000 euros/año en la fase intermedia, y de nuevo más de 29.000 euros/año en la fase avanzada o severa de la enfermedad, el aportar el 33% de las cantidades antes señaladas no parece un mal mayor.

Si a todo lo anterior se suman los principios que inspiran la futura Ley tal como aparecen recogidos en el apartado 3º del texto, la conclusión que puede extraerse es que, efectivamente, parece que se están previendo los pasos necesarios para iniciar la construcción de ese cuarto pilar del Estado de Bienestar que completará a la Sanidad, la Educación y las Pensiones.

ALGUNAS DUDAS

Aunque la valoración general que puede merecer el Anteproyecto de Ley de la Dependencia es positiva (además de necesaria), la no concreción del texto, que en numerosas ocasiones remite a futuros desarrollos, hace que en estos momentos puedan y deban plantearse ciertas dudas acerca de su alcance y sostenibilidad.



La primera de esas dudas, quizá la que una mayor generalización ha alcanzado por su naturaleza, es la que se refiere a la manera de financiar este Sistema Nacional de Dependencia. Y, más en particular, se pueden considerar dos cuestiones que, en estos momentos, parecen no tener una respuesta globalmente satisfactoria: la primera es la procedencia de los presupuestos que deben aportar las Comunidades Autónomas; la segunda, la capacidad de sostenibilidad del Sistema más allá de 2015.

A día de hoy quedan en el aire muchos aspectos importantes que sería deseable clarificar a la mayor brevedad

Lo único que en estos momentos queda perfectamente definido es el interés y la necesidad de permanecer alerta para intentar evitar “la deserción” de los fondos necesarios y, sobre todo, para impedir que tanto una falta de financiación como desviaciones de previsión exijan un aumento en la proporcionalidad del co-pago asumido por el beneficiario final.

Otra duda que merece la pena reseñar es el papel que van a desempeñar los Ayuntamientos, las administraciones locales que, tradicionalmente, han gestionado los servicios sociales. Es de suponer que el futuro Consejo Territorial del Sistema Nacional de Dependencia, cuando se constituya y actúe como mecanismo de control entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, regulará y definirá de manera concreta el rol municipal. No obstante, dado que el Anteproyecto se quiere presentar como “una revolución de los servicios sociales”, y que éstos son asumidos por los municipios, debería haberse previsto ya, al menos, las líneas directrices de las competencias y responsabilidades (a todos los niveles) de los entes locales.

Por otro lado, cierto es que el Anteproyecto ha emanado del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y que su finalidad última es doble: satisfacer

unas claras necesidades sociales (atención a la dependencia) y generar nuevos empleos (acceso al empleo de los mal llamados cuidadores informales, creación de nuevos empleos profesionalizados, etc.). Sin embargo,

hay que considerar que las dependencias (el Alzheimer y otras más) llevan asociadas a su dimensión social una importante carga sanitaria que el Anteproyecto no contempla, y que por la naturaleza misma de esas dependencias debería tenerse en cuenta asegurando las sinergias oportunas entre la futura Ley y la propia Seguridad Social y generando un verdadero sistema sociosanitario.

Si bien los aspectos anteriores son, sin duda, de especial relevancia en el análisis del texto, desde el punto de vista de los dependientes, en este caso de las Asociaciones que representan a los familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias, se echa de menos en la lectura del Anteproyecto una definición clara del papel que estas estructuras asociativas (principales conocedoras de las necesidades de las personas dependientes que defienden) van a desempeñar en la aplicación futura de la Ley. Ciertamente es que en el proceso previo a la aprobación del Anteproyecto, desde el propio Ministerio se ha querido oír a las principales asociaciones de pacientes del país, a cuyos representantes se ha invitado a participar en numerosas reuniones. También los partidos políticos —con y sin responsabilidad de



Gobierno- se han dirigido a estas asociaciones en busca de su opinión. Este interés por conocer la perspectiva o el punto de vista de quienes representan directamente a los futuros beneficiarios del Sistema Nacional de Dependencia ha sido altamente gratificante puesto que su voz se ha tenido en consideración (aunque, como es lógico, no haya sido una voz muchas veces coincidente con lo esperado). No obstante, hubiera sido de agradecer que el propio Anteproyecto, en su formulación, diera más protagonismo al movimiento asociativo, puesto que, entre otras cosas, ha sido hasta el momento quien ha asumido sobre sus hombros el peso de la responsabilidad de prestar y ofrecer los servicios y atenciones que las personas dependientes precisaban, y, a buen seguro que lo seguirán haciendo aún entrando en vigor en enero de 2007 la Ley de la Dependencia.

UNA REFLEXIÓN. UNA PETICIÓN

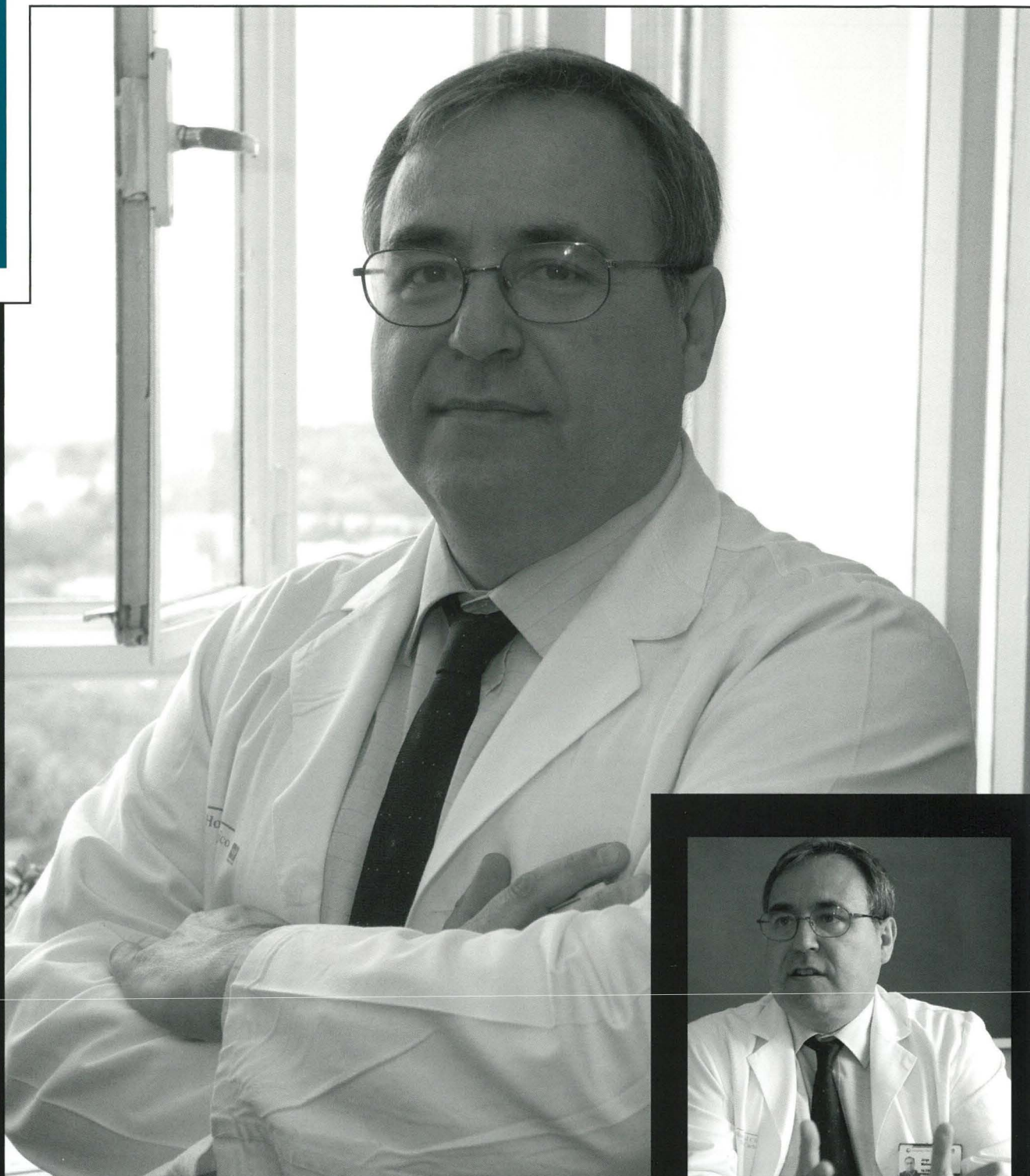
La reflexión que se puede hacer en este momento es, coincidiendo con el inicio de la exposición, que se abre un nuevo horizonte para las personas en situación de dependencia, que hay que encarar con optimismo pero también con cautela. Con optimismo porque la futura Ley es una muy importante apuesta por crear y consolidar el cuarto pilar del Estado del Bienestar. Con cautela por que a día de hoy quedan en el aire muchos aspectos importantes que sería deseable clarificar a la mayor brevedad.

En relación con lo anterior, la petición que puede formularse al conjunto de la sociedad, tanto a la dependiente como a la no dependiente y, por supuesto a aquellos sectores que tienen responsabilidad pública y capacidad de decisión, es que dejen de lado las disputas (partidistas y de otra índole), que acompañen a los futuros beneficiarios del Sistema Nacional de Dependencia en su

optimismo y que les apoyen aportando cuantas sugerencias y críticas constructivas sean pertinentes para que, entre todos, podamos verdaderamente construir ese cuarto pilar del Estado de Bienestar y conseguir la Ley que las personas en situación de dependencia precisan.

Finalmente, ayudemos a los políticos -Gobierno y Oposición- a que lleguen al consenso unánime y necesario para que ese colectivo estimado de población beneficiaria del Sistema Nacional de Dependencia (casi un millón y medio) tengan la Ley que se merecen y puedan acceder a los servicios y atenciones que precisan para poder vivir sus días con la mayor dignidad posible.

JORGE MATÍAS-GUIU



Lo sanitario y lo social deben estar ligados porque existen muchos puntos de convergencia

“La Neurología está “desaprovechada” por el sistema sanitario”

JORGE MATÍAS-GUIU

PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA

Hubiera sido Cardiólogo si un desafortunado accidente no le hubiera dejado con una ligera lesión auditiva. Cambió la posibilidad de escuchar el corazón por observar el cerebro. Y dice que no se arrepiente. Jorge Matías-Guiu, Presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN), y Jefe de Servicio de la misma especialidad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, defiende la necesidad de unir la investigación básica y la clínica en una área de trabajo tan compleja como la Neurología, siendo consciente de que las enfermedades neurológicas son, en el momento actual, las que encabezan la lista de las más preocupantes desde el punto de vista de los ciudadanos.

Para Matías-Guiu, el tiempo es la mejor herramienta con la que cuentan los neurólogos para realizar su trabajo. Tiempo para hablar e informar al paciente, y tiempo para adentrarse en esa especie de recinto sagrado del ser humano que es el cerebro.

Parece que las enfermedades neurodegenerativas han puesto de plena actualidad la Neurología ¿son el azote de nuestra sociedad?

Si nos basamos en números objetivos, la especialidad que más ha crecido en demanda por parte de los pacientes ha sido la Neurología y esto ha creado, en ocasiones, problemas con las listas de espera y en la accesibilidad a los especialistas. Este crecimiento en la demanda viene motivado especialmente por dos razones. Primero, por el desarrollo técnico, ya que si antes el cráneo era un mundo

cerrado, ahora accedemos a él por todos los lados. La posibilidad de diagnóstico ha cambiado muchos conceptos y, en definitiva, la forma de entender las enfermedades neurológicas. El otro aspecto se refiere a la información que recibe el ciudadano, mucho más abundante de la que se disponía hace unos años. Ha aparecido lo que hemos llamado “el tercer paciente”, una persona que acude al neurólogo no porque tenga una enfermedad, sino para descartar que la padezca. El ejemplo más claro de ello se ha producido con la enfermedad de Alzheimer. Esto se debe a que las enfermedades neurológicas preocupan mucho. Una encuesta que se realizó en EE.UU reflejaba que a los ciudadanos americanos les preocupaba más padecer la enfermedad de Alzheimer que morirse. El Alzheimer es quizá la enfermedad más mencionada siempre, pero existen otras tan preocupantes como el ictus, la esclerosis múltiple o la enfermedad de Parkinson. Sin duda, son enfermedades que han traspasado el nivel puramente académico para trascender a la sociedad.

Y ante esta situación ¿cree que se derivan los suficientes recursos en este tipo de enfermedades?

Como Presidente de la SEN, tendría que decir que nos gustaría obtener más recursos. Pero creo que el sistema sanitario es muy caro, y que más que un problema de recursos, se trata de organizarlos de forma idónea.

¿Pero se necesitan más neurólogos?

Depende. Si el 30 por ciento de los pacientes que acude a la consulta de un Neurólogo es por un problema de cefaleas, entonces sí que son necesarios más especialistas. Pero

entre un 10 o un 15% de los pacientes no acuden por una enfermedad, sino a consultar –y descartar– la posibilidad de padecerla. Se trata de ese “tercer paciente” al que me refería antes.

El objetivo sería utilizar esos recursos con la mayor eficiencia posible y eso incluye que quizá no sea necesario que los Neurólogos realicen una serie de consultas que podrían llevar otros compañeros. No creo, por tanto, que sea un problema de recursos sino de distribución de esos recursos de la forma más adecuada. A mi juicio, la Neurología está “desaprovechada” por el sistema sanitario. Estamos viendo muchos pacientes que podrían tratar otros especialistas y, posiblemente, estemos dejando de ver a los que se podrían beneficiar de conocimientos específicos.

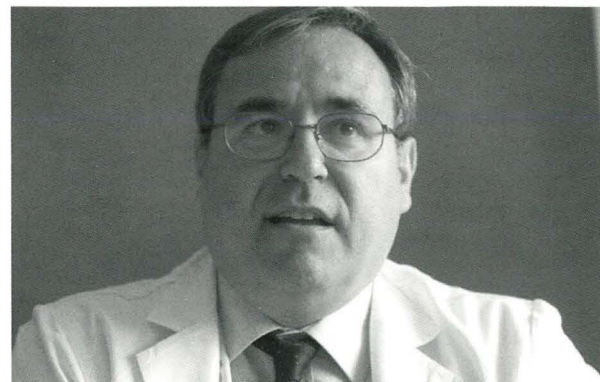
¿Qué relación mantienen con los médicos de Atención Primaria y con otras especialidades con las que puedan converger a nivel asistencial?

Muy estrecha. Posiblemente cuando salga esta revista se habrá firmado un acuerdo con la SEMERGEN en programas de formación conjunta. Pensamos que para el paciente es muy beneficioso que se le atienda desde Primaria en colaboración con los especialistas.

Con la Sociedad Española de Geriátría estamos llevando a cabo el Congreso Nacional de Alzheimer y hemos trabajado conjuntamente en la elaboración de un documento, el Documento Sitges, sobre la ética en el tratamiento de esta enfermedad. También colaboramos asiduamente con la Sociedad Española de Psiquiatría y con la Sociedad Española del Dolor. Esta colaboración estrecha redundará directamente en la mejor atención a los pacientes.

Las enfermedades a las que se refiere son complicadas de diagnosticar ¿cómo es una consulta de Neurología?

Para un neurólogo el tiempo que dedica a los pacientes es imprescindible. Sabemos que emplear el tiempo necesario es mucho más rentable. El coste en procedimientos disminuiría si pudiéramos dedicar más a la exploración en la consulta. Es mucho más barato el horario del facultativo que una batería de pruebas diagnósticas.



Una buena exploración neurológica necesita un entrenamiento importante, cierta seguridad y la versatilidad que necesita cada paciente. Obviamente esto necesita una duración, pero creo que el número de pruebas diagnósticas que se ahorrarían si pudiéramos dedicar el plazo necesario a cada enfermo sería enorme. Se nos ha acusado de ser una especialidad cara, pero yo opino todo lo contrario. El tratamiento de las enfermedades neurológicas sí es caro; pero no el acto médico como tal, porque probablemente podemos llevarlo a cabo con menos procedimientos que otros colegas.

Por otro lado, la enfermedad neurológica suele producir miedo, y los pacientes necesitan que se les explique detenidamente su problema. Si un paciente acude a la consulta porque cree que pudiera tener la enfermedad de Alzheimer, no puede salir con esa duda, porque eso le va a marcar su vida en todos los niveles. Muchas veces el trabajo del Neurólogo consiste en explicar que no tiene esa enfermedad, y eso redundará después en la calidad de vida del ciudadano.

Otro de los problemas con el que nos encontramos es que los pacientes vienen muy pronto a la consulta, a veces cuando aún no hay evidencia clínica de que se trate de una enfermedad. Ya no vemos pacientes con demencias avanzadas, sino con pocos síntomas que nos obligan a aumentar la duración de la exploración, por la dificultad que entraña hacer un diagnóstico precoz.

Nuestros conocimientos sobre el cerebro humano son todavía primarios. Todavía no sabemos para qué sirven muchas áreas

¿Qué opinión le merece la reciente Ley de Dependencia? ¿Permitirá mejorar la asistencia a los enfermos dependientes?

Hay gente que ha dicho que la dependencia no estaba incluida en la Constitución, pero yo creo que eso no es así. La constitución incluye la asistencia sanitaria a los ciudadanos y atender la dependencia crónica es una competencia de la sanidad. Pero por diversos motivos parece que se ha hecho una separación virtual entre lo que son las prestaciones sociales y las sanitarias, aunque los profesionales sanitarios también hacemos intervenciones sociales y la línea que separa ambos aspectos es muy débil.

Nuestra mayor crítica a esta Ley es que hemos perdido la oportunidad de recuperar la continuidad asistencial: lo sanitario y lo social deben estar ligados porque existen muchos puntos de convergencia. Tal como está ahora la Ley, las menciones a los sistemas sanitarios son mínimas, pero somos conscientes de que el paciente, cuando tiene una enfermedad, acarrea problemas sociales, médicos, personales, familiares... y no tiene por qué tratarse sólo desde un punto de vista, sino que debemos estar coordinados para poder actuar en la misma dirección. Nuestra propuesta es que se recupere esa continuidad asistencial y social de manera que se cree un nexo común entre todas las estructuras de la Administración implicadas.

¿Qué relación mantiene la Sociedad española de Neurología con los familiares de los enfermos?

La SEN tiene una Fundación Española de Enfermedades Neurológicas que podríamos considerar como su parte social. En estos momentos mantenemos una colaboración muy estrecha, precisamente por el interés que despiertan este tipo de enfermedades en la población.

En el Aniversario del Nobel concedido a Santiago Ramón y Cajal ¿cómo ve la investigación neurológica en general en España?

A mi me parece que estas celebraciones son muy oportunas, pero creo que no podemos estar continuamente recordando a Cajal en el ámbito de las neurociencias. Siendo una persona excepcional, no puede ser nuestro recurso de forma permanente. A veces uno tiene la sensación de que en España solo pudiéramos hablar de Cajal. Yo creo que no hay que olvidarlo, pero sí siempre mirar hacia adelante.

En Cajal convergían la clínica y la investigación. Él trabajaba en su laboratorio pero también veía pacientes. Éste es para mí el verdadero legado de Cajal y es necesario volver en alguna medida a este espíritu de unión entre las neurociencias. No podemos olvidar que en nuestro país hay una excelente investigación básica, pero con una tasa muy baja de patentes. Nuestro reto debiera ser recuperar la colaboración entre los grupos de investigación básica y los clínicos.

A estas alturas de siglo ¿qué nos queda por conocer del cerebro?

Nuestros conocimientos sobre el cerebro humano son todavía primarios. Todavía no sabemos para qué sirven muchas áreas. Por ejemplo, un 20 o

25 por ciento de personas de mediana edad tienen uno o varios infartos cerebrales que se llaman silenciosos. No han dado ninguna clínica, pero se observa lesión, y no sabemos qué repercusión puede tener en un futuro ya que no conocemos la topografía de estas áreas.

También, el cerebro humano tiene muchísima más sustancia blanca en comparación con los animales, y aún tenemos la idea de que esta sustancia es una zona de interconexión.

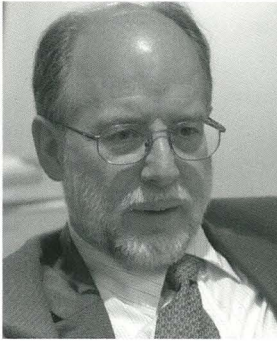
No es fácil conocer el cerebro en profundidad puesto que es un órgano tan amplio que por el momento sólo podemos dedicarnos a él de forma parcelaria.

¿Esto nos puede hacer pensar que la Neurología cada vez se hiperespecializará más?

Efectivamente esto está ocurriendo ya, aunque esta parcelización viene motivada por los aspectos técnicos y no tanto por los conocimientos específicos. Por ejemplo, está estudiado que si a un paciente con ictus le atiende un neurólogo muy entrenado en esta patología, se reduce la mortalidad en un 30%. Lo mismo ocurre con la epilepsia, con la enfermedad de Parkinson... en estos casos la experiencia es muy importante para abordar el tratamiento de estos pacientes.

Las emociones ¿también están en el cerebro?

Desde hace muchos años se trabaja en este área. Luria ya avanzó que se trataba de circuitos más que de localizaciones, una teoría que se mantiene hoy en día pero más documentada. Sabemos que algunas enfermedades como la depresión, consideradas psiquiátricas hace unos años, tienen una localización cerebral, pero no podemos obviar el entorno del paciente. Una lesión o una alteración cerebral condiciona las emociones, pero es necesario que el entorno contribuya. Nadie pone en duda que las enfermedades tienen bases biológicas, pero en su aparición también influye el entorno, nuestras vivencias.



Diego Gracia

Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud



Nuestro sistema sanitario ha transformado durante las últimas décadas el modo de manejar las situaciones finales de la vida de las personas. La vieja estampa del médico de cabecera "desahuciando" al paciente y retirándose a un discreto segundo término, a la vez que el notario y el sacerdote tomaban la delantera, ha dejado paso a otra, en la que los pacientes entran en una de las dos posibles rutas de salida de esta vida: la propia de las enfermedades agudas y la específica de las crónicas. La primera sitúa al paciente en un estado crítico y, por ello, ha obligado a poner a punto todo el armamentario de la llamada "medicina crítica" o "medicina intensiva", hoy perfectamente establecida en nuestro medio.

Hay otra vía de finalización de la vida. Es la propia de las enfermedades crónicas. Aquí la vida no termina por "crisis" o "resolución" sino por "lisis" o "disolución". Esa disolución sigue diferentes trayectorias. La mejor conocida es la propia de la patología oncológica, en la cual es posible distinguir una fase última denominada "terminal". Para manejar este grupo de pacientes, hubo que poner a punto otro tipo de abordaje, conocido hoy con el nombre de "medicina paliativa" o, más precisamente, puesto que no se trata sólo de medicina, "cuidados paliativos". Es una estrategia totalmente distinta a la propia de la medicina intensiva y que, si bien con mucha mayor lentitud, poco a poco va introduciéndose en nuestro país.

Por otra parte, es muy claro el avance en otro frente, el de la sensibilidad social ante estos problemas. No hay duda de que nuestra sociedad que es cada día más pluralista, razón por la cual existe en ella una amplia gama de posicionamientos ante problemas como los que aquí nos ocupan, relacionados con una de las dos grandes situaciones límites de la vida, la de su final. Pero es evidente que con el paso del tiempo gana más y más terreno la postura que considera necesario ampliar la autonomía de las personas y permitir la autogestión no sólo de su vida sino también de su muerte, o, mejor, del proceso del morir. Esto puede parecer que resuelve problemas, pero por lo pronto los plantea.

¿Cuáles son estos problemas? Al menos cuatro: primero, la necesidad de reforma de la ley española de voluntades anticipadas. Segundo, la urgencia de incluir la historia de valores en la rutina de la historia clínica. Tercero, la conveniencia de ir promoviendo entre nosotros la que se conoce con el nombre de *Planificación anticipada de la atención*. Y en cuarto lugar, hacer lo posible para que la sedación terminal se convierta entre nosotros en una práctica socialmente aceptada y correctamente manejada por los profesionales sanitarios. Todos estos problemas están muy directamente relacionados no sólo con los profesionales

sino también con los usuarios, con la población en general y su educación sanitaria. Éste es precisamente el momento en que se encuentran los temas del

final de la vida en todo el mundo. Se ha pasado de una fase fundamentalmente técnica, dirigida a los profesionales, a otra en la que el objetivo no son tanto éstos sino los usuarios, dado que son ellos quienes tienen que tomar las decisiones. Se trata de un nuevo capítulo de la educación sanitaria, prácticamente desconocido hasta ahora y fundamental para el logro de una adecuada asistencia médica.

Reforma de la legislación española sobre voluntades anticipadas

Tenemos una legislación que podríamos calificar de ambigua. Como es obvio, me estoy refiriendo a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Su artículo 11 se ocupa de las que llama "instrucciones previas" y dice en su punto 1 que la función del representante es "procurar el cumplimiento de las instrucciones previas". Por tanto, no tiene autoridad ninguna para decidir nada que no esté escrito en las instrucciones previas.

Esto es condenar a la ineficacia la función del representante, so pena de que las instrucciones previas se conviertan en documentos complicadísimos, en los que se especifiquen todas o casi todas las situaciones médicas posibles, lo cual es, obviamente, impensable.

Cabe plantearse, a la vista de esto, qué eficacia pueden tener las instrucciones previas entre nosotros, tal como está

redactado el texto de la Ley. Y la contestación no puede ser otra que muy pequeña, casi nula. Aun así, sería posible articular un procedimiento que, aunque muy complicado, hiciera posible su uso. Pero es que el punto tercero acaba con cualquier posible ilusión al respecto. En él se dice que "no serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la *lex artis*, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas". Advuértase que esta última cláusula, no serán de aplicación las instrucciones previas "que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas", hace de nuevo prácticamente inútil la figura del representante. Pero es que, además, el texto añade que tampoco se aplicarán aquellas instrucciones previas "contrarias al ordenamiento jurídico o a la *lex artis*". Está claro que en este país tanto el ordenamiento jurídico como la *lex artis* han sido paternalistas y han hecho muy difícil, cuando no imposible, la autogestión del cuerpo, de la sexualidad, de la vida y de la muerte. Luego el médico, e incluso el juez, siempre podrán interpretar que una instrucción previa no es de aplicación cuando va en contra de lo que ha sido



la práctica usual en medicina, o de lo que estipula la ciencia médica como tratamiento indicado para una enfermedad. ¿En qué queda la voluntad de paciente?

La historia de valores y sus problemas

En la relación clínica tradicional, los valores del paciente no han jugado ningún papel relevante. Y ello porque se partía de tres supuestos que hoy no son defendibles. Primero, que los valores son objetivos y que, por tanto, todo el mundo ha de tener los mismos, a no ser que esté loco o sea un insensato. Segundo, que quien conoce esos valores objetivos es, en este caso, el profesional, que para eso se le ha formado. El paciente no puede saber lo que es bueno para él, precisamente porque no sabe medicina. El médico es quien tiene que definir lo que es el bien

del paciente, no el paciente mismo. Al paciente sólo puede hacerse caso cuando quiere lo mismo que el médico, y entonces su opinión es irrelevante. Cuando, por el contrario, quiere algo contrario a lo que dicta la medicina, hay que tratarlo como un incapaz de hecho. Por tanto, su opinión es unas veces irrelevante y otras improcedente. Y tercero, que en una sociedad tradicional, como ha sido la nuestra hasta hace escaso tiempo, existe una gran uniformidad de valores, de modo que cuando el médico incluye los suyos en el proceso de toma de decisiones, puede suponer razonablemente que está incluyendo también los del enfermo. Pero en una sociedad pluralista, como son todas las occidentales modernas, se ha roto esa uniformidad y ya no puede pensar el profesional que incluyendo sus valores en la decisión está incluyendo también los del paciente.

Esto obliga a introducir importantes cambios en la relación clínica. Además de la anamnesis de síntomas, puede y debe haber una anamnesis de valores. La anamnesis no puede ni tiene que limitarse a los hechos percibidos por el paciente en relación a su enfermedad, sino también a los valores relacionados directa o indirectamente con ella. Necesitamos una nueva anamnesis, para un nuevo tipo de medicina y de asistencia sanitaria.

La planificación anticipada comprende las llamadas instrucciones previas o voluntades anticipadas

¿Qué es una historia de valores? Algo muy sencillo. Tanto, como preguntar por las preferencias que tienen los pacientes respecto al manejo de su enfermedad. Puede ser una simple hoja en blanco en la que se apuntan los valores expresados por el paciente. Es lo que cabe llamar historia de valores desestructurada. Pero hay, como no podía ser menos, historias de valores estructuradas. Son el mejor complemento a las voluntades anticipadas o directrices previas. Si queremos que las personas puedan gestionar su vida incluso cuando ya no son capaces para ello, si el respeto de la autonomía queremos llevarlo no sólo a las decisiones presentes sino incluso a las futuras, si creemos en la llamada "autonomía prospectiva", entonces es necesario que incluyamos como un elemento esencial de la relación clínica la exploración de los valores. Sólo así conoceremos de veras a los pacientes y podremos entender y respetar sus decisiones, sin pensar, como tantas veces sucede, que cuando éstos desean cosas que a nosotros no nos parecen convenientes, es porque están trastornados o carecen de capacidad. Tenemos que convencernos de que las decisiones de sustitución en principio no deben tomarse

“en beneficio” del paciente, porque puede ser que lo que nosotros consideramos su beneficio no lo sea para él, sino de acuerdo con los valores del paciente. Esto es lo que en la literatura se conoce como “decisión vicaria o de sustitución”, ya que quien toma la decisión lo hace poniéndose en el lugar del paciente, en vez de hacerlo con el clásico criterio de su “mejor o mayor interés”.

La planificación anticipada de la atención

Esto es lo que en la literatura norteamericana se conoce con el nombre de *advanced care planning*. Su objetivo es cambiar la estrategia de manejo de las fases finales de la vida por parte de los profesionales. Es frecuente que éstos apliquen a tales enfermos las terapéuticas convencionales para sus patologías, como si se tratara de personas en cualquier otra fase de la vida. La planificación anticipada de la atención pretende que tal estrategia se cambie por otra en la cual los médicos tengan en cuenta no sólo la situación clínica de los pacientes, sino también su esperanza de vida, sus preferencias y valores.

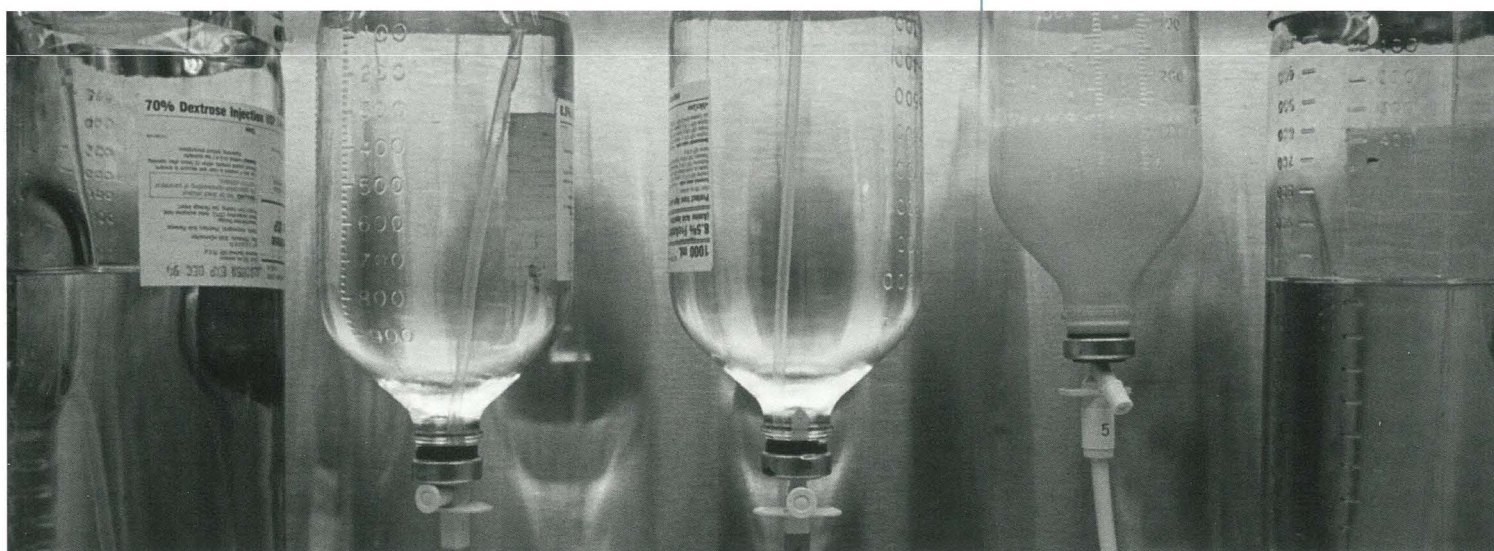
Naturalmente, la planificación anticipada comprende las llamadas instrucciones previas o voluntades anticipadas, tanto escritas como orales, así como el nombramiento de representantes con los que analizar el curso del paciente y las

decisiones a tomar. Pero no se limita a esto. Los propios representantes serán tanto más eficaces para el médico, cuanto más se hayan integrado en el proceso previo de interacción con el médico y el propio paciente. La planificación anticipada comienza antes de que entre en escena el representante y, desde luego, antes de que el paciente

redacte las instrucciones previas. Es todo un estilo de relación clínica. No se trata tanto de un documento cuanto de un estilo, de un modo de relacionarse con el paciente. Dicho de otro modo, no se trata de un acto

sino de un proceso. Rellenar y firmar las voluntades anticipadas es un acto, en tanto que la planificación anticipada de la atención es un proceso en el tiempo.

El dolor a tener en cuenta no es sólo el físico sino también el emocional y el espiritual



La práctica de la sedación terminal

Los puntos anteriores, como se habrá podido advertir, tienen que ver no tanto con cambios jurídicos cuanto con estilos o modos nuevos de relación clínica. De lo que se trata es de modificar nuestras conductas, nuestros hábitos. Pero hábito o costumbre es el origen etimológico tanto del término griego "ética" como del latino "moral". Es más un problema moral que jurídico.

Esto mismo sucede con la sedación terminal. Se entiende por sedación terminal la privación deliberada de la conciencia de los pacientes a fin de controlar sus síntomas, cuando las otras estrategias de intervención y control han resultado ineficaces o insuficientes. El síntoma más frecuente es el dolor, pero hay otros, como la disnea, el distrés respiratorio, el delirio o las náuseas. Por otra parte, el dolor a tener en cuenta no es sólo el físico sino también el emocional y el espiritual. Esto último es motivo de amplia controversia, pero ésta no debería servir por ahora para prohibir en esos casos el procedimiento, sino

Los cuidados paliativos han sido desde sus orígenes un movimiento con profundas raíces éticas y humanizadoras



para dejarlo a la libertad de conciencia de los pacientes o de sus representantes. Dentro de este grupo del llamado dolor psíquico y espiritual hay que incluir el cansancio emocional producido por la lucha contra la enfermedad. Esto que los anglosajones llaman *emotional exhaustion*, es un factor importantísimo a tener en cuenta.

Si se piensa serenamente, se verá que la sedación terminal es una vía intermedia, sensata y prudente, entre los dos extremos, la obstinación terapéutica, por una parte, y el suicidio asistido y la eutanasia, por otra. Es una manera técnicamente correcta y humanamente digna de manejar las situaciones finales de la vida más complicadas y rebeldes. A mi modo de ver, el mejor complemento de unos buenos cuidados paliativos. Lo ideal, es que este tema entrara como elemento fundamental en todo el proceso de planificación anticipada de la atención, y que de él quedara clara constancia en las instrucciones previas del paciente. No es bueno que el médico tome estas decisiones, al menos cuando no se trata de dolor estrictamente físico, sin el consentimiento explícito del paciente.

Podemos decir, a modo de conclusión, que los cuidados paliativos han sido desde sus orígenes un movimiento con profundas raíces éticas y humanizadoras. Toda la filosofía de los cuidados paliativos puede resumirse en

tres puntos: primero, control de síntomas, yendo por delante de ellos; segundo, comunicación siempre abierta; y tercero, apoyo emocional. Hoy estos tres puntos son considerados elementos irrenunciables de cualquier programa de humanización de la asistencia sanitaria. No se trata de reformarlos o de ir más allá de ellos. Se trata de que para ponerlos adecuadamente en obra, para hacerlos realmente eficaces y efectivos, es necesario contar con una legislación mejor que la que tenemos, introducir en nuestra rutina la historia de valores, ir hacia lo que se llama planificación anticipada de la atención, y, finalmente, hacer accesible a todos los pacientes que lo necesiten el procedimiento de la sedación terminal.

Los cuadros reproducidos en las páginas 24 y 28 son obra de Edvard Munch: "La cama de la muerte", 1885, Rasmus Meyer Collection, Bergen, y "Muerte en la habitación de la enfermedad", 1895, National Gallery, Oslo.

La Fundación de Ciencias de la Salud, en colaboración con la Fundación para la Formación de la OMC (Organización Médica Colegial), está trabajando en la segunda edición de las *Guías de Ética en la Práctica Médica*, que en este caso versará sobre la ética en los cuidados paliativos.

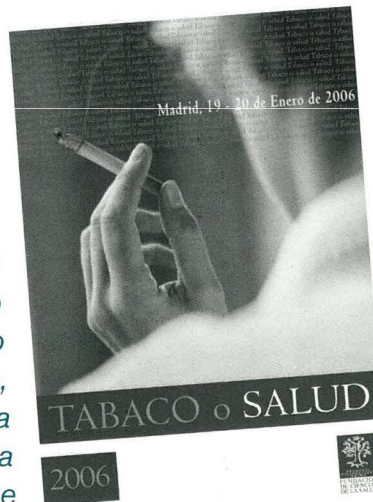
El grupo interdisciplinario encargado de la elaboración de esta guía está compuesto por paliativistas, médicos generales, psicólogos, bioeticistas y juristas y el método de trabajo, como en otras ocasiones, se basa en la deliberación ética. Y esto porque en problemas relacionados con la bioética es frecuente que existan posturas múltiples y, sobre todo, extremas. Entre otras, la postura "beligerante" y la postura "indiferente". De esta manera, se propone la "deliberación" como método de trabajo, teniendo en cuenta que su finalidad no es sólo el consenso sino la prudencia. Esta nueva *Guía de Ética en la Práctica Médica* permitirá al médico un manejo no sólo técnico, sino moral y legal adecuado de situaciones clínicas que puedan darse en las unidades de cuidados paliativos, implantados en algunos de los hospitales españoles a partir de los años ochenta.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo último prevenir y aliviar el sufrimiento y en el caso de enfermos al final de la existencia, ayudarles a morir en paz.



TABACO O SALUD 2006

Investigadores y sanitarios defienden que el abordaje del tabaquismo debe hacerse desde múltiples perspectivas, que incluirían medidas tales como campañas de información, prevención, tratamiento farmacológico para quienes se hayan iniciado en el hábito y otras medidas administrativas, como la defensa de espacios sin humo. La reciente Ley Antitabaco viene a confirmar la necesidad de establecer medidas legales que garanticen el cumplimiento de estas premisas. Pocos días después de su puesta en marcha, se celebró esta reunión con un sugerente título que no da pie a dudas: tabaco o salud. Ésa es la elección.



Desde hace unos meses, es frecuente en nuestro país ver una imagen antes anecdótica: personas fumando en la calle en plena jornada laboral, una pausa para encender el cigarrillo que antes se apuraba en la mesa de trabajo. Varios meses después de la entrada en vigor de la Ley Antitabaco, algunos de sus resultados empiezan a ser visibles. Aunque aún queda un largo camino por recorrer, desde el inicio de este año parece que se ha reducido el consumo de tabaco y que la medida ha tenido un apoyo social importante.

Los datos que aporta la OMS contribuyen posiblemente a este apoyo de la población: el consumo de tabaco es responsable del 90% de la mortalidad por cáncer de pulmón y del 50% de la mortalidad cardiovascular, y "la exposición al aire contaminado con humo del tabaco es carcinogénica en los seres humanos".

En España, cada año, el 16% de las muertes ocurridas en personas mayores de 35 años están relacionadas con el consumo de cigarrillos.

Sólo unos días después de la entrada en vigor de la Ley, tuvo lugar el foro de discusión *Tabaco o Salud 2006*, un encuentro entre distintos especialistas, continuación del ya organizado en 2004 bajo el mismo título. A la sombra de la nueva Ley, profesionales sanitarios se ocuparon de las medidas de prevención y evaluación del tabaquismo, de conocer los planes de actuación de los distintos colectivos y de actualizar los conocimientos terapéuticos.

Manuel Oñorbe, director general de Salud Pública y encargado de abrir el acto, afirmó que el tabaquismo es el primer problema de salud pública prevenible, y recordó que, si bien la puesta en marcha de la Ley no fue tarea sencilla, el momento si había sido el idóneo: más de un 50% de la población aprobaba sus contenidos y muy pronto encontró el apoyo de los grupos profesionales.

¿Estamos preparados para poner en práctica la nueva Ley Antitabaco?

Hace sólo dos años España aparecía en la última posición de la UE en cuanto a la evaluación de las medidas de protección frente al tabaquismo y en las restricciones en la regulación de publicidad, esponsorización y patrocinio del tabaco. "A comienzos de los 90, la industria del tabaco elaboró nuevos planes de acción para adecuarse a las restricciones que poco a poco las administraciones comenzaban a crear. Una de sus estrategias era defender la libertad de elección del ciudadano, creando grupos de presión para defender el argumento de la intolerancia, como ahora está sucediendo en determinados foros", asegura Teresa Salvador, Asesora Independiente de Promoción de la Salud y Miembro del Comité Nacional para la prevención del Tabaquismo (CNPT).

Sin embargo, los resultados demuestran que las políticas de prevención y deshabituación tabáquica sí son eficaces. Francia, que a principios de los 90 introdujo una Ley parecida a la existente actualmente en nuestro país, ha conseguido reducir el consumo de tabaco en un 14% en apenas dos años, afirmó Salvador.

El descenso de la prevalencia de tabaco no pone en riesgo la salud económica de España

Otro de los argumentos esgrimidos por la industria tabaquera es el inevitable descenso de la economía. Sin embargo, el descenso de la prevalencia de tabaco "no pone en riesgo la salud económica de España": los impuestos del tabaco suponen menos del 2% del total que el Estado recauda por impuestos generales, y una parte igual lo invierte en el gasto sanitario que provoca el tabaquismo.

Por otro lado, el apoyo de la población parece evidente: existen 10 millones de fumadores en España de los que un 66% afirma querer dejar de fumar. El problema se plantea sólo en la población más joven pues los escolares no perciben el tabaquismo como un riesgo real, algo que sí ocurre con las drogas ilegales. "La Ley no es perfecta, pero sí es un gran punto de arranque", concluye la experta.

El impacto de la Ley en las empresas

Leopoldo Sánchez Agudo, Jefe de Neumología del Hospital Carlos III, trabaja desde hace muchos años en el ámbito de la prevención y la deshabituación tabáquica. Recordó que fue en 1981 cuando por primera vez se planteó en la bibliografía que el tabaco era nocivo para la salud. Pocos años después, la industria tabaquera reaccionó y se ocupó de lanzar una campaña en la que se informaba de que este tipo de trabajos era una fuerte amenaza para "el desarrollo del tabaco".

Actualmente, todos los países desarrollados son conscientes de la necesidad de regular el consumo de tabaco en espacios públicos y laborales y de promover campañas de información para prevenir

tanto el inicio del consumo como su abandono. Según Sánchez Agudo, no hay duda de que "aplicar la legislación tiene beneficios evidentes en los trabajadores: aumenta el bienestar, mejora la productividad, reduce el coste sanitario y las indemnizaciones por absentismo,...".

Se ha comprobado que el coste de la aplicación de la Ley será siempre beneficioso, pues aunque se invierta un número de minutos en fumar (se ha estimado en 30 al día) el coste será siempre menor al derivado del absentismo por tabaquismo.

Por otro lado, la Ley contempla incentivos para la empresa y las Instituciones, pero faltan alicientes para el trabajador. Sería necesario que las empresas se implicaran en dar ayuda al fumador en el abandono de su hábito, pues si no, se corre el peligro de que éste asuma un papel de víctima de la Ley, posición con gran calado en una sociedad que tiende a apoyar a los más débiles. En realidad, concluyó, esta Ley le va a ser de gran ayuda: el fumador sólo es víctima de su dependencia.

La reforma de la publicidad

La publicidad es uno de los motivos que contribuye al inicio del consumo de tabaco, especialmente en jóvenes. Pero ¿se puede controlar? Miguel Barrueco, del Hospital Universitario de Salamanca, fue tajante: "nadie duda de que la publicidad tiene un peso enorme en la sociedad y si el tabaquismo es una enfermedad, la publicidad es su vehículo transmisor". Sólo en EE.UU., la industria del tabaco, gasta un millón de euros por hora en anunciarse. Una cifra superior al gasto en Salud Pública de la India y mil veces superior al dinero que destina la OMS a la lucha contra el tabaquismo.

"La historia de la publicidad del tabaco es la historia de una gran mentira". Ahora, aunque públicamente la industria asegura que su único objetivo es el adulto, sus documentos internos demuestran que los jóvenes son a quien dirigen la mayoría de sus campañas. Son grupos objetivo los niños, jóvenes,



De izquierda a derecha: Teresa Salvador, Diego Gracia, M^a Ángeles Planchuelo y Rodrigo Córdoba

mujeres y, cada vez en mayor medida, los habitantes de países en desarrollo.

Las técnicas publicitarias que utilizan asocian el tabaco con una buena comida, una copa con los amigos, situaciones de relax... Y cuando la publicidad no puede ser directa, se alía con otras industrias: "Hay una estrecha relación entre el mundo del cine y la industria del tabaco que, de hecho, ha financiado a productores y a actores de Hollywood". Un "matrimonio" que también ha funcionado en dibujos animados y en películas dirigidas a adolescentes: "el tabaco es rebeldía, aventura, glamour..."

Desde hace algunos años, la contrapublicidad del tabaco ha generado también una

serie de imágenes que contrarrestan las situaciones ideales del fumador: el paisaje de Marlboro es un cementerio y los jóvenes fumadores aparecen con dientes amarillentos y dedos sucios. Pero para Miguel Barrueco, "en el balance de publicidad frente contrapublicidad

El objetivo de la publicidad son niños, jóvenes, y mujeres y, en mayor medida, los habitantes de países en desarrollo

tenemos las de perder, ya que la industria del tabaco invierte mucho más dinero y para frenar estas campañas se necesita una solución política". De ahí que la Ley prohíba la publicidad, aunque con aún algunas fisuras, como la disposición que permite la publicidad ligada a los deportes del motor durante los próximos tres años.

¿Qué medidas de prevención funcionan?

Esteve Saltó, de la Dirección General de Salud Pública de Cataluña, refirió las medidas de prevención del tabaquismo que han demostrado su eficacia. A corto plazo, la más influyente es el aumento del precio de las cajetillas de tabaco: un aumento de precio de un 10% comportaría una reducción del consumo en torno al 3,7%. "Los países con precios más elevados poseen un índice manifiestamente menor de fumadores", afirmó.

La segunda medida es la prohibición de la publicidad del tabaco y la promoción de ambientes sin humo. También parece demostrado que las campañas de divulgación e información son eficaces si forman parte de un buen programa escolar que persiga el objetivo de impedir que los niños se inicien en el consumo de tabaco. Los mensajes son importantes y hay que fomentarlos incluso en las cajetillas. Para este experto "quizá su efecto sea menos tangible, aunque más importante de lo que se piensa".

La evaluación del fumador

En el proceso de ayuda al abandono, ciertos datos del fumador pueden ser de gran utilidad. Existe un componente biológico, social y psicológico que debemos tener en cuenta, aunque si no se dispone de las herramientas o del tiempo necesario para realizar esta evaluación en las consultas, no es excusa para no iniciar un tratamiento con fumadores. Así lo afirmó José Carreras Castellet, del Hospital Carlos III de Madrid. "No existe, o es escasa, la evidencia en relación a que una evaluación especializada del fumador permita ajustar el tratamiento", aclara el Dr. Carreras.

Un cigarrillo tiene más de 5.000 compuestos distintos de muy diversa índole, y no todos son sencillos de analizar



De arriba a abajo, Manuel Oñorbe, Richard Hurt y Esteve Saltó

Sin embargo, ciertos datos del fumador sí pueden tener valor pronóstico, por lo que adquirirían una validez clínica. Por ejemplo, la motivación del fumador, saber que está preparado para un cambio, el apoyo social. "Otra cosa es que los tests que utilizamos para valorar estos factores sean los adecuados para nuestro entorno", añade.

Igualmente, aparecen factores predictores negativos, como la alta dependencia a la nicotina, la comorbilidad con enfermedades psiquiátricas o altos valores de estrés. "En la entrevista, afirmó, se pueden conocer otro tipo de problemas psicológicos como la ansiedad, la irritación o la depresión, desórdenes que incluso pueden ser tratados a lo largo del proceso". En el futuro, será posible perfeccionar estos test con el objetivo de personalizar el tratamiento.

Parámetros biológicos

Los marcadores biológicos de la exposición al humo del tabaco van a tener diferentes aplicaciones: medición del grado de tabaquismo, verificar la abstinencia tabáquica y reforzar la motivación. Cuando se intenta analizar las interacciones que produce el tabaco en el organismo de quien lo fuma, nos encontramos con un problema: un cigarrillo tiene más de 5.000 compuestos distintos de muy diversa índole, y no todos son sencillos de analizar, afirmó el doctor Juan Luis Rodríguez Hermosa del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Se pueden distinguir varios tipos de marcadores biológicos por el humo del tabaco: de exposición, que van a propiciar la cuantificación de una sustancia en el organismo y marcadores según el daño que producen en el organismo. "Pero aquí encontraríamos un problema: determinadas enfermedades son producidas por el humo del tabaco, pero también por otra serie de hechos diferentes al hábito", apunta el doctor Rodríguez Hermosa. El último marcador hace referencia a la susceptibilidad individual al tabaco, motivo de investigación en los últimos tiempos. Se cree que hay personas más propensas que otras a hacerse adictos a la nicotina o a desarrollar un determinado daño por los efectos del tabaco.

"Centrándonos en los marcadores biológicos que se refieren al diagnóstico del tabaquismo, el marcador ideal sería el más sensible, de manera que fuera

El tratamiento de la dependencia al tabaco debería iniciarse después de llevar a cabo una evaluación psicosocial del fumador

capaz de detectar con facilidad el amplio rango de fumadores, tanto los leves como los más importantes", defiende este experto. Y aunque el marcador biológico ideal no existe, destacó dos por su utilidad práctica: la cooximetría y la cotinina. La determinación de la cooximetría es un método barato y de fácil utilización que, además, ofrece resultados inmediatos. La medición depende del número de cigarrillos fumados, inhalaciones, tipo de tabaco consumido... "pero uno de sus inconvenientes es que no discrimina entre tabaquismo activo y exposición ambiental". El otro medidor más interesante es la cotinina. "Posee una vida media mucho más larga que la nicotina y aparece muy rápido en sangre.

Llega a permanecer en el organismo por encima de los cuatro días, lo que facilita mucho la determinación en saliva, sangre, orina o líquido amniótico".

¿Tratamientos "a medida"?

Es sin duda una de las preguntas que se han venido haciendo los expertos desde hace algunos años. Es necesario conocer si todos los tratamientos tienen la misma eficacia en todos los fumadores o si existen algunas características que los hagan más susceptibles a uno u otro. Carlos A. Jiménez Ruiz comentó que desde la Unidad Especializada en Tabaquismo de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad Autónoma de Madrid se ha iniciado un estudio con el que se han obtenido resultados muy significativos. El objetivo fue analizar la relación entre el grado de dependencia física

que tiene el fumador sobre la nicotina, la relación entre el tipo de recompensa que obtiene cada vez que consume un cigarrillo y el resultado del tratamiento a los seis meses de seguimiento.

Para cumplir estos objetivos "indagamos en el conocimiento de su recompensa. Si recibía una gran satisfacción en determinados momentos, decimos que el sujeto fuma por refuerzo positivo. Pero si señala que fumar le ayuda a combatir la ansiedad, la irritabilidad o el nerviosismo, decimos que el sujeto fuma por refuerzo negativo". El 40% manifestó que fumaba por refuerzo positivo y el 60% lo hacía por refuerzo negativo.

La mayor parte de la muestra recibió terapia (tratamiento con sustitutivos de nicotina, bupropión o terapia combinada) y sólo el 7% recibió únicamente tratamiento psicológico. Al cabo de seis meses de seguimiento, el 43% de los sujetos presentaba abstinencia continua. En cuanto a la eficacia del tratamiento farmacológico, "encontramos que aquellos sujetos que lo habían utilizado multiplicaban por cuatro sus posibilidades de dejar de fumar frente a los que sólo recibieron ayuda psicológica", afirmó el doctor Jiménez Ruiz.

Nuevos datos en la investigación de los circuitos de recompensa cerebral

La nicotina actúa sobre los neurotransmisores y sobre una serie de guías que existen a nivel cerebral, produciendo adicción y dependencia. "Estos mecanismos de actuación se han descifrado a través de modelos de animales, con modelos de autoadministración, que poseen un alto valor predictivo para drogas de abuso en humanos" expuso el doctor José Ignacio de Granda, del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla de Madrid.

"La nicotina actúa de forma diferente dependiendo de su consumo. En fase aguda, actúa con una reducción general de la actividad cerebral, activación del córtex prefrontal, tálamo y la vista, y con aumento de la concentración de dopamina en ATV y núcleo accumbens. Y para una fase crónica encontraremos que la nicotina genera una disminución de la actividad de MAO A y B en los ganglios basales y una disminución de los receptores de Acetilcolina alfa4 beta2, preferentemente en tálamo y putamen", comenta este especialista.



Narciso Santana

La experiencia en Navarra

Navarra es una de las primeras Comunidades Autónomas que puso en marcha un Plan contra el tabaquismo. En 1994 se inició el primer programa piloto de ayuda en el ámbito de la Atención Primaria y la Salud Laboral que dio pie al Plan Foral de Acción de tabaquismo. Para Narciso Santana, los ejes en los que se basa son esencialmente tres: prevención al inicio del consumo, ayuda a dejar de fumar y espacios públicos y laborales sin humo.

La lucha se mueve en varios frentes, particularmente en los colegios (con la educación sanitaria) y en los centros de Atención Primaria (con la financiación de medicamentos para la deshabituación tabáquica). Los resultados han mostrado el éxito de conjugar estas dos acciones.

En este mismo sentido, analizó los efectos del bupropión. "Su principal modo de acción es sobre el síndrome de abstinencia ya que con su posibilidad de antagonizar los receptores nicotínicos atenúa las propiedades reforzadoras de la nicotina".

Relacionando la farmacogenética con los tratamientos sustitutivos de nicotina (TSN), también encontraríamos algunas conclusiones interesantes. Así, el doctor De Granda sugiere

Luchar desde todos los frentes

El punto final a esta Jornada se puso desde las distintas Sociedades Científicas implicadas activamente en prevenir y tratar el tabaquismo. Cardiólogos, neumólogos, médicos de familia, médicos rurales, farmacéuticos... son algunos de los colectivos.

Desde la SEPAR, Juan Antonio Riesco recalcó la importancia de intervenir en pacientes hospitalizados o en preoperatorio. María Ángeles Planchuelo, de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo, resaltó que el tabaquismo no es un problema médico, sino social, pero que corresponde a los sanitarios encauzar todos los eslabones de la sociedad. Desde la SEMFYC, Francisco Camarells, Coordinador del Área de Tabaquismo, comentó que se aboga por la formación de equipos multidisciplinares de profesionales de medicina, enfermería y farmacia.

Víctor López, Presidente de la Sección de Tabaquismo de la SEC, reconoció que los cardiólogos no se han implicado tanto como otros especialistas en este aspecto, quizá porque los fumadores llegaban al cardiólogo en segunda instancia, pero advirtió de que la SEC ha trabajado intensamente para que el tabaquismo también estuviera reflejado en el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica. El Dr. Díaz-Maroto, Coordinador del Grupo de Tabaco de la SEMERGEN, puso énfasis en que desde su sociedad se pretende que el abordaje sea idéntico al de cualquier patología crónica, incluyendo educación para la salud y acciones en los centros de enseñanza.

Por último, Ana María Quintas, de la Sociedad Española de Farmacéuticos Comunitarios, defendió las posibilidades de actuación que tienen los farmacéuticos de llevar a cabo educación sanitaria desde los mostradores de la oficina y la labor de seguimiento que pueden llevar a cabo para evitar recaídas.

que "la eficacia de la farmacoterapia estaría influenciada por factores genético-biológicos diferentes en hombres y en mujeres. El estudio más reciente, publicado este mismo año, apunta que el tratamiento con bupropión es más favorable en pacientes fumadores homocigotos para el alelo DRD2-141 Ins C, pero en cambio la utilización del tratamiento sustitutivo de nicotina sería beneficiosa en los portadores del alelo Del C.

Bupropión: experiencia en el tratamiento

En 1998 en el estado de Minnesota (EEUU) se llevó a juicio a las compañías tabaqueras. Un día antes del veredicto las partes llegaron a un acuerdo por el que las tabaqueras se comprometían a pagar a los afectados más de 6.000 millones de dólares en un plazo 25 años. La cantidad superaba con creces los 1.300 millones de dólares que el Estado reclamaba inicialmente. Pero el mayor logro fue sacar a la luz millones de documentos que revelaban el conocimiento que tenían las tabaqueras sobre la adictividad del tabaco y cómo habían ocultado esos datos durante años. Desde ese momento, el Centro de Dependencia a la Nicotina de la Clínica Mayo en Rochester (Minnesota) ha investigado profundamente la dependencia y los mecanismos para deshabituarse del tabaco. Este centro lo dirige Richard Hurt, que en aquel juicio histórico testificó en contra de las tabaqueras.

La nicotina tiene un efecto poderoso sobre el cerebro y todo el sistema nervioso. La tolerancia empieza con la primera dosis y pronto se desarrolla la adicción hasta precisar dosis cada vez más elevadas. "Su efecto es inmediato, mucho más que en el caso de las drogas intravenosas", aclara el doctor Hurt. "El abordaje terapéutico incluiría dos líneas de trabajo. La primera, chicles de nicotina, parches, sprays nasales, inhaladores de nicotina o bupropión. La segunda, tratamientos con clonidina o nortriptilina". Para este especialista, correspondería al médico seleccionar el tratamiento y su dosis, dependiendo del historial del paciente, aunque debe señalarse que las terapias de primera elección son los parches de nicotina y el bupropión.

La nicotina actúa sobre los neurotransmisores produciendo adicción y dependencia

Según la experiencia del doctor Hurt, "bupropión ofrece una buena respuesta asociada a la dosis, atenúa la ganancia de peso, es más efectivo que los parches de nicotina, retrasa las recaídas y se puede utilizar en diferentes grupos poblacionales con resultados comparables" y recalcó que, según los resultados obtenidos en la clínica Mayo "es muy importante la institucionalización del paciente, incluyendo asesoramiento individual, grupos de apoyo, líneas telefónicas especiales...". Una experiencia terapéutica que puede guiar muchas de las estrategias que se van a llevar a cabo en nuestro país.

Las jornadas Tabaco o Salud 2006 se celebraron en Madrid los días 19 y 20 de enero de 2006

MARINA GELI



**a promoción de la salud y la prevención
deben tener la misma importancia que
la asistencia**

“La salud pública y los centros de salud han de ser la gran prioridad del sistema”

MARINA GELI

CONSEJERA DE SALUD DE LA GENERALITAT DE CATALUÑA

Uno de los puntos prioritarios que se ha marcado el Departamento de Salud del gobierno catalán es situar a los ciudadanos como protagonistas directos del sistema de salud.

Una idea que Marina Geli defiende en todos los foros, y aunque parezca sencilla, supone el germen de los cambios que se están llevando a cabo. La Consejera defiende la necesidad de informar a los pacientes y la prioridad de promover acciones de prevención de la salud. Conoce bien los problemas a los que se enfrenta porque ha ejercido la Medicina durante años, por eso quienes la conocen dicen que es concreta y clara y, como buena gerundense, muy práctica.

Usted es médico y eso le permite conocer mejor los problemas de los profesionales sanitarios ¿hasta qué punto es importante el papel del facultativo para mejorar el sistema?

Los actores del sistema sanitario son el ciudadano y los profesionales. El ciudadano como eje del sistema y los profesionales como motores, potenciando o creando mecanismos de participación, consulta e interacción.

No hay que olvidar que el paciente va a visitar al médico, no al sistema, y eso significa que se establece una relación de gran confianza, como queda reflejado en las encuestas, en las que siempre otorgan la puntuación más alta al trato recibido por parte de los profesionales, médicos o personal de enfermería.

El aumento de la demanda y unos ciudadanos cada vez mejor informados y más exigentes, aparte de una década de falta de previsión, nos han llevado a “una crisis de crecimiento”, que estamos resolviendo para generar, con la participación de todos, confianza en el futuro.

Dentro del informe que encargó sobre cómo mejorar la sanidad, se hacía referencia a controlar el uso que la población hace de los sistemas sanitarios. ¿De qué manera se implementaría esta idea?

La suficiencia financiera, la mejora de la oferta, debe ir acompañada de ordenación de la demanda. En un sistema de acceso universal, libre, sin ningún filtro el exceso de demanda injustificada es el mejor aliado para la pérdida de calidad.

Necesitamos un pacto con los ciudadanos para el buen uso de los servicios de salud y de los medicamentos, pues, en definitiva, son consumidores y propietarios. Si no es efectivo el sistema, deberá plantearse algún tipo de filtro.

Cuando tengamos una oferta más adecuada a la demanda será el momento de plantearse, como han hecho la mayoría de países europeos, la conveniencia de implantar medidas para evitar la accesibilidad sin control al sistema sanitario, como ocurre actualmente. Pero este elemento regulador no tiene por qué ser económico, sino que se podría estudiar la idea de implantar, como ya se hace en Suecia y con muy buenos resultados, un filtro fundamentalmente telefónico, atendido por personal de enfermería, que orienta las demandas de visitas médicas de los ciudadanos.

Cuando asumió el cargo, le preocupaba la falta de dinero para financiar la sanidad. ¿Sigue siendo uno de sus motivos de preocupación?

Veinte años después de la Ley General de la Sanidad, el nivel sanitario español es bueno, así como los indicadores de salud, y además es eficiente, según diferentes estudios nacionales e internacionales.

Por ello, con la seguridad de que el modelo no debe cambiarse en lo esencial, es el momento de efectuar innovaciones en este modelo y en su financiación. Las razones para los cambios son múltiples: crecimiento demográfico, envejecimiento de la población, aumento constante de la demanda, rápida y continuada innovación tecnológica y farmacológica, profesionales con escasos incentivos, insuficiencia financiera, etc.

Actualmente ofrecemos un catálogo de prestaciones y servicios elevado, con un gasto inferior al que le correspondería. Por tanto, el horizonte de recursos económicos al que debemos aspirar es situarnos en la media europea. Pasando de los 1000 euros anuales/persona a unos 1500 euros anuales/persona en ocho años. Y éste incremento de recursos debe venir de presupuestos generales –Estado y CCAA–, de impuestos especiales finalistas, sobre todo de tabaco y alcohol.

¿Cuál sería su propuesta respecto a la Carrera del profesional sanitario?

El Departament de Salut ha estado trabajando desde hace más de dos años en tres importantes iniciativas: el acuerdo para la planificación y el desarrollo profesional, la negociación del convenio con la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública y las negociaciones con la Mesa sectorial de negociación de l'Institut Català de la Salut. En el ámbito del desarrollo profesional, estamos revisando las políticas de recursos humanos, de cara a establecer marcos reales de motivación de los profesionales, ofreciéndoles autonomía, participación en las decisiones de gestión, incentivos económicos por objetivos, formación continuada, revalorización social de su profesión y posibilidad de innovar e investigar.

Y el colectivo médico ¿cuál es su relación con él?

Hemos vivido un conflicto de grandes proporciones e impacto del colectivo médico, que ha evidenciado problemas estructurales de larga

evolución, con la característica adicional de que algunos de éstos problemas no afectan solamente a los médicos.

Se trata de aspectos globales, frecuentemente anunciados, con causas multifactoriales, que incluyen aspectos sociales y de mercado de trabajo, el aumento exponencial de necesidades, una gestión generalmente poco participativa, la falta de formación adaptada a nuevas perspectivas, y no podemos olvidar que ha habido falta de liderazgo efectiva, y también un abandono de responsabilidades de administraciones sanitarias desde hace muchos años, y que puede explicarnos el malestar generalizado de la profesión.

Una crisis de tanta complejidad ha requerido un gran esfuerzo por nuestra parte para evitar el perjuicio de los usuarios, que son quienes más han sufrido estos días, y un ejercicio de responsabilidad, estableciendo objetivos y propuestas a corto, medio, y largo plazo, y con una visión global que aborda de manera efectiva todas las cuestiones pendientes. Creo que los profesionales han apreciado nuestro enfoque positivo y al final han estado de acuerdo en convertir este gran problema de varios años en una oportunidad para el futuro.

En Cataluña el sistema sanitario costea los tratamientos para la desintoxicación tabáquica de los trabajadores de la sanidad pública y del personal administrativo de la Generalitat. ¿Ampliará estos colectivos?

Algunos de los ejes de la política de prevención y control del tabaquismo en Cataluña son la prevención del inicio del tabaquismo en la población adolescente y joven y, por supuesto, la promoción del abandono del hábito tabáquico en la población fumadora. Actualmente, como usted comenta, la ayuda a la

En el curso de este año los programas de atención al fumador se ampliarán con el fin de atender a todos los pacientes ingresados

deshabitación tabáquica se ofrece a los trabajadores de la sanidad pública y al personal administrativo de la Generalitat, pero también se está dando a aquellos pacientes fumadores ingresados en alguno de los hospitales que forman parte de la red de hospitales libres de humo. En el curso de este año los programas de atención al fumador se ampliarán con el fin de atender a todos los pacientes ingresados.

Independientemente de estos programas específicos, contamos con una red de centros de atención primaria sin humo en los que el fumador recibe consejo, intervención de su médico y un seguimiento particular para cada caso. También disponemos de la red de hospitales libres de humo en los que, como le comentaba anteriormente, se hace un abordaje directo de los pacientes y, finalmente, las unidades de referencia en las que el paciente recibe un tratamiento especializado.

¿Cuál es la situación de los inmigrantes como usuarios del sistema sanitario en Cataluña?

En Cataluña, hay más de 7 millones de personas con derecho a ser atendidas por la sanidad. Esto supone casi un millón de personas más que las censadas oficialmente y medio millón de personas más que la población protegida reconocida en el modelo de financiación de las Comunidades Autónomas.

Además, hay que tener en cuenta que, en un futuro no muy lejano, se prevé que Cataluña llegará a los 7,5 millones de personas debido, sobre todo, a la oleada migratoria.

Los inmigrantes acuden a los centros sanitarios en muchas ocasiones con pocos conocimientos lingüísticos y con temor a no ser comprendidos. Además del idioma se producen diferencias culturales que el profesional debe comprender para ofrecer una atención sanitaria correcta al paciente. Debe producirse un vínculo que permita la continuidad asistencial, un seguimiento del tratamiento, la instauración de pautas preventivas y tener en cuenta el proceso de adaptación del inmigrante.

Dada la presencia creciente en Cataluña de personas llegadas de otras culturas, estamos trabajando en diferentes soluciones para establecer éste vínculo. Una es la mediación intercultural, que puede ser de gran utilidad si se definen bien sus tareas. En países europeos con más tradición migratoria éste sigue siendo un tema de debate con los profesionales del sector.



Ha afirmado que es necesario “reconducir” el Consejo Interterritorial para que represente “a instituciones, no a partidos políticos”, ¿cree que se conseguirá?

Un debate importante es la revisión del rol del Ministerio de Sanidad y Consumo y el de las consejerías de salud de las comunidades. El Ministerio, como garante de determinados derechos fundamentales, como la equidad, y las comunidades como corresponsables -colaborando también entre ellas- de mantener el alto nivel de

igualdad en el acceso a los servicios sanitarios entre autonomías.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud debe ser la pieza clave de un

Sistema de Salud concebido como un servicio público accesible para todos, gestionado por las diferentes Comunidades Autónomas, a las que no se les ordenará incluir nuevas prestaciones sin ir acompañadas de la debida financiación y sin el consenso necesario. El objetivo es llegar a lo que yo he denominado algunas veces un “sistema federal sanitario”, en el que el Consejo Interterritorial sea un organismo de cooperación, de participación, de decisión y de definición de políticas comunes de salud, encaminadas al bienestar de los ciudadanos y ciudadanas de todo el país.

Hemos iniciado el camino para construir un modelo sanitario más gobernable y participativo

¿Cuál es modelo sanitario que imagina en el futuro?

Uno de los puntos prioritarios que se ha marcado el Departamento de Salud como acción de gobierno es el objetivo de situar a los ciudadanos y ciudadanas de Cataluña como protagonistas directos del sistema de salud.

Una idea central que, aunque a primera vista pueda resultar de una suma sencillez, nos permitirá imprimir un aire nuevo y de gran transformación de nuestro sistema. Cambios que han de llegar con suficiente fuerza como para modificar aquellas pautas de comportamiento altamente fijadas en los hábitos y prácticas de la propia organización sanitaria.

La salud pública y los centros de salud han de ser la gran prioridad del sistema. Lo que pueda hacerse en la proximidad no debe hacerse en el hospital. La promoción de la salud y la prevención y protección deben tener la misma importancia que la asistencia.

También estamos revisando los servicios sanitarios para todas las personas con dependencia -enfermos mentales, crónicos, personas con discapacidad- la universalización de los servicios sociales y el trabajo conjunto con salud reordenará la atención, que ahora recae, excesivamente, en el sistema sanitario.

Si tuviera que elegir la propuesta o reforma más importante que ha llevado a cabo durante su mandato ¿con cuál se quedaría?

La implementación de los gobiernos territoriales de salud como apuesta clara para compartir con los ciudadanos -con sus representantes y con la sociedad civil- la toma de decisiones en un ámbito que los afecta directamente. Así, la participación del mundo local en el ámbito de la salud introduce una visión de proximidad a las necesidades reales y específicas de la población y del territorio, conociendo las diferencias pero respetando la diversidad.

En definitiva, se trata de la creación de un espacio donde puedan coordinarse las competencias que tiene el mundo local en el ámbito de los servicios sanitarios y sociales con las propias del Departamento como último responsable. Hemos iniciado el camino para construir un modelo sanitario más gobernable y participativo, acercando al ciudadano las decisiones que se toman en el ámbito de la salud.

Médico y Consejera

Marina Geli i Fàbrega nació en Sant Gregori (Gerona). Licenciada en medicina por la Universidad de Barcelona y especialista en Medicina Interna, trabajó como médico adjunto en el Hospital Josep Trueta de Gerona (1981-1989), se especializó en enfermedades infecciosas, prevención comunitaria y disminución psíquica. Ha sido responsable médica del Centro Joan Riu-Consorci Sant Gregori (1981-1990), de la Asociación para Personas con Disminución (1990-1995) y de la Asociación Comunitaria Antisida de Gerona (1991-1995). Desde 1996 es militante del Partido de los Socialistas Catalanes (PSC), y su carrera política se inició como concejala del Ayuntamiento de Sant Gregori.

Es diputada en el Parlamento de Cataluña desde 1995. En 2000, se hace cargo de la primera secretaria de la federación del PSC en las comarcas de Gerona. Actualmente, es Consejera de Salud.

Memoria de la cultura en español en la sociedad del conocimiento

JOSÉ GARCÍA VELASCO

*Presidente de la Sociedad Española de
Conmemoraciones Culturales*

La memoria de una sociedad es una parte muy valiosa de su patrimonio histórico. La conservación y difusión de este patrimonio en un mundo, como el de este siglo XXI, sumergido por las tecnologías de la comunicación en un conjunto acelerado de transformaciones, que solemos llamar la sociedad de la información y del conocimiento, constituye el principal objetivo trazado por la Ministra de Cultura para esta nueva etapa de la Sociedad Estatal de Conmemoraciones Culturales (SECC). La SECC desarrolla una labor compleja que consiste en la recuperación y la preservación de la memoria, con el objeto de conseguir su *revivificación*: rememorar, traer a la memoria (al presente) el pasado perdido, destruido y olvidado.

Los esfuerzos para el rescate y la difusión del patrimonio cultural de una institución de carácter estatal deben ser de todos. Promovidos por el Gobierno y alentados por las Administraciones Públicas, deben contar también con la implicación de la sociedad civil, representada por todos los ciudadanos, como pilar fundamental. El proyecto anhela la colaboración entre comunidades autónomas; con Iberoamérica, donde se conserva una parte importante de nuestro patrimonio; y con Europa, con la que estamos empeñados en desarrollar

Los esfuerzos para el rescate y la difusión del patrimonio cultural de una institución de carácter estatal deben ser de todos

una política con voz propia, para contribuir a la difusión de la cultura española y en español en todo el mundo. Con este fin se articula esta SECC desde el Ministerio de Cultura como un instrumento ágil y de carácter social. En esta lucha contra el olvido, uno de los principales objetivos que constituyen la razón de ser de la SECC es la recuperación integral del legado histórico, esto es, nuestra memoria colectiva y nuestra identidad.

Entre sus tareas está la de asegurar la pervivencia de la memoria en el futuro, al tiempo que brindar, a los que hoy trabajamos por ella, la posibilidad de su disfrute y estudio, avanzando en la construcción de una identidad común. Sin embargo, estas actuaciones adolecerían de ambición y sentido si la participación de la sociedad no fuera una de nuestras máximas

preocupaciones. Por esta razón, nuestro proyecto plantea actividades que abarcan desde aquéllas de interés más general a las que, dada su naturaleza, están destinadas a un público más especializado y reducido. Incluso algunas pueden y deben tener varias lecturas, como es el caso de la exposición "El mundo que vivió Cervantes", celebrada en el 2005, o "Ramón y Cajal. Cien años del Premio Nobel", en el 2006. En este sentido, debemos decir que uno de nuestros mayores intereses reside en promover el diálogo científico y el intercambio de ideas que se pudieran generar en torno a las efemérides y conmemoraciones celebradas.

Por ello, desde la SECC, pretendemos realizar la revisión de cuestiones sobre las que se construye la historia intelectual y llevarlas a debate en el ámbito académico más riguroso. La propuesta que planteamos tiene como objeto implicar a todas aquellas disciplinas del saber que conforman la memoria cultural en su más amplio y profundo significado. Como consecuencia de ello, la reflexión sobre figuras y hechos de la historia, la literatura o las diversas ramas del arte lleva, en ocasiones, a

una revisión minuciosa de hechos conocidos y estudiados, y en otras, a una puesta en escena de acontecimientos y personajes olvidados o cuya importancia ha cobrado un nuevo valor con el devenir del tiempo.

El proyecto de recuperación de la memoria es ambicioso y, para llevarse a cabo, requiere movilizar recursos y realizar un amplio programa de difusión

De acuerdo con estos objetivos, los programas diseñados en la SECC persiguen, en su contenido y en sus actuaciones, una continuidad que defina una línea clara de actuación y refleje los principios de recuperación y preservación del valor y la memoria histórica sobre los que fue creada. Además de los ya mencionados, otro de los fines de la SECC es aplicar los avances tecnológicos al estudio y recuperación de la memoria histórica, y restablecer el diálogo entre el pasado y el presente por medio de los instrumentos de la ciencia. La voluntad del Presidente del Gobierno es establecer como prioridades políticas la recuperación de la memoria de momentos fundamentales de nuestro

pasado, así como la democratización del acceso de los ciudadanos a los bienes de la sociedad de la información y el conocimiento.

Las tecnologías digitales, las telecomunicaciones y, sobre todo, Internet han transformado completamente el modo en que nos enfrentamos al problema de la conservación y la recuperación de nuestro pasado, así como los procedimientos para difundir nuestra cultura. Una inmensa "biblioteca universal" almacena hoy digitalmente buena parte del saber pasado y presente, y la memoria colectiva es, cada vez más, una red de relaciones digitales. Para hacer frente a estos desafíos la SECC destinará parte de sus proyectos a ayudar y apoyar las nuevas formas de producción cultural, basadas en las tecnologías de la información y la comunicación, contribuyendo así a la moderna alianza de memoria humana, memoria documental y memoria electrónica.

El proyecto de recuperación de la memoria es ambicioso y, para llevarse a cabo, requiere movilizar recursos y realizar un amplio programa de difusión de todos ellos. En este sentido, la Sociedad ha desarrollado distintos métodos de trabajo para actuar a diversos niveles. La SECC trabaja, en un primer nivel, con proyectos de diseño y ejecución propia desde su concepción hasta sus resultados finales. Sin embargo, también contempla un espacio para que otras instituciones puedan participar en algunas de sus actuaciones. En otro nivel distinto, colabora y contribuye en proyectos propuestos por



instituciones de reconocida solvencia y que, por el calado e interés público de los mismos, merecen su cooperación.

En ambos niveles la SECC no sólo actúa en centros de cabecera de las grandes capitales sino que está abierta y favorece la realización de proyectos de ámbito local propuestos por comunidades o municipios de toda la geografía del país. Así se han producido en este año exposiciones como "Picasso. Tradición y Vanguardia" celebrada simultáneamente el Museo del Prado y el MNCARS, ó la titulada "Litoral (1926-2006)" realizada en Málaga. Entre las actividades llevadas a cabo el pasado año se ha conmemorado el IV Centenario de la publicación de la primera parte del *El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha*. Con motivo de esta efeméride, la SECC diseñó un programa con más de medio centenar de actividades que incluyó exposiciones, congresos internacionales, conferencias, cursos de verano, conciertos, obras de teatro, publicaciones, etc., para el que contó con la colaboración y el apoyo de numerosas instituciones públicas y privadas, bajo la coordinación de la Ministra de Cultura y de la Comisión Nacional para la Conmemoración del IV Centenario de *El Quijote*. A esto debemos añadir el esfuerzo de la SECC para diseñar y crear la infraestructura necesaria para que este proyecto no concluya con el año 2005 y se abra una línea de trabajo permanente en torno a

En esta lucha contra el olvido, uno de los principales objetivos que constituyen la razón de ser de la SECC es la recuperación integral del legado histórico

El Quijote, Cervantes y más en general a la Edad de Oro, que se materializará en diferentes proyectos a medio plazo, entre los que destaca la creación del portal de Internet que ya se puede consultar desde el año pasado. La SECC completó su proyecto de actividades de 2005 con la conmemoración de una veintena de artistas, escritores, intelectuales y acontecimientos de distinto signo testigos de nuestro tiempo. A través de exposiciones, congresos internacionales, conferencias, mesas redondas, documentales y publicaciones la Sociedad Estatal ha recuperado una memoria de la cultura que es también la de esta época. La España de la Edad de Plata evocada desde el exilio de Manuel Altolaguirre, Lorenzo Varela y Ernestina de Champourcín, la memoria de intelectuales como Dionisio Ridruejo o Julio Caro

Baroja; la España de la revolución liberal de Juan Valera o Juana de Vega, o la España tragicómica y descarnada de Miguel Mihura son algunas de las más destacadas.

En éste y en los futuros programas de la SECC prevalecerá siempre un enfoque integral que la convierta en punto de encuentro para la recuperación de la memoria y para la convivencia, que contribuya a educar en la conversión de la información en conocimiento y que sirva como testimonio de la diversidad cultural del país.

Ciclo de Conferencias *Con otra mirada*

Luis Alberto de Cuenca

PRESENTACIÓN JAVIER PUERTO

Mi infancia son recuerdos de un patio de colegio en donde, lamento decirlo, Luis Alberto jugaba al fútbol aún peor que yo. Mi infancia son recuerdos de pupitres compartidos, de horas de polvo de tiza, tedio; lecturas, entonces aburridísimas, del *Quijote* tras la comida (vuelvo a lamentar confesarlo) y, en mayo, flores a María, que madre nuestra es.

Algunos, como Saint Exupery, localizan su patria en la infancia, porque de ella conservan el único recuerdo de la felicidad y de la inocencia; no padezco el complejo de Peter Pan. No tengo la imagen de Luis Alberto, el poeta, como ángel ingenuo ni compatriota de la más importante de

las naciones habitadas por mí. La patria, creo yo, es la época, el lugar y las personas con quien uno fue, es y será feliz; sigo con la esperanza renovada de encontrar nuevas gentes y lugares, sin perder los que tengo, en donde sentirme patriota.

Me viene a la memoria su imagen, transmutada en la de Malcon, junto a un Savater transustanciado en Duncan, los personajes de

Macbeth o en los ensayos de una comedia, en donde debía fingir un viaje en tren, para lo cual se agitaba como azogado, en no sé cual perdido teatro de un colegio femenino. Su figura adolescente se me aparece en el campo, cuando nos metimos a exploradores en los territorios de un amigo común. Me acuerdo de él, peregrino por los bares del barrio de Salamanca, en donde escribíamos, a la búsqueda de la mejor pincelada literaria y de la más correcta ensaladilla rusa o tortilla con mayonesa; le recuerdo, como no, en una auténtica exhibición de talento y valor, cuando explicó la teoría vectorial, sin tener ni la más ligera idea de lo que era tal cosa, con absoluto desparpajo y admiración de los compañeros, e incluso del profesor de Física, asombrado de tal explosión creativa en alguien que, por otra parte, era un alumno excepcional.

Al poco de esta anécdota, antes de acabar el bachillerato se fue a la E, con los de letras.

Como escribió Cervantes en su soneto al túmulo de Felipe II en Sevilla:

Y luego incontinente
caló el chapeo, requirió la espada,
miró al soslayo, fuese, y no hubo nada.

No es del todo cierto. Quedó el regusto de una estancia colegial agridulce, compartida durante años. Quedó la admiración hacia el poeta, embarcado en una obra personal e institucional admirable y quedaron encuentros fortuitos por circunstancias varias, como de trenes cruzándose en la noche, no de esos lujosos, del tipo del Oriente Express, sino de los descritos por Azorín a su paso por la llanura castellana: una especie de sala de estar con mesa camilla, ruedas y luces macilentas. Esas relaciones casuales, tan cómodas y agradables.

En una de nuestras reuniones esporádicas, he de confesarlo, acabó con mis últimos vestigios de inocencia. Dicho así suena a trágico. En realidad no es para tanto.

Tenía Luis Alberto, en el colegio, fama de poseer una excelente biblioteca paterna, de donde sacaba su inagotable erudición clásica. No andaba mal de libros en mi casa y el rumor no me producía especial sentimiento. Sin embargo, se comentaba que su padre era juguetero. ¿Pueden imaginarse paraíso mayor para un niño de la postguerra, incluso para un adolescente, en absoluto pobre? Le consideraba emparentado con el mago Merlín, capaz de cubrarnos a todos, con un



simple gesto de la mano, de polvo de estrellas, caramelos y juguetes.

Hace algunos años comimos juntos. Le pregunté por la familia y cuando llegó el turno del progenitor, hoy desgraciadamente fallecido, abordé la cuestión con disimulo, como al desgaire.

- ¿Qué tal tu padre? –Le dije.
- Bien. Sigue con sus cosas. Estupendamente.- Me contestó.
- Era juguetero, ¿no? – Insistí, mucho más interesado de lo que mi apariencia pudiera delatar.
- ¿Juguetero? ¡Qué va! Es abogado, aunque le gustan los juguetes.

Con esa terrible declaración, acabó para mí la posibilidad de que la fantasía infantil tuviera cualquier viso de realidad. Ni existen los Reyes Magos, ni el padre de Luis Alberto, fue nunca, en realidad juguetero. Simplemente un abogado de éxito. ¿Quién, entre nuestros compañeros, tendría la maldad suficiente para pervertir, mediante un bulo así, la ingenua mente de un niño?

La vida a veces es casi insoportable.

En fin... me queda el consuelo de haber estado presente en la infancia de un poeta que es, a la vez Profesor de Investigación del CSIC; fue director de la Biblioteca Nacional, en dónde tanto tiempo pasé y pasaré dedicado a la investigación, responsable de la editora del CSIC, dónde se publicaron dos de mis libros —antes de que él ocupara el puesto, que quede claro— y Secretario de Estado de Cultura durante varios años. Los cargos, aunque alguno tenga reminiscencias borgianas o malrouxianas, a uno le impresionan poco. La poesía mucho. La suya y la de los pocos elegidos que comparten sus capacidades.

El poeta es siempre un ser radical, de luz o de sombras. Alguien capaz de reconstruir el mundo mediante palabras. De arder en una hoguera, que no quema la carne aunque sí el alma, durante toda la vida; alguien, para mí, fuera de lo común.

No sé si también a los poetas ha de aplicárseles, por aproximación, la máxima de Concepción Arenal: ama la poesía y aborrece al poeta, de evidente utilidad en el caso de muchos creadores e intelectuales en general. Pese a ello, si algo admiro todavía es la literatura y, dentro de ella, la poesía.

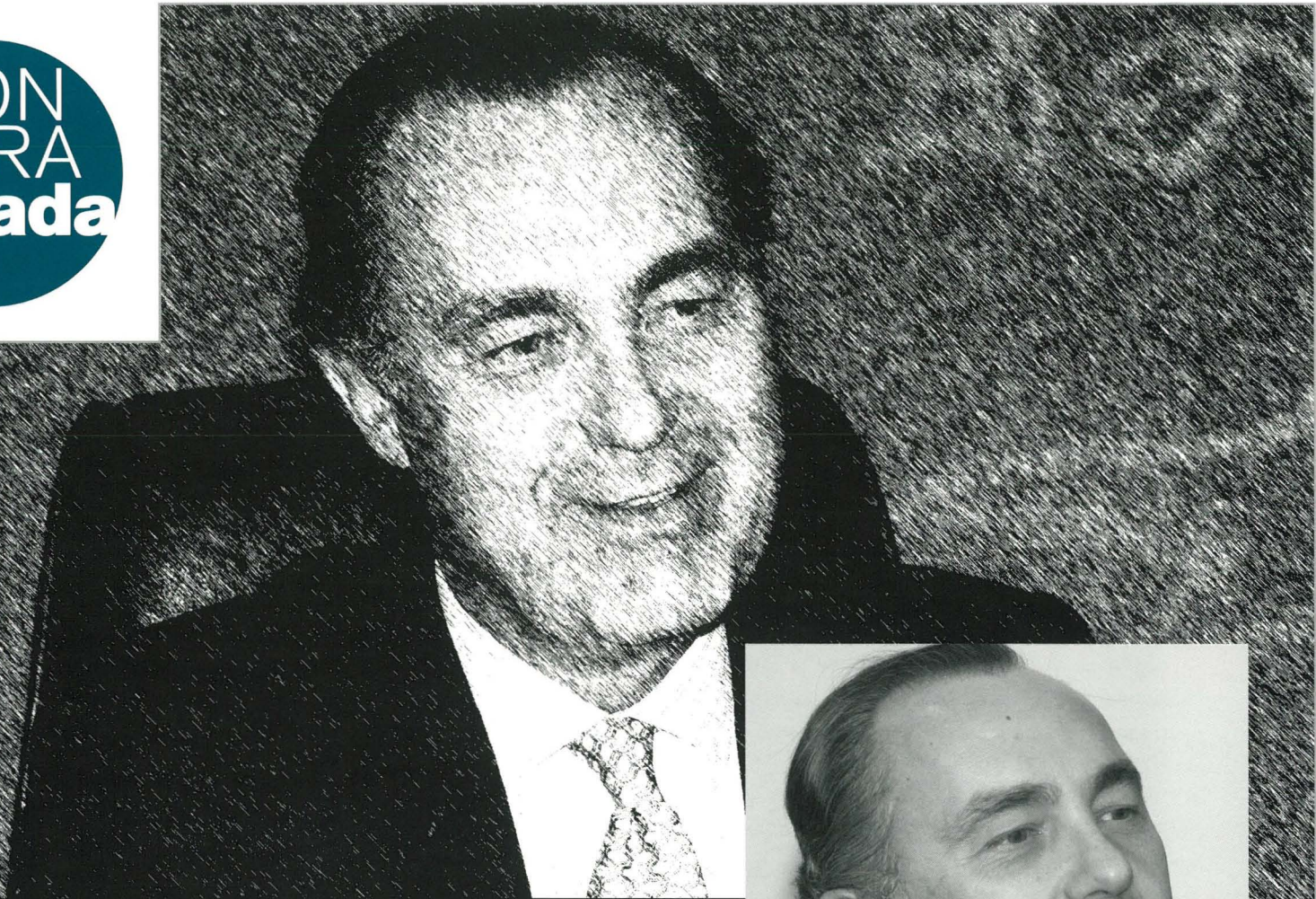
Alejado de la mitomanía, a uno le queda el gusto de haber formado parte, durante algún tiempo, del paisaje humano en donde se fraguó una obra poética, mientras uno mismo, tan vacilante, andaba a trompicones entre las ciencias y las humanidades, sin acabar jamás de decidirse por un bando u otro, siempre en tierra de nadie.

El poeta es siempre un ser radical, de luz o de sombras. Alguien capaz de reconstruir el mundo mediante palabras

Hace años leí un artículo de Luis Alberto en donde parafraseaba al Dante y se manifestaba en mitad del camino y llorando. Pues bien, desde entonces ha pasado el

tiempo suficiente para que a ambos se nos sequen las lágrimas de las mejillas, y otras nuevas hayan marcado su surco de tiempo, vida y salitre, en nuestras caras. Ahora, otra vez, pasados tantos años, volvemos a encontrarnos, sentados juntos, en otro pupitre diferente, lejos de aquél colegio, falsamente gótico, cuya educación recuerdo con afecto. Desde este asiento, tengo la alegría de poder presentarles a un poeta, cuya obra muchos hacemos nuestra. Una obra que empezó hermética y culturalista y se desliza, en la actualidad, por los ámbitos de un vitalismo transparente.

Sólo me queda agradecerle su presencia entre nosotros, callarme y dejarle hablar del dolor en la poesía.



Poesía y dolor

POR LUIS ALBERTO DE CUENCA

CRÓNICA YOLANDA VIRSEDA

Luis Alberto de Cuenca ha declarado que, guiado por lecturas helenísticas, abandonó una poesía de estructuras abiertas y comenzó a escribir otra de estructuras cerradas, centrándose en los tres o cuatro temas que aparecen una y otra vez en su obra poética, y que son los temas de siempre: amor, desamor, muerte, dolor... Del dolor y la poesía habló en el ciclo *Con otra mirada en una tónica tarde de invierno ante un auditorio variopinto que en nada se identificaba con el típico de las audiciones poéticas.*

"La poesía es tan sólo una parte de mi vida. Tengo poco o nada que ver con los poetas para quienes la profesión poética es toda su vida, con los poetas que

se creen geniales y te derriten la cabeza con sus libros inéditos para que les des tu opinión. Alucino cuando alguien dice que ser poeta es una religión, que para escribir versos se necesita estar

en trance o recibir señales de lo alto o de lo profundo." Son palabras de este autor, uno de los poetas más prolíficos del panorama literario español.

Pero ser poeta no ha sido una profesión excluyente para Luis Alberto de Cuenca. Durante años, ha compartido su labor creativa con puestos de responsabilidad en la Administración y la enseñanza, y desde los estrados de la Biblioteca Nacional o la Secretaría de Cultura, se empeñó en divulgar la cultura clásica y en sacar de la clandestinidad géneros como el cómic o la literatura de aventuras.

¿Poeta de la vida? ¿Practicante de la llamada poesía de la experiencia? No es fácil encasillarle: "Mi poesía —dice el autor— es figurativa. Mi poesía se entiende. Mi poesía busca moldes métricos y es, casi siempre, epigramática". Poeta sincero y claro, ha conseguido que sus versos gusten a gente que no lee poesía. En su obra, se conjugan la sensibilidad, la técnica y el ritmo en un lenguaje que se aparta voluntariamente del cripticismo. Eso es posiblemente lo que hace crecer la emoción poética. Le gusta recordar que la poesía "puede y debe salir del ghetto, de las mafias y sectas, del malditismo. De su propia y tediosa iconografía."

Luis Alberto de Cuenca conoce a los clásicos en profundidad, pero también a Flash Gordon, y en los ochenta compuso alguna letra para grupos de "la movida". Sin embargo no es equivocado decir de él que es un poeta intimista, pero que considera mejor tomarse a sí mismo poco en serio, y por eso sus poemas son profundos y sinceros, aunque también irónicos. Este cóctel de tradición y modernidad, de ternura e ironía, ha propiciado uno de los trabajos más originales y renovadores de la poesía española de las últimas décadas.*

Palabra y dolor

La palabra "palabra" y la palabra dolor tienen muchas coincidencias. Sabemos que una de las ramas humanas que fueron desgajándose del tronco originario, la indoeuropea, presenta en su *Ursprache* un evidente parentesco etimológico entre el término con que se nombra al 'dolor' y el término que se utiliza para 'palabra'. Esta desazonadora coincidencia supone para el autor el origen de la tesis de su exposición: "si hemos fundamentado nuestro mundo sobre un itinerario que conduce desde el supuesto horror de la afasia a la

presunta felicidad de la comunicación lingüística, el hecho de que en la propia raíz de la palabra 'palabra' habite la palabra 'dolor' nos produce, cuando menos, escalofríos". Y son el lenguaje y el

pensamiento (no olvidemos que para muchos filósofos son dos cualidades inseparables) los que han hecho del ser humano rey del universo aunque, desde el inicio, la posibilidad de comunicarse de forma más completa que el resto de los seres vivos, llevó a su lado la condición de dolor. Aun así mereció la pena andar el camino que nos situaba por encima de las demás criaturas. Así lo escribió en *Por fuertes y fronteras* (Madrid, Visor, 1996):

(...) existe algún hecho menor que justifica, acaso, el dolor de ser hombre: debajo de la piel de la especie hay un hueco para el temblor inútil y hermoso que transmiten los poemas homéricos, la Eneida de Virgilio, el teatro de Shakespeare, las Sonatas de Valle o los cuentos de Borges.

La poesía es una facultad de la mirada para subrayar lo que todos ven

El autor

Luis Alberto de Cuenca nació en Madrid en 1950. Doctor en Filología Clásica, y Profesor de Investigación del CSIC, ha sido Director de la Biblioteca Nacional. Hasta 2004 fue Secretario de Estado de Cultura. Ha publicado varias obras como traductor y especialista en cultura clásica. En 1989 obtuvo el Premio Nacional de Traducción por su versión del poema latino medieval *Cantar de Valtario*.

Su obra poética se inicia en 1971 y en 1986, con varios poemarios publicados, recibe el Premio de la Crítica por *La caja de plata* (1985). Desde entonces no ha dejado de publicar. Parte de su poesía ha sido reunida en el volumen *Los mundos y los días*.

Luis Alberto de Cuenca colabora en periódicos y es traductor asiduo de lenguas clásicas y modernas. Parte de su obra ha sido traducida al francés, alemán, italiano, inglés y búlgaro.

Y es que el lenguaje en su expresión más depurada, la literatura, se aleja de su acepción de 'dolor' para adoptar otras cualidades semánticas como la del 'placer' o la del 'consuelo'. Si la literatura es el fruto de la depuración del lenguaje, la poesía es para Luis Alberto de Cuenca "una facultad de la mirada para subrayar lo que todos ven". Y tras esta concepción de la realidad se esconden muchas páginas de dolor. El poeta buscó en su biblioteca y encontró algunas de gran belleza. La primera fue un volumen titulado *El dolor*, de Giuseppe Ungaretti (1888-1970). Este poeta italiano perdió a su hijo de nueve años y de esta mortal experiencia salió este libro al que Ungaretti se refiere como el que más ama, el que escribió con el dolor en la garganta. Estos son algunos de sus versos:

Ahora podré besar sólo en sueños
sus confiadas manos...
Y reflexiono, trabajo,
apenas he cambiado, temo, fumo...
¡Cómo es posible que yo soporte tanta noche!"

Vladimír Holan fue el segundo poeta que rescató de los estantes. El autor checo escribió un libro de poemas titulado *Dolor*, y en el poemario hay versos que parecen reflejar la angustia del que fue un país asolado por la radical influencia soviética.

El tercer poeta citado fue un español: Ramón de Campoamor (1817-1901), autor de *Las Doloras*, uno de los libros de juventud del autor: "las *doloras* de Campoamor tienen que ver con el dolor (espiritual) y, muchísimas veces, con el amor."

Campoamor, según Luis Alberto de Cuenca, "descubrió el pastel de que el amor no es una fuerza innata que habita en el corazón y en la mente de todos los seres humanos, sino un invento de los líricos griegos con una formidable proyección posterior. Profundamente decepcionado con tal descubrimiento, que se sumaba al ya padecido en torno a la ecuación entre los Reyes Magos y los padres, decidió comentar su desengaño con la gente de entonces, que no hacía otra cosa que leer sus *doloras* en los periódicos".

Algunas de estas doloras parecen olvidar esta visión escéptica para situarse en la orilla más melancólica de la poesía:

"Lloramos la partida
de esta que vuela inconsolable vida,
y es en la humana suerte
la vida el pensamiento de la muerte."

Para Luis Alberto de Cuenca "alegría y dolor, exaltación y melancolía, son los dos polos sobre los que gira la esfera de la creación literaria. Porque la vida –y su trasunto, la poesía– no es más, ni menos, que eso: ascensión y declive, arriba y abajo, paraíso e infierno, salud y enfermedad."

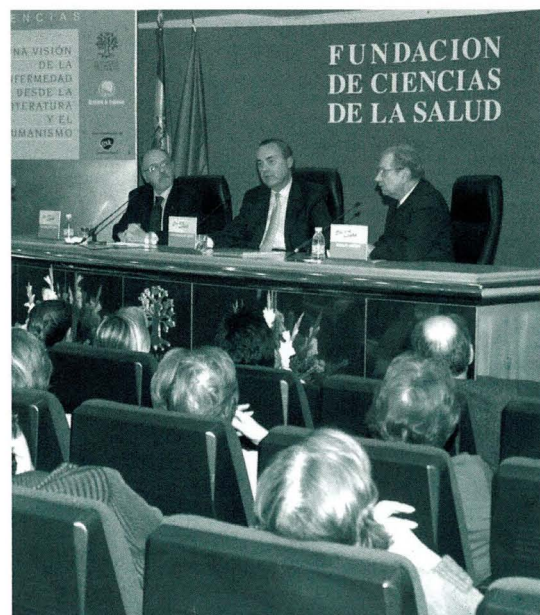
De dolor, amor y muerte

Antes de entrar a bucear en su propia poesía, de Cuenca quiso referirse a los autores que él más conoce "de los griegos, que o mucho me equivoco o van a acabar siendo también los inventores del dolor en la poesía, o, por lo menos, sus cantores más obsesivos". En la tragedia de Sófocles, *Filoctetes* es el dolor, físico y espiritual, padecido por un hombre el auténtico protagonista de la tragedia.

Pocas veces, insistió, el dolor físico por sí solo, y el dolor físico unido al dolor psicológico y mental, ha cobrado en las letras universales tanto protagonismo como en el *Filoctetes* sofocleo. "Llegamos a sentir en nuestras carnes el dolor que la herida supurante le produce al protagonista. Y sufrimos con él las arbitrariedades e injusticias de que fue objeto en el pasado por parte de Agamenón y Menelao, y los engaños a que Ulises lo somete."

En un extremo de la balanza, el terrible dolor del protagonista de la tragedia griega. En el otro, el dolor temperado y sereno de uno de los poetas preferidos por el autor, Petrarca:

"No sé hallar más defensa ni resguardo
del claro darse cuenta de la gente,
porque en el comportarme tristemente
desde fuera se ve que por dentro ardo."



Este breve recorrido por la literatura del dolor terminó en una parada en la producción del autor: "Como esperaba, el dolor que se respira en mis poemas tiene que ver, como en Campoamor y en Petrarca, con el amor. Y es que no abundan los poetas que convierten el dolor físico que los aqueja (una migraña, un dolor de muelas) en una plataforma de despegue para la redacción de un poema. Incluso estando enfermos –de una enfermedad pasajera o de algo más serio y dañino–, los poetas no refieren sus versos, por lo general, al hecho mismo de su enfermedad, sino a sus posibles derivaciones (me refiero a la muerte, claro), y desde el lecho del dolor siguen poetizando sobre los temas de siempre, que son en los que ustedes y yo estamos pensando ahora mismo. Pero el dolor que alienta (o, mejor

dicho, desalienta) en mis versos tiene que ver también, lógicamente, con esa derivación última de la enfermedad a la que he aludido hace un instante, o sea, con la muerte".

El dolor es consecuencia de la vida, y así escribió cuando murió su primera novia en un accidente de tráfico:

Cómeme y, con mi cuerpo en tu boca,
hazte mucho más grande
o infinitamente más pequeña.
Envuélveme en tu pecho.
Bésame.
Pero nunca me digas la verdad.
Nunca me digas: "Estoy muerta."
No abrazas más que un sueño."

Otra desaparición importante en la vida del poeta fue la de su madre en mayo de 1995. El poema "Navidades de 1995", de *Por fuertes y fronteras*, conmemora esa ausencia.

"Tú te has ido de viaje, y me pregunto
si te has llevado a Dios en tus maletas,
porque este año no ha nacido nadie
en el pesebre. Nadie. Y en la foto
que tengo tuya, de cuando eras joven,
la goma de mis lágrimas
va borrando tu cara."

Pero para que el amor duela no hace falta que aparezca la muerte. A veces sólo basta con no ser correspondido:

"Cada vez que te hablo, otras palabras
hablan por mí, como si ya no hubiese
nada mío en el mundo, nada mío
en el agotamiento interminable
de amarte y de sentirme desamado."

A menudo, la poesía camina de la mano del dolor en la extensa obra de Luis Alberto de Cuenca:

"De tanto amarte y tanto no quererte
te has cansado de mí y de mis locuras
y le has prendido fuego a nuestra historia."

La conferencia de Luis Alberto de Cuenca nos descubrió una buena parte de la más alta poesía occidental de todos los tiempos procede del dolor, "en él se temple y forja, y en él adquiere el vínculo de necesidad que hace del *métier* lírico un oficio que trasciende los límites de la mera gratuidad verbal y va más allá del simple coqueteo con las palabras."

El poeta nos entregó un ramillete de poemas dolientes elegidos entre los que se ha llamado una «poética transculturalista»: una lírica irónica y elegante, a veces escéptica, en ocasiones desenfadada, en la que lo transcendental convive con lo cotidiano y el dolor se mezcla con la alegría de vivir. Los dos lados de la misma moneda que es la vida.

La conferencia Poesía y Dolor se celebró en Madrid en diciembre de 2004

DEL PASADO **al presente**

Historia medicina y ciencia en tiempos de Cajal



Una mañana de octubre de 1906, Santiago Ramón y Cajal recibió un telegrama de Estocolmo en el que se le comunicaba que le habían otorgado el Premio Nobel. El galardón lo compartía con el italiano Camilo Golgi, un colega que nunca estuvo de acuerdo con las teorías del científico aragonés. Han pasado cien años de este acontecimiento, y son muchos los actos que conmemoran la entrega del galardón a este "maravilloso viejo seriamente enfermo", como lo describió Einstein. La Fundación de Ciencias de la Salud y la Residencia de Estudiantes se sumaron a estas conmemoraciones viajando desde la memoria al personal universo de Cajal. Una mirada microscópica hacia la sociedad que rodeó al científico, sus inquietudes, sus aficiones, su más íntima forma de pensar.

Cajal y su tiempo

Don Ramón, que nunca fue un hombre convencional, recibió el Nobel con orgullo, pero también con cierta lejanía. De hecho, estuvo tentado de rechazarlo, pero sus amigos lograron convencerle para que lo recogiera. Desde ese momento, y sin pretenderlo, se convirtió en un mito. En pueblos y ciudades pusieron su nombre a plazas, calles, sociedades... y en letras doradas se grabó "Cajal" en chocolatinas, licores, tiendas... No le faltó razón a Don Santiago cuando dijo que para recibir los honores del Premio Nobel había que tener "un corazón de acero, una piel de elefante y un estómago de buitre". Por tal extraordinario galardón recibió la nada inestimable cantidad de 23.000 duros.

En las conferencias previas a la ceremonia Golgi defendió su teoría de la continuidad de las células nerviosas; Cajal expuso todo lo contrario. Tenaz, defendió su trabajo en francés y se apoyó en sus propios dibujos. De vuelta a España siguió trabajando tan intensamente como antes. Y lo hizo casi hasta su muerte. No se conformaba con lo que había conquistado, porque según sus propias palabras: "Nunca diré que lo se todo, así que la búsqueda no puede cesar".

La sociedad española

Cajal nace en el año 1852 bajo el gobierno del partido moderado de Bravo Murillo y muere en 1934 en plena Revolución de Octubre. Fue testigo de la agonía del siglo XIX y de las primeras agitaciones del siglo XX.

José Varela Ortega, Vicepresidente Institucional de la Fundación Ortega y Gasset, describió los grandes cambios sociales que se produjeron durante la vida del científico: "Cajal nació en una sociedad que tenía una tasa de analfabetismo superior a un 70% y cuando murió, esa tasa estaba reducida a la mitad. Al nacer, existía una población activa agraria superior al 80% y a su muerte oscilaba en algo menos del 50%". Ante estos datos, debió contagiarse de la exaltación y el optimismo de la República, de una sociedad rejuvenecida que, a veces, demandaba cosas excesivas.

"Cuando nace Cajal, a mediados del siglo XIX, nos encontramos en una etapa de construcción de la nación, un concepto muy de moda entonces, que incluía el despertar de una España romántica, la España de Carmen, del torero, del bandolero, del contrabandista... En el panorama español, el único serio era el barbero."

Desde un punto de vista político -continuó Varela Ortega- el país imita el modelo francés como reconstrucción del Estado. Se defendía el modelo de alternancia, pero el partido que perdía el poder lo recobraba por medio de un golpe militar. "Cada partido imponía su Constitución y el otro la derribaba e imponía la suya. Cajal vivió la Revolución del 68 que supuso más bien un movimiento nacional, un rechazo moral hacia la política de la corte isabelina y su entorno", y así lo recuerda en sus memorias.

También participó en un acontecimiento muy interesante, la última guerra carlista en la que casi todo el cuerpo de artillería del ejército liberal se pasó al enemigo, y fue testigo de excepción del desastre de Cuba. Durante esos años, existía la idea de que se trataba de un problema sencillo de resolver y si no se conseguía era por la ineptitud de los políticos, pero el problema, según este historiador "no era tanto que los cubanos quisieran ser independientes, sino que muchos peninsulares querían seguir siendo dependientes".

La población de Cuba tenía la segunda renta *per cápita* más importante de España; era la provincia más rica y algunos políticos se habían casado con cubanas, como Cánovas, por ejemplo. Desde Cuba se financiaban los dos partidos políticos alternantes, pero los liberales eran independentistas, lo que desequilibró la balanza. Más allá de esta situación política, para Cajal la guerra de Cuba fue una hecatombe sanitaria. Él mismo reconoció que fueron víctimas de la ignorancia y que no supieron defenderse de un minúsculo mosquito que provoca una enfermedad que mataba a la población.

Cajal vivió plenamente la Restauración. Fue testigo de la alternancia no democrática de partidos, en donde quien repartía el poder era la corona, y murió con la Revolución de Asturias, testigo de una República asediada por un partido católico extremista y protegido por un partido socialista que, curiosamente, participó en la Revolución.

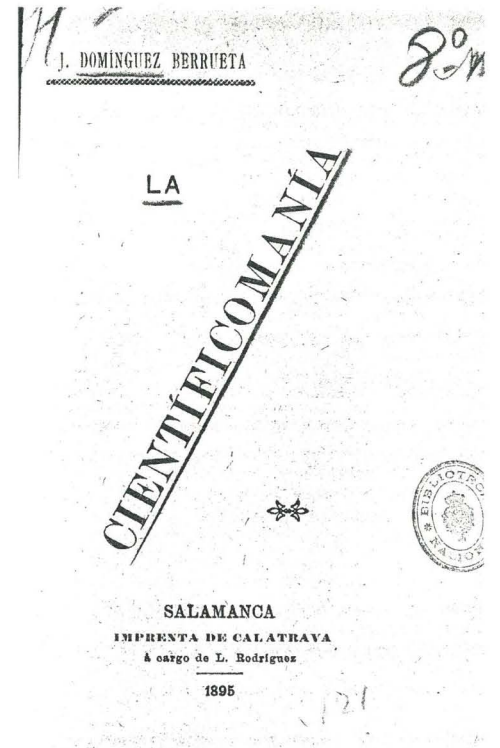
Y entre una y otra fecha, una sociedad de "charanga y pandereta" y otra que se desperezaba mirando a Europa, a las nuevas corrientes científicas y técnicas. En este renacer se sitúa el trabajo de nuestro Nobel.

Su vida

Para Juan Fernández Santarén, Profesor de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad Autónoma de Madrid, y biógrafo de Ramón y Cajal, "una personalidad como la de Don Santiago no se dejó llevar por el medio físico y moral que le envolvía y su trayectoria, consecuentemente, no fue la lógica esperada de un ambiente colectivo de uno de los peores momentos de la historia de España. Cajal transitó en sentido contrario a lo que la lógica de la época debía haberle conducido". Recordemos las palabras de otro Nobel científico, Severo Ochoa, en el prólogo del libro *Reglas y consejos sobre Investigación científica*: "Cómo surgió Cajal en el páramo científico de la España de su tiempo es para mí un milagro".

Cajal llega a la investigación científica en el último tercio del siglo XIX, en plena crisis del pensamiento idealista en filosofía, cuando la revolución industrial define el progreso a partir de la ciencia positiva. Es la época de los grandes inventos con aplicación a la vida cotidiana, y, por tanto, el momento en que Europa asiste al despegue de los países industriales y cultivadores de la ciencia. "Nace el gran mito de la técnica", afirmó Fernández Santarén.

Pero España estaba bastante lejos de esta realidad y se debatía entre la pérdida de sus últimas colonias, un sistema político ineficaz y una sociedad casi analfabeta. "Este conjunto de circunstancias –continuó Santarén– desembocó en un sentimiento colectivo que agrupó a muchos intelectuales en la llamada "generación del 98". En este ambiente de depresión y pesimismo, irrumpe Cajal. Una España que deambula por una triste decadencia en la que se hablaba de regeneración, pero en la que nadie acertaba con la fórmula eficaz para obtenerla".



Portada de la revista Cientificomanía

Cajal descubrió la Histología en un afán de "arrancar los secretos de la naturaleza". Y a ello se entrega con una voluntad indomable. Para investigar, Cajal se costea los medios instrumentales que utiliza en un modesto laboratorio instalado en su propia casa. Su voluntad le hizo trabajar en condiciones no siempre adecuadas. Y es que "voluntad" es la palabra que circula en todos sus escritos casi como una obsesión: "Si se le habla de méritos responde; voluntad; si se le pide un consejo para los futuros investigadores dice: voluntad" y

Historia, medicina y ciencia en tiempos de Cajal

afirma en una ocasión: "Más que escasez de medios, lo que hay es miseria de voluntad. El entusiasmo y la perseverancia hacen milagros. "

Y junto a la voluntad, el patriotismo. Cajal fue un patriota, pero en el sentido del patriotismo de finales del siglo XIX, españoles que luchaban por elevar, mediante su esfuerzo, la gloria de su patria. Ahora bien, Santarén destacó que sólo a base de voluntad y patriotismo no se hace la obra de Cajal. Es obvio que tenía una genialidad innata que se manifestó de múltiples maneras a lo largo de su vida.

Voluntad, patriotismo, genialidad,... y ética. "En mi opinión la obra de don Santiago es un continuo ejemplo de ética ciudadana que se mantuvo intacto hasta los últimos días de su vida". Para Rodríguez Santarén hay numerosos ejemplos que avalan esta afirmación, pero refirió uno de los mas significativos: "Cuando Francisco Silvela crea en 1901 el Instituto de Investigaciones Biológicas, le encomienda a Cajal la dirección del mismo y le asigna un sueldo anual de 10.000 pesetas. Cajal acepta la responsabilidad pero solicita por escrito que la mencionada cifra sea reducida a la cantidad de 6.000 pesetas "porque no ansío nadar en la opulencia y porque en una edad en la que desfallecen o declinan mis fuerzas, paréceme abusivo y hasta inhumano, aumentar mis emolumentos. Y tercero, porque, aún sin querer, columbro siempre al través de cada moneda recibida, la faz curtida y sudorosa del campesino, quien, en definitiva, sufraga nuestros lujos académicos y científicos".

¿Cómo era la personalidad del científico? Para su biógrafo, "fue siempre un hombre de carácter sencillo, afable y comunicativo ante la auténtica y sincera amistad, pero enemigo acérrimo de la hipocresía y de la adulación. Y también, es justo mencionarlo, Cajal tuvo la suerte de encontrar, o el acierto de elegir una esposa, Doña Silveria, que siempre le admiró con devoción, y tuvo la sensibilidad suficiente para darse cuenta de lo que significaba la labor del hombre con el que compartía su vida".

Sobre la voluntad

"Más que escasez de medios, lo que hay es miseria de voluntad. El entusiasmo y la perseverancia hacen milagros. Desde el punto de vista del éxito, lo costoso, lo que pide tiempo, brío y paciencia, no son los instrumentos sino desarrollar y madurar una aptitud".

S. Ramón y Cajal



De izquierda a derecha: Juan Fernández Santarén, Gonzalo Anes y José Varela Ortega

DEL PASADO **al presente**

Los primeros contactos de Cajal con la Histología se produjeron en 1877, año en el que tuvo que cursar dicha disciplina como asignatura para la obtención del título de doctor. En 1873 se produjo un paso decisivo en los métodos de coloración del sistema nervioso: Camilo Golgi descubrió el método que, en manos de Cajal, revolucionaría su conocimiento. En 1887 Cajal, Catedrático en Valencia, viaja a Madrid como miembro de un tribunal de oposiciones y visita al neurólogo Luis Simarro, quien le muestra unas preparaciones de médula de mono teñidas con el método de Golgi. En aquel momento Cajal llevaba un año estudiando el sistema nervioso, para recolectar imágenes para el libro de *Histología* que estaba preparando. Cajal quedó impresionado con las posibilidades que ofrecía la nueva técnica.

Al regresar a Valencia Cajal comenzó a utilizar el método de Golgi en un trabajo que a la postre iba a constituir la fundación de la moderna neurobiología. Los resultados no tardaron en llegar. Cajal, plenamente consciente de la trascendencia de sus resultados, sabía de la imperiosa necesidad de difundirlos internacionalmente. El impacto de sus primeras publicaciones a nivel internacional fue decepcionante. Y no es extraño que así fuera. En parte se debía al prejuicio existente en aquella la época en contra de toda ciencia procedente de un país carente de tradición científica, como era España, y también a las

dificultades que habían tenido muchos histólogos con la aplicación del método clásico de Golgi.

Llegado a este punto, sólo le quedaban dos opciones: abandonar o lanzar el órdago definitivo y acudir personalmente a la cuna de la ciencia europea de aquel momento y presentar los hallazgos logrados. Fue entonces cuando decidió acudir a la reunión que la Sociedad Anatómica Alemana celebró en 1889 en la Universidad de Berlín, auténtico centro neurálgico del pensamiento mundial a finales del siglo XIX. Cajal tuvo que financiarse el viaje con recursos propios, ya que le negaron cualquier tipo de ayuda oficial. Sólo contó con el apoyo de doña Silveria, su esposa.

El resultado de estos primeros trabajos de Cajal fue el asombro del mundo científico respecto de que un español desconocido hubiera sido capaz de realizar tan inaudita hazaña. Su consagración internacional no tardó en producirse. Cajal demostró que en España era posible hacer ciencia si se creaban las circunstancias adecuadas para ello. España estaba atrasada pero no decadente. "El maestro había dado una lección impagable a su patria, al demostrar, con su propio ejemplo, que la educación, la auto educación, son capaces de crear lo más importante para la gran ciencia, que es la voluntad de hacerla", concluyó este experto.

"Don Santiago brilló en una sociedad carente de tradición científica. Fue en su país, en su querido



De izquierda a derecha: Antonio Bonet, María Tena y Luis Landero

Historia, medicina y ciencia en tiempos de Cajal

Sobre la literatura

"Siempre importa más el qué se dice que el cómo se dice: la idea feliz y exacta, aun mal expresada, irradia luz perenne y fascinadora". "El mejor estilo sería el absolutamente impersonal; estoy por decir que sería preferible carecer de estilo".

S. Ramón y Cajal

país, y en un medio hostil donde constituyó el mayor estímulo de superación y desarrolló su gigantesca obra científica, y en donde, no lo olvidemos, dio una permanente lección de ética. Murió Cajal pero queda algo muy valioso, queda la magnífica lección de su vida".¹

Cajal literato

Santiago Ramón y Cajal fue un científico que escribió páginas de enorme belleza literaria, pero que nunca se confesó escritor; dibujó y fotografió la vida con mirada de artista, pero nunca dijo de sí mismo que fuera pintor. El escritor Luis Landero, se confesó curioso y admirador de su persona y de sus libros. "Quizá no haya un personaje contemporáneo tan querido como Ramón y Cajal, y como de la admiración nace el asombro y del asombro, la afición, comencé a leer obritas de Cajal hace



muchos años". Y dijo "obritas" porque ese es un término que corresponde al talante literario de este científico. Cajal escribe obritas y parece disculparse por atreverse a hacer literatura. En el prólogo de *Cuentos de vacaciones* dice que hasta entonces no había osado llevar a imprenta esas bagatelas literarias debido a lo "estrafalario de las ideas y a la flojedad y el desaliño del estilo".

Y sigue exculpándose por las "pobres hierbas que medran en algunos postergados barbechos cerebrales". Él mismo retiró de la circulación ese libro. Marañón, en el libro sobre Cajal *Su tiempo y el nuestro*, afirma que eso demuestra el buen sentido del crítico del escritor, pero Landero no está de acuerdo: "A mí me gustan sus cuentos de vacaciones. Fue el primer libro que leí de Cajal y ahora que he vuelto a leer los relatos, me siguen pareciendo llenos de gracia, de una socarronería propia del autor y, sobre todo, bien inventados y tramados, lo cual no es poco, porque la imaginación es un bien escaso".

A Landero le atrae Cajal como también le atrae Darwin o Humboldt, científicos que tenían algo de aventureros, y es que "Cajal fue un

DEL PASADO **al presente**

aventurero, pero de estirpe sedentaria". Nada en el mundo le es ajeno, pero a la vez es riguroso. Lee mucho, pinta, hace fotografías, participa en interminables coloquios de café, cultiva la contemplación filosófica... es "como si el microscopio, después de la jornada de trabajo, se le hiciera caleidoscopio y los colores y formas de la vida se reflejaran juguetonamente en él". Fuera del laboratorio, explicó Landero, a Cajal le gusta divagar y entregarse a todo tipo de ensueños. Era un soñador y ese es el talante que también se observa en su labor científica. Pero además, poseía una capacidad ilimitada para asombrarse, y de ese asombro nace el conocimiento. "Cajal nunca descuidó esta cualidad, ni dejó que pasada la niñez se destruyera por la enemiga del arte y del enriquecimiento que es la costumbre, o lo que es lo mismo, la rutina". Para Landero, "un artista, o un científico, es alguien que prolonga la infancia" y en toda la obra de Cajal se refleja esta condición de asombro. En *Los tónicos de la voluntad*, Cajal hace suyas unas palabras de los preceptistas de la Antigüedad: "hay que ver las cosas por primera vez, hacer el firme propósito de ver y juzgar por nosotros mismos. No basta examinar, hay que contemplar, impregnemos de emoción y simpatía las cosas observadas, hagámoslas nuestras tanto por el corazón como por la inteligencia, sólo así nos entregarán su secreto".

Cajal es también una persona con ciertas contradicciones. En *Charlas de café* aparece el pensador sagaz, con vislumbres trascendentes, pero también muy pesimista. Hablando sobre la mujer dice: "asómbreme la intrépida y sublime inconsciencia con la que la mujer persigue el matrimonio donde se encuentra, a menudo, con la maternidad ansiada, la desilusión del amor, la fealdad física y no pocas veces la enfermedad y la muerte prematura.... todas las desdichas del matrimonio nacen de que la mujer no elige sino que es elegida". La huella de Schopenhauer está, para Landero, en este párrafo y en toda la obra de Cajal, como lo demuestra estas declaraciones en una entrevista "para mi, la raza humana sólo ha creado dos valores dignos, la ciencia y el arte en lo demás continúa siendo el último animal de presa aparecido". Un pesimismo radical pero muy lúcido. i

Pero Cajal también era un entusiasta, y un poeta que evoca su infancia con bastante calidad literaria: en no pocas páginas Cajal consigue dar testimonio del gran escritor que había en él y que se quedó a medio hacer". Escritor y, sobre todo, observador. Decía: "yo soy lo que se considera un visual. Lo que por mi entra en el oído, deja huella fugaz, lo que me llega por los ojos se imprime tenazmente". Y, efectivamente, en su prosa está la sensualidad de las formas y de los colores.

iContradictorio es también su doble faceta de artista y científico. En la creación literaria, es estéticamente conservador, pero como científico fue muy audaz. En *Los tónicos de la voluntad* quedó reflejado lo que podría ser su poética. Son consejos dirigidos a jóvenes investigadores que podrían aplicarse igualmente a jóvenes escritores. "siempre importa más el qué se dice que el cómo se dice: la idea feliz y exacta, aún mal expresada, irradia luz perenne y fascinadora". Es importante tener algo que decir y decirlo con claridad y precisión, "el mejor estilo sería el absolutamente impersonal; estoy por decir que sería preferible carecer de estilo".

La originalidad es otro de los principios del científico: "el escritor ha de tener un mundo propio y serle fiel. Debe defender su dependencia y ser original, por lo que no es buena la admiración excesiva a los maestros, ya que puede bloquear la iniciativa personal. Siempre es mejor la arrogancia que el apocamiento". Y es que el científico y el artista deben ser rebeldes, críticos y cultivar la individualidad: "De los dóciles y humildes pueden salir los santos, pero pocas veces los sabios". Y,

Historia, medicina y ciencia en tiempos de Cajal

siguiendo con citas de don Ramón: "Para ser nosotros mismos tenemos que huir de las abstracciones, de las generalidades, y salir al encuentro de lo concreto". Una apología de lo individual que se encuentra en la mejor tradición romántica o postromántica.

Según Landero, otra de sus normas básicas es la entrega absoluta a la vocación, para lo cual no hay mejor fórmula que la soledad: "oh soledad confortadora, cual propicia eres a la profundidad del pensamiento", y, por supuesto, la voluntad, palabra que junto a trabajo y perseverancia utiliza constantemente. Landero finalizó agradeciendo a Cajal su ejemplo, siempre consolador "en horas de desaliento".

Cajal, dibujante y fotógrafo

Antonio Bonet, de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando, se mostró de acuerdo con Landero en el carácter romántico de Cajal, pero destacó su lado moderno y racionalista. Cajal era un "visual", y para este experto, toda su obra científica se debe a sus enormes dotes de observación.

La pasión por el dibujo empieza muy de niño. Su padre pensó que esa vocación era nociva y le quitó todos su lápices de colores, "pero Cajal era muy tenaz y rascaba en las paredes para sacar trozos de pintura y color para seguir dibujando" recordó Bonet. Sólo aceptó su padre que su hijo se dedicara al dibujo cuando, siendo estudiante de medicina en Zaragoza, dibujó un gran número de láminas para un Atlas Anatómico.

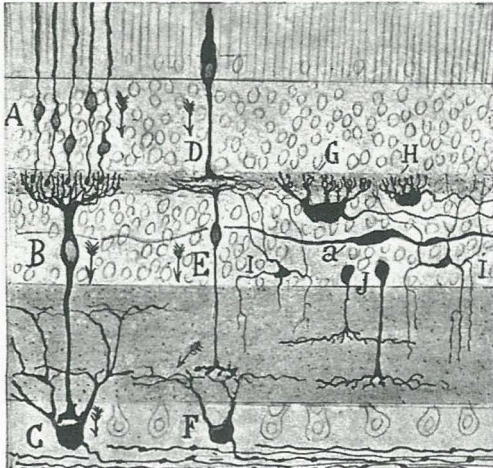
Sobre la fotografía

"El privilegio de la fotografía y del arte es inmortalizar las fugitivas creaciones de la naturaleza. Gracias a ella parecen revivir generaciones extinguidas, seres sin historia que no dejaron la menor huella de su existencia. Porque la vida pasa, pero la imagen queda".

S. Ramón y Cajal

En 1873 empezó a hacer sus dibujos histológicos; dibuja lo que ve en el microscopio. Cuando llega a Madrid en 1877 para hacer el doctorado empieza a estudiar las células nerviosas y se da cuenta de que tiene que ilustrar todo lo que está observando. Cajal llega a decir que trabaja sugestionado por algunas "bellas preparaciones". Conocedor de la anatomía humana y de los animales, sus exploraciones de la estructura del sistema nervioso le llevaron a realizar innumerables láminas de las fibras nerviosas, "médulas embrionarias, musgosas y "trepadores" cilindrejes y dentritas arborizaciones pericelulares y protoplasmas en las cuales los esquemáticos trazos en color y en negro constituyen composiciones que son morfológicamente comparables a los dibujos y cuadros de surrealistas como Miró o Michaux", observó Bonet.

Recordó también que a Ramón y Cajal los dos inventos que en su infancia le causaron "indecible asombro" fueron el ferrocarril y la fotografía. "Indudablemente tuvo que ser muy fuerte la impresión que tuvo al conocer el revelado de una placa fotográfica, afirmó, ya que, según sus palabras, la fotografía que cultivó desde su adolescencia, le sirvió de "alimento" de sus gustos artísticos, porque no disponía del tiempo para dedicarse por entero a la pintura". Desde 1868 trabajó las distintas técnicas, comenzando por el daguerrotipo, el colodión



Retina de la perca

húmedo y la gelatina-cromuro, para pasar posteriormente a las placas secas, preparando él mismo las emulsiones y el revelado en el cuarto oscuro de las tomas y vistas que le habían interesado. Como fotógrafo aficionado tiró gran número de instantáneas y fue uno de los que publicó mayor número de artículos divulgativos en revistas, culminando su labor teórica en el importante libro *La Fotografía de los colores*.

En el prólogo de este libro dice que "sólo el objetivo fotográfico puede saciar la sed de quienes han nacido artistas pero no gozaron del vagar necesario para ejecutar metódicamente y dominar el pincel y la paleta". Cajal habla mucho de los muertos, de los ausentes, y cree que el "privilegio de la fotografía y del arte es inmortalizar las fugitivas creaciones de la naturaleza, gracias a ellas parecen revivir generaciones extinguidas, seres sin historia que no dejaron la menor huella de su existencia. Porque la vida pasa, pero la imagen queda".

Del archivo fotográfico de Cajal se conserva sus vistas de Cuba, las de sus viajes a EE UU en 1849; a Italia en 1903 y a Londres en

1908. También realizó muchas fotografías de carácter costumbrista en Madrid y sus alrededores.

Para Bonet, mencion aparte merecen las fotografías en color, "verdaderos documentos propios de quien investiga un nuevo campo" Son escenas alegóricas, bodegones compuestos, fragmentos de un macizo de flores de su hotelito en la Calle Almansa. Estéticamente son deudoras del "estilo naturalista" británico y su rareza es indudablemente interesante para la historia de la fotografía en España.

El otro Cajal

Sobre Ramón y Cajal hay una historiografía relativamente amplia que se puede dividir en dos períodos: el anterior a la Guerra Civil, que es el conjunto de textos, artículos y libros que se hicieron mientras vivía y el compuesto por los libros escritos en el periodo de Franco. La bibliografía de estos dos períodos es muy distinta. En la primera tenemos textos panegíricos que intentan exaltar esa gran figura. Cajal se convierte en una especie de estandarte de lo que puede dar de sí la voluntad nacional. Se trata de una literatura romántica y como decía Ortega y Gasset "los españoles sacan a Cajal a relucir como los madrileños al cuerpo de San Isidro en procesión".

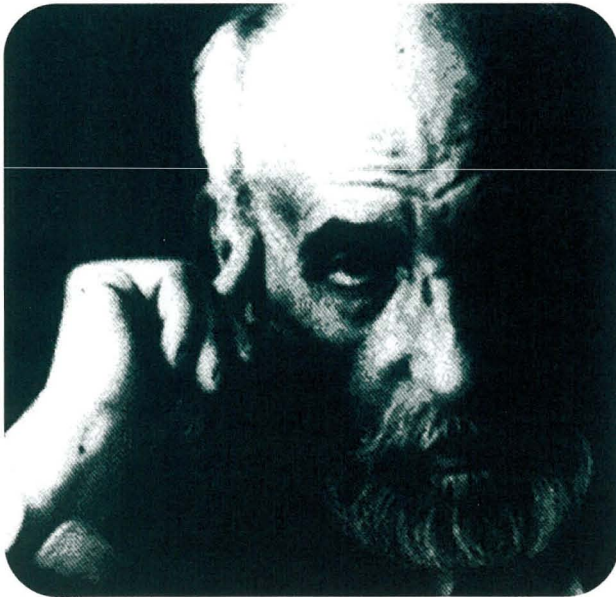
Cuando Cajal muere y, sobre todo, cuando finaliza la Guerra Civil, se inicia otra aproximación muy distinta. El personaje ya no

Historia, medicina y ciencia en tiempos de Cajal

La estructura del sistema nervioso

"Nosotros hemos hecho prolijas investigaciones sobre la marcha y conexiones de las fibras nerviosas y no hemos logrado nunca ver una anastomosis entre ramificaciones de dos prolongaciones nerviosas, ni tampoco entre los filamentos emanados de una misma expansión de Deiters; las fibras se entrelazan por modo complicadísimo, engendrando un plexo intrincado y tupido, pero jamás una red.

S. Ramón y Cajal



vive y la propia situación de España ha cambiado. Hay aspectos de su biografía que no deben de ponerse en relieve, o al menos no deben de estar en primer plano. Cajal fue un histólogo muy importante, pero también fue un liberal crítico con la religiosidad tradicional del pueblo español, un positivista serio, un evolucionista comprometido... Es decir, rasgos no adecuados para poner en primer término en ese momento. Lo que se va a destacar es sobre todo el Cajal histólogo y se silencian otros aspectos que no interesan en una época de nacionalcatolicismo.

Diego Gracia, director de la Fundación de Ciencias de la Salud, tituló esta conferencia "El otro Cajal", y lo que pretendió fue precisamente hablar de esas otras dimensiones de Cajal que no son las del histólogo. Para Gracia, la mejor biografía del científico sigue siendo su propia obra: Recuerdos de mi vida. Allí cuenta como en su juventud se dejó contagiar por las ideas del Romanticismo. Su biblioteca estaba llena de libros de Chateaubriand, Lord Byron, Espronceda... y entre todos, dos le impresionaron: Robinson Crusoe y El Quijote. "Cajal, cuando lee El Quijote, está leyendo las grandes hazañas imposibles de un romántico que acaba fracasando, una visión típicamente romántica", afirmó el Prof. Gracia.

Unos años después, en la misma autobiografía, se refiere a su "manía filosófica". Se dedica a leer a los idealistas alemanes, sobre todo a Kant. Sin embargo, cuando estudia medicina se produce un cambio de 180 grados: deja de ser un espiritualista convencido y se convierte en positivista. A partir de entonces, reconoce que las hazañas románticas van a ser siempre ineficaces, mal organizadas y condenadas al fracaso ya que no tienen como contenido los hechos científicos. Hay que dedicarse a conseguir grandes hazañas, pero con objetivos claros. Y esos objetivos son la ciencia, no pueden ser especulaciones, mitos, o imaginaciones calenturientas que no conducen a ninguna parte.

Cajal pasó del espiritualismo desbocado (sin perder los ideales de la voluntad) a una fase positivista, y ese positivismo lo llena de contenido

con una teoría que desde finales de los años 50 ha penetrado en Europa: el evolucionismo. La obra histológica de Cajal es inconcebible sin la concepción evolucionista de la vida. "El ser humano es una más de las especies biológicas, es resultado de la evolución y está sometido por tanto a las mismas leyes, que son las de la lucha por la vida y la de la supervivencia del más apto. La naturaleza biológica no esta regida por ninguna ley caritativa ni finalista, sino por el azar. La vida triunfa sobre montañas de cadáveres que preparan el camino". Este es un Cajal que casi nunca se lee.

Entonces aparecen los problemas éticos. ¿Qué es lo que tiene que hacer el hombre? Del ser humano dice Cajal que es un animal poco evolucionado en el que la razón aún no ha triunfado. "Tenemos que hacer que surja el sobrehombre o superhombre (terminología de Nietzsche, que influye mucho en Cajal en esa época) y eso lo tiene que hacer la ciencia, no sirven ni religiones ni filosofías". Este es el imperativo de Cajal.



De izquierda a derecha: Diego Gracia, Pablo Martín Aceña y Antonio Moreno

Finalmente, Diego Gracia se refirió a la religión de Cajal: "es muy sabido que no pertenecía a ninguna iglesia, aunque no es un ateo, ni un teísta, ni un agnóstico. Lo más acertado sería denominarle deísta, tal y como se entendía en el siglo XVIII". Habla de Dios como el Creador, el Ser Supremo que ha creado el mundo y que ni conocemos ni podemos conocer, pero que en cualquier caso nos deja libres y no influye en nuestras decisiones.

Cosa distinta sería hablar de la religiosidad de Cajal. Gracia no duda de que Cajal fue un hombre profundamente religioso, muy marcado por el misterio y por la admiración ante la naturaleza. Fue muy significativa su relación con Unamuno, que tampoco perteneció a ninguna iglesia. Cuando a Unamuno le preguntaban sobre cuál era su religión, contestaba: "mi religión es buscar la verdad en la vida y la vida en la verdad, aun a sabiendas de que no he de encontrarlas mientras viva; mi religión es luchar incesante e incansablemente con el misterio, mi religión es luchar con Dios desde el romper el alba hasta el caer de la noche". Posiblemente Cajal leyó estas palabras sintiendo la complacencia de que Unamuno había sido capaz de expresar su propia actitud espiritual

El regeneracionismo

La crisis de "la conciencia nacional" española, como algunos la han llamado, se desencadenaba en 1898 a raíz de la pérdida de las colonias ultramarinas. Esta situación vino a colmar el desencanto que sobre la situación de

Historia, medicina y ciencia en tiempos de Cajal

la sociedad española, en general, tenían políticos, académicos, artistas, literatos, profesores y muchos otros.

Antonio Moreno, Profesor de Didáctica de las Ciencias Experimentales en la Universidad Complutense de Madrid, recordó que Ramón y Cajal, en plena madurez personal y científica – tenía 46 años –, se involucró en el movimiento regeneracionista desde la perspectiva del fomento de la cultura y la investigación científicas. Forma parte, por tanto, de la generación del 98 que ha pasado a la historia como ejemplo del inconformismo y la reivindicación ante el panorama de una España distante de la modernidad: europeizar España fue lema compartido por quienes aspiraban a combatir el "abatimiento mental" en que estaba sumida.

La reforma universitaria, el fomento de la ciencia pura y la vinculada a la creación de industrias afines, la atención a las enseñanzas primaria y secundaria, la extensión cultural, la erradicación del analfabetismo, la moralización de la clase política... fueron motivos por los que Cajal combatió desde ámbitos diversos y convencido de que así estaba contribuyendo a una ejemplar acción patriótica.

En 1905 Cajal publicó *Cuentos de Vacaciones* bajo el pseudónimo del Dr. Bacterio. Entre esos cuentos figura uno llamado *El pesimista corregido* cuyo protagonista es Juan Fernández, un médico joven "serio, estudioso, no exento de talento, pero harto pesimista y sin ribetes de

Ciencia y patriotismo

"Tuve el patriótico anhelo de que viera la luz en nuestro país un tratado anatómico que, en vez de concretarse a reflejar modestamente la ciencia europea, desarrollara en lo posible doctrina propia, basada en personal investigación. Sentíame avergonzado y dolorido al comprobar que los pocos libros anatómicos e histológicos, no traducidos, publicados hasta entonces en España, carecían de grabados originales y ofrecían exclusivamente descripciones servilmente copiadas de las obras extranjeras".

S. Ramón y Cajal

misántropo", descripción que bien podría considerarse un retrato del propio Cajal. Juan Fernández termina en paz consigo mismo curado de su rebeldía y pesimismo. No ocurre lo mismo con Cajal. En *Charlas de café*, publicado a dos años de su jubilación escribe: "seamos algo pesimistas, pero con un pesimismo comprensivo y crítico y, en todo caso, jamás consintamos que descienda desde el cerebro hasta las manos. Sólo por el trabajo alcanzará nuestra patria su pleno florecimiento. Hay que combatir en muchos frentes a la vez". Se trata de un pesimismo asociado al espíritu liberal y disconforme que Cajal mantuvo siempre y que se forja en su primera juventud, en su trabajo como aprendiz de zapatero en una barbería en la que escuchaba a los mayores discutir sobre las intenciones golpistas o las actitudes pusilánimes de los políticos. "En este caldo de cultivo -continuó Moreno- se cuaja el espíritu patriótico que enarboló hasta la exageración a lo largo de toda su vida". Un patriotismo que, junto a su obsesión por el trabajo, supuso el apoyo más firme que le permitió avanzar en el campo de la histología: "mi fuerza fue -dice el propio

DEL PASADO **al presente**



De izquierda a derecha: Carlos Belmonte, Carmen Iglesias y José Manuel Sánchez-Ron

Cajal- el sentimiento patriótico, mi ideal aumentar el caudal de ideas españolas circulantes por el mundo: no soy un sabio, sino un español". Curioso fue siempre, y eso forjó su interés científico. Cajal, desde su niñez, mantuvo viva su inquietud por saber, aunque eso no le impedía apreciar la vida y las buenas costumbres. Así lo refleja en el mundo visto a los 80 años: "estimo antipedagógico y hasta antipatriótico en un maestro acudir a la cátedra a pie si puede hacerlo en carruaje". Si bien era desinteresado con el dinero, no fue despreocupado por lo económico, y consideraba que los investigadores y profesores deberían estar bien pagados.

En *Recuerdos de mi vida*, Cajal recuerda que estando Miraflores de la Sierra le llegó la noticia del desastre del 98 y que eso le llevó a contribuir, como él mismo dijo, a "la vibrante y fogosa literatura de la Regeneración". Pero pasados los años, este movimiento lo recuerda con cierto desencanto: "los regeneradores del 98 sólo fuimos leídos por nosotros mismos. La masa permaneció inerte".

Poco después viajó a Nueva York para participar en un ciclo de conferencias y regresó deslumbrado por "la educación en el patriotismo y por la inoculación intensiva de la solidaridad" que tanto echaba de menos en España. Para Moreno, el estancamiento de

España radicaba según Cajal en la falta de interés social y académico". Unamuno, más radical y mordaz, hablaba del "agarbanzamiento" de las gentes, y en su libro *En torno al casticismo*, reconoce que la pobreza económica se traduce en pobreza mental. E incluso más radical respecto a la búsqueda de soluciones fue Joaquín Costa: "no se trata de regenerar una nación, si o de crear una nación nueva". A pesar de la admiración que Cajal le profesaba, discrepa de la defensa que Costa hace de la República. Cajal era más tibio e incrédulo: "Nuestros regeneradores, sin excluir al admirable Costa, aspiraron siempre a apoyarse en la masa amorfa y neutra, como si la neutralidad sistemática no implicara necesariamente sordidez económica o indiferencia política".

Cajal defendió en todo momento que España basará su riqueza en la ciencia y la industria -"la carroza de la civilización española no puede marchar casi exclusivamente como hasta hoy, apoyada en las doradas ruedas de la literatura y el arte"- pero también creía que el científico no sólo tenía que hacer ciencia, sino enseñarla y divulgarla.

En 1906 recibió el Premio Nobel: "ante la perspectiva de felicitaciones, mensajes, homenajes, banquetes o demás sobaduras tan honrosas como molestas, hice los primeros días heroicos esfuerzos por ocultar el suceso". Pero el esfuerzo fue en vano y no tuvo más remedio que "subirse en peana y convertirse en foco de las miradas de todos". A partir de entonces,

Historia, medicina y ciencia en tiempos de Cajal

Al recibir el premio Nobel

"Al recibir el premio Nobel experimenté tres sentimientos:

- 1. De gratitud cordial al Instituto Carolino por haber pensado en premiar mi modesta labor científica, a la cual jamás concedí gran importancia.**
- 2. De inquietud recelosa, al ver que muchos investigadores, adornados con más relevantes méritos que yo, quedaron postergados, y, por consiguiente, heridos en su orgullo. Varios de ellos, de entusiastas amigos o émulos benévolos, se convirtieron, como yo preveía, en agrios adversarios.**
- 3. De admiración y extrañeza al advertir que dicho Instituto, desoyendo los requerimientos del patriotismo, había olvidado a varios anatómicos e histólogos suecos, entre ellos el incomparable profesor Gustav Retzius, a quien siempre consideré como mi maestro y cuya obra anatómica e histológica es una de las más serias, valiosas y considerables que existen. Más tarde, fallecido el gran investigador, corroboré, por carta de su inconsolable viuda, el viejo adagio de que nadie es profeta en su tierra".**

S. Ramón y Cajal



Cajal se convirtió en una figura mítica, y le propusieron incluso ser Ministro. No aceptó, pero sí asumió la Presidencia de la Junta para la Ampliación de Estudios, lo que para él era el ejemplo más destacable del espíritu regeneracionista de aquel tiempo.

La herencia de Cajal en la Neurociencia

Carlos Belmonte, director del Instituto de Neurociencias de Alicante, se acercó a la figura de Cajal desde la perspectiva del discípulo. Y la pregunta que se hizo fue: ¿por qué se centró en estudiar el sistema nervioso? En *Recuerdos de mi vida*, Cajal lo explica: "intentaba averiguar el cauce natural del pensamiento y sorprender la historia íntima de la vida". Si el conocimiento del cerebro está produciendo cambios importantes, se puede decir que Cajal fue el

DEL PASADO **al presente**

primer explorador de este órgano, el más característico del ser humano.

Durante la segunda mitad del siglo XIX la teoría más aceptada sobre la fisiología nerviosa era la reticulista, que indicaba que las células eran nodos de una red muy extensa (el tejido nervioso) y que el impulso nervioso viajaba a través de todo ese territorio. "Cajal dedicó media vida a luchar contra esta concepción, que consideraba errónea", destacó Belmonte. Incluso Camillo Golgi, el fisiólogo con quien compartió el Nobel, dejó entrever en su discurso de la entrega del galardón que estaba en desacuerdo con la teoría unitaria, que considera la neurona como una unidad independiente.

A pesar de desarrollar su trabajo en un ambiente hostil a sus ideas, Cajal logró concebir un modelo absolutamente transgresivo sobre la anatomía del sistema nervioso. Pero murió con la duda de si su teoría neuronal había sido totalmente aceptada. Hoy sabemos que es la base de todo avance actual en las neurociencias y la individualidad de la neurona sólo se confirmó cuando aparecieron las técnicas actuales de microscopía electrónica.

Don Santiago también describió la polarización dinámica de la neurona. "Desde la dendrita el impulso nervioso viaja hasta el cuerpo de la neurona y desde allí abandona la célula a través del axón", explicaba en sus textos. "El maestro consiguió intuir la dirección en la que viaja el impulso nervioso", relató Belmonte. Lo hizo sin disponer de la tecnología de que disfrutamos hoy. "Es como deducir la circulación de una ciudad basándose en fotos fijas". Hoy en día tenemos una información detallada sobre cómo se produce el impulso nervioso y se han aislado los canales iónicos, las estructuras de la membrana de la neurona por las que se produce el intercambio de iones de un lado a otro.

Los hallazgos de Cajal van más allá. Concibió también la transmisión de información de una neurona a otra a través de unos 'botones' donde se producía lo que denominó conexión sináptica, algo esencial en neurociencia "ya que toda nuestra función cerebral se basa en la transmisión de información", destacó. Los neurotransmisores son el problema clave de muchas enfermedades: si disminuye la serotonina podemos caer en una depresión o padecer la enfermedad de Parkinson si nos falta dopamina. En la actualidad, conocemos esta sinapsis hasta unos detalles que Cajal no habría podido soñar. "No estamos hablando de una teoría, sino de hechos que influyen directamente en nuestra vida". Fue elemento importante en sus análisis el establecer que estas conexiones no son fijas sino plásticas, y que se están rehaciendo continuamente tanto espacial como temporalmente. "Desde que Cajal descubrió que la neurona era un elemento aislado hasta la actualidad hemos ido muy lejos. Hemos llegado no sólo a entender las neuronas, sino también cómo se producen las conexiones. Si bien aún queda mucho por conocer, el funcionamiento neuronal del sistema nervioso ha sido fecundo gracias a los hallazgos de Cajal", afirmó Belmonte.

Carlos Belmonte, reconoció que "se sigue identificando con Cajal cuando lee Los tónicos de la voluntad porque a veces uno se pregunta si en realidad ha transcurrido algún tiempo desde que se escribió aquello".

Historia, medicina y ciencia en tiempos de Cajal

Uno de los principales legados de Santiago Ramón y Cajal fue el haber fundado una importante escuela de investigadores españoles. Entre sus discípulos más relevantes se cuentan muchos de los grandes nombres de la investigación biomédica de la España del siglo XX, como Jorge Francisco Tello o Fernando de Castro, entre otros. De hecho, su Laboratorio de Investigaciones Biológicas fue el germen de diferentes investigaciones que se prolongan hasta la actualidad.

Cajal y la comunidad neurocientífica

"Es bien sabido que la historia de las relaciones de Cajal con la comunidad neurocientífica internacional comenzó realmente, de forma esplendorosa, con su participación en el Congreso de la Sociedad Anatómica Alemana, celebrado en Berlín en octubre de 1889. Las preparaciones y teorías que presentó allí le granjearon el reconocimiento de Albert Kölliker (1817-1905), el histólogo más notable de su época. Estuvieron también presentes en aquella reunión Gustav Retzius, Wilhelm His, Wilhelm Waldeyer, Gustav Schwalbe y Karl Bardeleben". Partiendo de este acontecimiento en la vida del científico, José Manuel Sánchez Ron, Catedrático de Historia de la Ciencia de la Universidad Autónoma de Madrid, cerró el ciclo de Conferencias dedicado a don Santiago Ramón y Cajal.

Hasta esa reunión de Berlín, Cajal se tuvo que contentar sólo con estudiar la obra de los neurocientíficos extranjeros más destacados. Sumido tanto en la penuria económica, las obligaciones docentes y familiares y sus propias investigaciones, no se pudo permitir lo que algunos compatriotas suyos hicieron: marchar al extranjero para conocer personalmente a los colegas extranjeros que admiraba. Ávido de saber lo que hacían, Cajal tenía que contentarse con contemplar la ciencia internacional a distancia.

Después del viaje a Berlín, su prestigio internacional no hizo sino crecer. "Kölliker, profesor de Anatomía Humana y director de los institutos anatómicos de la Universidad de Wurburgo -recordó Sánchez Ron- continuó mostrando gran interés por los resultados que iba obteniendo". En Berlín también conoció al sueco Gustav Magnus Retzius (1842-1919), un científico que realizó contribuciones notables a la embriología, fisiología y anatomía descriptiva del sistema nervioso y que, junto a Kölliker, fue uno de los primeros conversos a la "causa cajaliana" y como él, Retzius se esforzaba por aprender español para leer a Cajal.

"Cajal debió de sentirse muy satisfecho de que grandes científicos como eran Kölliker y Retzius se esforzasen por aprender español, el idioma de su querida patria", recordó Sánchez Ron.

Retzius, en una carta de las muchas que envió a Cajal, se interesaba por la situación en la que se encontraba uno de los grandes textos de Cajal: "El año pasado me dijo usted que estaba trabajando en una gran obra sobre el sistema nervioso central de los vertebrados. ¿Ha avanzado esta obra? Me interesa extraordinariamente. Nadie puede tratar el tema en su conjunto como usted. Es de la máxima importancia que dicha obra venga precisamente de sus manos. ¡Será con seguridad una obra monumental para todos los tiempos!".

DEL PASADO **al presente**

Se trataba, de la *Textura del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados*, "la obra de mi vida", como la calificó Cajal en sus Recuerdos, un libro que pertenece a los clásicos de la ciencia de todos los tiempos.

A la par que se le reconocía en el extranjero, en España también progresaba la carrera de don Santiago. En 1892 había obtenido una cátedra, de Histología e Histoquímica Normales y Anatomía Patológica, en la Facultad de Medicina de Madrid, que al poco tiempo significó una mejora notable de las condiciones en las que desarrollaba su trabajo de investigación. A partir de 1894, cuando recibió la Placa de la Academia Médico-Farmacéutica de Roma y fue nombrado doctor *honoris causa* por la Universidad de Cambridge, se intensificó la llegada de los reconocimientos extranjeros.

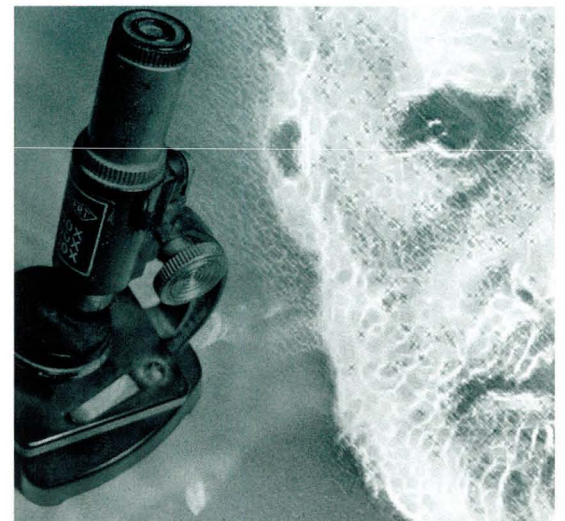
El premio Moscú fue especialmente importante, ya que atrajo la atención del Gobierno español, que reaccionó aprobando la creación de un Laboratorio de Investigaciones Biológicas, que se inauguró en 1901.

Sobre el Nobel, Sánchez Ron rescató un párrafo de una carta que Cajal escribió a Retzius: "Del premio Nobel, no me extraña el resultado. En realidad un premio fundado para galardonar trabajos médicos y fisiológicos parece natural que se dé la primera vez a los que se han distinguido por descubrimientos bacteriológicos y terapéuticos. Los estudios histológicos a que V. y yo nos consagramos no tienen sino una relación algo lejana con la Patología y la Fisiología".

Unos años antes de su desaparición, el 23 de marzo de 1921, el holandés Cornelius Ubbo Ariëns Kappers (1877-1946), director del Instituto de Investigación Neurológica de la Real Academia Holandesa de Ciencias, le escribió una carta a don Ramón que contiene unas

líneas que expresan de forma magnífica toda su grandeza:

"Estimado y gran maestro: Su carta del 15 de marzo me ha producido una gran satisfacción, que le agradezco de todo corazón. Le estoy agradecido, además, por haberme enviado la admirable colección de sus 'Trabajos'. No, no me falta ningún volumen y estoy orgulloso de que mi Instituto los haya recibido de usted mismo, el más grande neurólogo que ha existido y que probablemente jamás existirá".



Historia, medicina y ciencia en tiempos de Cajal

DESDE LA
MEMORIA



Comité Científico

D. Javier Puerto *Director del Ciclo*

Catedrático de Historia de la Farmacia y Legislación Farmacéutica de la Universidad Complutense de Madrid. Director del Museo de la Farmacia Hispana de la misma Universidad. Patrono de la Fundación de Ciencias de la Salud.

D. Gonzalo Anes

Director de la Real Academia de la Historia. Vocal de la Junta de Gobierno de la Fundación Príncipe de Asturias. Premio Nacional de Historia en 1995.

D. Diego Gracia

Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, y Director del Máster de Bioética en la misma Universidad. Miembro de la Real Academia Nacional de Medicina. Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud.

D^a. Carmen Iglesias

Catedrática de Historia de las Ideas Morales y Políticas de la Universidad Rey Juan Carlos. Miembro de las Reales Academias Española y de la Historia. Gran Cruz de Alfonso X El Sabio.

D. José M. Sánchez Ron

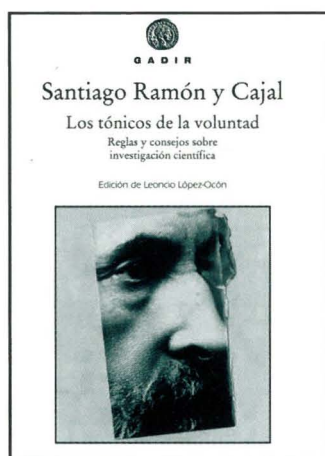
Catedrático de Historia de la Ciencia en el Departamento de Física Teórica de la Universidad Autónoma de Madrid. Miembro de la Real Academia Española.

D^a. María Tena

Directora General del Gabinete de la Ministra de Sanidad y Consumo. Escritora.

Las conferencias del ciclo Desde la memoria se celebraron durante los meses de marzo y abril de 2006





Santiago Ramón y Cajal
**LOS TÓNICOS DE LA VOLUNTAD.
REGLAS Y CONSEJOS SOBRE LA
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

Edición de Leoncio López-Ocón
Editorial Gadir
ISBN 84-934439-7-2. 373 pág.

Por Joaquín Fernández Pérez
Catedrático de Biología Celular
UCM

Muchos científicos, por lo general por propia iniciativa o a petición de otros, han emprendido la tarea de explicar cómo se hace la ciencia y cómo deberían comportarse los científicos. El impulso que les ha movido a ello ha sido variado. Conviene recordar algunos

predecesores en esta tarea de carácter tan instructivo. En tiempos de mudanza, cuando la ciencia se comenzó a hacer con requisitos específicos, algunos aceptaron hacer esta tarea movidos por diferentes motivos. Francis Bacon, desde una posición grandilocuente de *Lord Chancellor* pero alejado del trabajo científico, no sólo describió cómo se debería hacer la ciencia en sus pretenciosos *The Advancement of Learning* (1605) y *Novum Organum* (1620), sino que hasta se atrevió a indicar cómo debería formarse y conducirse la sociedad científica en su *The New Atlantis* (1627). Algunos años después, en 1637, René Descartes está dispuesto a difundir sus doctrinas filosóficas y publicas, precedidos por su *Discours de la méthode*, los avances de su física: *La Dioptrique*, *Météores* y *La Geometrie*, que son ensayos sobre la aplicación de su método deductivo. Galileo Galilei va más allá que los anteriores al reconocer que las ideas *a priori* o hipótesis son la base de toda explicación científica, siempre que éstas se puedan contrastar a continuación. Sin pretensiones, y utilizando un inteligente y elegante sentido del humor, desmontará en sus combativos libros metodológicos la vieja ciencia

aristotélica y dará un impulso a la nueva forma de hacerla de manera mucho más elegante a la que pretendieron Bacon y Descartes, tal vez porque Galileo era un gran científico y los otros no lo fueron en la misma medida.

Más cercano a Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) se encuentra el fisiólogo Claude Bernard (1813-1878), que dedicó un corto período de su infatigable vida de experimentador a redactar su *Introduction à l'étude de la Médecine Expérimentale* (1865). El fisiólogo francés, con ejemplos de su propia indagación, guía a los lectores en la manera de proceder de la incipiente fisiología médica experimental.

Este libro de nuestro Premio Nobel continúa esta tradición y tiene su origen en un discurso de recepción (5 de diciembre de 1897), cuando fue elegido miembro de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales. Su labor investigadora venía avalada por más de 100 publicaciones, muchas de las cuales han resultado ser fundamentales para el conocimiento de la estructura del sistema nervioso, así como por el reconocimiento internacional de los neurohistólogos de

aquella época. Dada la infrecuente repercusión que tuvo este discurso, acabó transformándose en libro de éxito, como demuestran sus numerosas reediciones y traducciones a diversos idiomas. Reconoce Don Santiago que está dirigido a los investigadores noveles y señala que ha "reunido aquellos estímulos alentadores y paternales admoniciones que hubiéramos querido recibir en los albores de nuestra modesta carrera científica".

A lo largo de sus capítulos trata los métodos generales de la investigación, las preocupaciones de los principiantes, las cualidades de orden moral y la formación previa del investigador, un análisis de los que llama "ilustres fracasados": *diletantes*, *eruditos*, *organófilos* (fetichistas con los instrumentos de observación), *megalófilos* (buscadores del éxito por la gran obra), *descentrados* (con oficio contrario a sus inclinaciones) y *teorizantes*; las condiciones sociales adecuadas para el trabajo científico, es decir, el imprescindible apoyo de la sociedad, y, por último, algunas recomendaciones sobre la marcha de la investigación, la redacción de los resultados y la publicación de los mismos. Cerraba la primera edición de esta obra un capítulo dedicado a la creación de escuela y la selección de los "corazones generosos, poetas a ratos, románticos siempre" de los que, según Cajal, el maestro puede sacar partido por su "desdén por el lucro y las altas posiciones académicas, y espíritu caballeresco enamorado de altos ideales". Dos capítulos finales sobre los deberes del Estado en lo tocante al fomento de la

investigación y otro sobre las acciones mínimas que debería impulsar, que fueron añadidos en la edición de 1913, y un *Post Scriptum* inserto en el folleto publicado en 1899 por la Imprenta Fortanet, completan los escritos cajalinos de esta edición, basada en la 6ª de 1923.

Comentar ahora este libro tan completo puede resultar anacrónico porque, por fortuna, nuestro país ha cambiado mucho en los últimos 100 años. Se ha vivido, desde entonces, una época trágica, la de la Guerra Civil y la Posguerra, y otra, no menos tenebrosa, la de la dictadura franquista. En nada se parecen las condiciones de la investigación científica actuales con las dramáticas que Ramón y Cajal vivió antes de escribirlo. Sólo algunas reglas de las que propone se mantienen como estructuras universales, ya que en nada han cambiado ni parece que vayan a mudar. Otras están a nuestro alcance mejor sistematizadas, y algunas causas de la falta de actividad científica, que él señala en nuestro país, han podido explicarse mucho mejor con los conocimientos históricos que actualmente tenemos, quedando, por tanto, superadas todas esas hipótesis que con honestidad y cierta ingenuidad expone.

La exposición de Cajal recoge unas reglas imprescindibles y unos consejos, los del autor, a seguir para llegar a ser un buen investigador, pero también se entremezclan con un diagnóstico del estado de postración de la sociedad en general y de la ciencia en particular en la España finisecular, cuando casi todo estaba perdido o a punto de perderse. La

En nada se parecen las condiciones de la investigación científica actuales con las dramáticas que Ramón y Cajal vivió

situación era tan catastrófica, que casi quedaba oculto el gran esfuerzo que unas pocas personas sensatas y honestas estaban haciendo para europeizar nuestro país, siguiendo a tropiezos una política similar a la de algunos gobiernos ilustrados borbónicos o las que adoptaban países emergentes como Estados Unidos o Japón por aquellos años.

Un compromiso académico

¿Porqué Santiago Ramón y Cajal escribió este libro? ¿Qué pretendía con él? ¿Tenía la convicción de que era necesario seguir insistiendo en aspectos metodológicos? ¿Había reflexionado sobre el auténtico motor de la ciencia? ¿Conocía la forma de proceder de la comunidad científica? Son preguntas que surgen después de leer el libro y que pueden ser contestadas al terminarlo.

Cumplir un compromiso académico fue el motivo de la primera redacción de este texto. Pero no sería aventurado pensar que le había dado muchas vueltas a estos asuntos y, sobre todo, cuando presentaba una carrera de éxitos y el reconocimiento internacional y nacional. Algo tenía que decir la gran figura de la ciencia sobre estos temas sobre los que ya diferentes personajes opinaban. El propósito, a nuestro entender, era atraer a los jóvenes, que, de forma altruista, quisieran conducir sus esfuerzos a enriquecer el conocimiento.

Llegó a estar convencido de que podía ejercer su libre albedrío a base de voluntad, honradez intelectual y lucha contra las adversidades

No debemos evitar presentar aquí algunas de las afirmaciones del sabio que nos pueden resultar chocantes. Por ejemplo, señalemos que para Ramón y Cajal el patriotismo era el principal motor de la ciencia. El resto le parecía accesorio. La irregular distribución de las riquezas, la venalidad de la administración, la corrupción de la monarquía, el caciquismo o la negligencia de los gobernantes, se superarían con el trabajo, con el conocimiento y con el ambiente desinteresado de los investigadores, con una ciencia y una tecnología prestigiosa, con una universidad moderna y exigente. Su reflexión no había penetrado en las auténticas razones que suelen mover a los que deciden dedicar su vida por la ciencia. Estas no son otras que el reconocimiento de la comunidad científica o el de la sociedad en la que viven -cosa de la que él llegaría a disfrutar tan justamente- y que se beneficia de sus resultados. Al ser la ciencia universal la patria del científico también lo es.

Tenía nuestro sabio, y así lo señala en este libro, una fe ciega en la voluntad. Consideraba que la decisión libre de trabajar sin descanso era necesaria y suficiente para ser un buen investigador. Es cierto. Sin embargo, la perseverancia no es suficiente. La elección de un buen tema, que tantas veces no depende de la propia voluntad, caer en un laboratorio adecuado o la buena suerte, resultan indispensables. Los descubrimientos científicos o el éxito están llenos de casualidades y, por tanto, de

buena suerte. Con solo voluntad y los tónicos que la estimulan cada día, no es suficiente. Además hay que intentar iniciarse en un buen ambiente en el que estén presentes científicos que piensan en problemas y estimulan a resolverlos. Hay que conseguir una destreza técnica, que permita desentenderse de ella o mejorarla. Santiago Ramón y Cajal reconoce su voluntad, que a veces es casi terquedad, pero no le da mayor

importancia ni a la buena acogida que tuvo entre sus colegas, ni a su indudable pericia

técnica, ni a su creatividad, demostrada no solo en ciencia sino también en sus espléndidos dibujos o en sus impecables fotografías. Y de la suerte ni habla, porque llegó a estar convencido de que podía ejercer su libre albedrío a base de voluntad, honradez intelectual y lucha sin cuartel contra las adversidades.

Dice en una parte de sus reglas, que el científico no puede ser modesto. Para él debe ser todo lo contrario y no considera un demérito ser arrogante con la ignorancia.

Cajal creía que el genio no nace, sino que se hace y además se hace a sí mismo

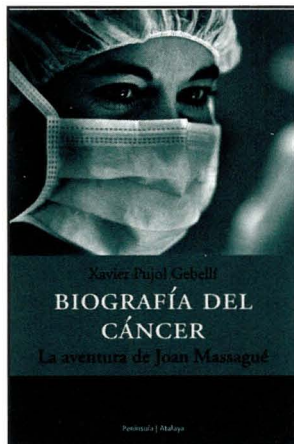
No confiaba en que sus reglas y consejos pudieran guiar de forma inexorable a los investigadores por un camino que llevara al éxito. Pero las jóvenes promesas podrían vislumbrar en ellos cómo deberían proceder si querían dedicarse a la ciencia. Los futuros investigadores podían iniciarse por entonces en unos pocos laboratorios nacionales o en los mucho mejor

dotados de los países europeos o de los Estados Unidos de América. Allí aprenderían cómo hacer buena

ciencia. El ambiente era fundamental y así se señala en el libro. Ambiente, que por falta de tradición tampoco existía en la mayoría de los centros españoles a finales del siglo XIX.

Con todo y el anacronismo, que parece hacerlo más interesante para la historia que para cumplir una misión redentora a estas alturas en la juventud, hay que alabar la oportunidad de publicar una vez más este elocuente discurso, en esta cuidada edición y en este año en

que se conmemoran los cien años del premio científico de mayor rango a este genuino investigador español. El lector podrá disfrutar del comentario del responsable de la edición, Leoncio López-Ocón, que ha sabido añadir a esta edición una serie de anexos documentales y un índice que enriquecen y completan esta obra. Aunque uno no lo pretenda ha resultado imposible no hacer algunas consideraciones críticas, que no pretenden ensombrecer el merecido elogio a nuestro mejor científico, por ahora, de cualquier época.



Xavier Pujol Gebellí
**BIOGRAFÍA DEL CÁNCER. LA
AVENTURA DE JOAN MASSAGUÉ**

Barcelona: Península, 2005, pp. 204
ISBN 84-8307-630-6

Por Antonio Lafuente
Instituto de Historia, CSIC

El cáncer se ha convertido en un compañero habitual de viaje y cada día está más presente en nuestras vidas. Todos sabemos muchas historias y, sin necesidad de llegar a mayores, andamos mirando de refilón por si pudiera sentarse demasiado cerca este insidioso y sabio pasajero. Y es que cuando así ocurre, cuando se apodera de alguien muy querido, no tenemos más remedio

que intimar con él. Lo raro es que de esa familiaridad nazca un libro que, siendo el diario de una travesía, contenga algunas respuestas a los muchos porqués que nos atormentan. ¿Qué es el cáncer?

¿Cómo puedo ahora manejar mi vida? ¿Por qué no le ganamos la batalla? ¿Cómo es posible que sigan creciendo los

afectados? ¿Por qué no se investiga más? ¿Por qué no mejora la atención hospitalaria? Y esto es lo que ha hecho Xavier Pujol. Ser testigo del tránsito y contarnos lo mucho que ha aprendido, es decir, lo mucho que debe saber quienquiera que tenga que convivir con el cáncer.

Desde que Nixon firmara en 1971 la *National Act Cancer*, una iniciativa destinada a movilizar todos los recursos del país contra la enfermedad, EE.UU. ha gastado más 200 mil millones de dólares y se han publicado cerca de un millón y medio de artículos científicos. Hoy sabemos que hay unos 200 tipos diferentes de cáncer y que, sólo en España, afecta cada año a 150.000 personas, de las que unas 91.000 fallecen. En fin, como vemos, estamos hablando de un objeto que además de ser científico, también es de naturaleza política y moral.

El cáncer también es un objeto moral aunque sólo sea por la desintegración familiar que provoca

Su identidad científica es la más obvia, pues hay consenso en que se trata de un evento genético que sucede en un cuerpo concreto cuyo perfil genético individual es decisivo.

O sea que el conocimiento del tipo de cáncer que alguien padece no determina

la evolución que tendrá, como tampoco la respuesta individual a las distintas terapias posibles, pues todos los cuerpos son distintos. Por otra parte, la investigación del cáncer ha sido el motor de numerosos descubrimientos en muchos campos de la ciencia y de la tecnología. Más aún, es imposible hablar del cáncer sin mencionar las muchas innovaciones tecnológicas a que ha dado lugar, como también es imprescindible referirse a los cambios que ha provocado en las formas de organizar y gestionar la empresa científica. Y es que, en efecto, nada podríamos entender de la ciencia de finales del siglo XX sin dedicar la mayor atención a la trama formada por la investigación básica, la industria farmacéutica y las nuevas tecnologías (la bioingeniería y la informática). Y siendo cierta la deriva de las ciencias biomédicas

hacia la llamada *Big Science* (siendo el cáncer para ellas, lo que la energía nuclear para las ciencias físicas y de la materia), también es verdad que cada día los oncólogos le den mayor valor a la dimensión puramente clínica del problema, tanto que lo consideremos desde el punto de la investigación, como que queramos detenernos en la curación.

No hacen falta muchas líneas para mostrar la dimensión política del cáncer, pues estamos hablando de programas que, como se dijo, involucran masas ingentes de recursos, personas, instituciones y tecnologías que deben ser gestionadas. Porque, lo sabemos, en una sociedad tan medicalizada, casi todo tiene que ver con el cáncer, ya sea que hablemos de alimentación y agricultura, ya sea que pensemos en radiaciones, fertilizantes, tintes o cosmética. Esta dimensión más política del cáncer se convierte en uno de los temas estrellas del libro cuando Xavier Pujol se pregunta e interroga a Messegue y otros oncólogos de prestigio las razones del atraso español en la lucha contra el cáncer. Y aquí las reflexiones del autor quieren ser incisivas. La respuesta más obvia, la que se conforma con afirmar que no se invierte bastante, no es aceptada como suficiente, lo que permite explorar otras aproximaciones convergentes y que tienen que ver con

valores (la incapacidad para conectar el conocimiento a las necesidades sociales y productivas), tradiciones (la burocratización de la gestión o el desdén hacia la cultura de la evaluación, la prevalencia del clientelismo) o historia (el anquilosamiento de las Universidades, la centralización de los recursos, la desconfianza ante la innovación).

El cáncer también es un objeto moral aunque sólo sea por la desintegración familiar que provoca (se dice que el día del diagnóstico entran en la consulta un enfermo y salen 6 pacientes de media) o porque las metáforas del cáncer siempre se utilizan para descender a las cloacas de la sociedad. Los enfermos tienen que aprender a combatir el tiempo de la enfermedad y reemplazarlo por el de la vida. Y el esfuerzo es tan grande como generalizado. Tanto que la enfermedad se ha convertido en una escuela, un espacio de reforma social, un ámbito privilegiado desde el que hacerse preguntas sobre nuestros estilos de vida y sus valores. El libro de Pujol es muy beligerante en este punto y anima a luchar contra todas las formas de conformismo, abogando para que por fin

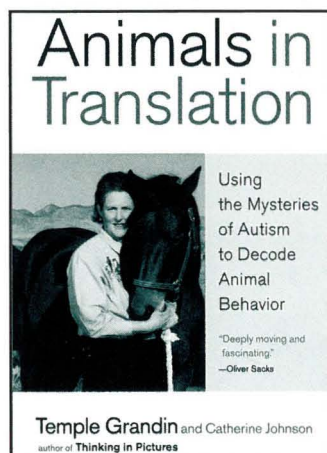
La enfermedad se ha convertido en una escuela, un ámbito privilegiado desde el que hacerse preguntas sobre nuestros estilos de vida y sus valores

la Revolución francesa llegue a la medicina, pues la condición de enfermo no debería restringir la de ciudadano.

Y dejamos para el final la parte más conmovedora del texto, pues todos los temas anteriores son tratados mezclando dos historias, dos

maneras de engancharse al cáncer. La primera está contenida en la vida de Joan Massagué, el científico español más citado, sus

trabajos, sus amigos, sus ideas, sus sueños. La segunda se llama Julia, una mujer que no quiere entregarse y que recorre el calvario de las consultas, las pruebas, las quimios, las recaídas y los hospitales. Xavier Pujol sabe de lo que habla, admira a Massagué y está enamorado de Julia. También sabe lo que quiere: luchar contra el silencio, esperanzarse y, claro está, dar la vida. ¡Y, a veces, lo contagia!



Temple Grandin y Catherine Johnson
**ANIMALS IN TRANSLATION: USING
THE MYSTERIES OF AUTISM TO
DECODE ANIMAL BEHAVIOR**

Simon & Schuster 2005,
ISBN 0-7432-4769-8. 356 pág.

Por José M. Mato
Patrono de la Fundación de
Ciencias de la Salud

La palabra autismo fue utilizada por primera vez por el psiquiatra suizo Eugene Bleuler, en un artículo publicado en el *American Journal Insanity* en 1912, para señalar a alguien que estaba "encerrado en si mismo", y fue Leo Kanner, un médico vienés que trabajaba

en la Universidad John Hopkins, en Baltimore, Maryland, quien, estudiando a un grupo de niños ensimismados y con severos problemas de índole social, de comportamiento y de comunicación, empleó en 1943 el término diagnóstico de "autismo infantil precoz" para referirse a este síndrome. En EE.UU. esta enfermedad afecta a alrededor de 4,5 de cada 10.000

nacidos. Además, se calcula que el número de niños que muestran conductas parecidas al autismo se sitúa entre 15 y 20 casos por cada 10.000

nacimientos. Los cálculos de prevalencia del autismo varían desde el 2 por 10.000 en Alemania hasta el 16 por 10.000 en Japón. Sus causas se desconocen pero en su aparición deben influir tanto factores genéticos como ambientales.

La visión que la mayoría de los humanos tiene de los autistas es la de personas con problemas de índole social, de comportamiento y de comunicación que, con frecuencia, deben ser institucionalizados por no poder integrarse en la sociedad.

La visión que la mayoría de los humanos tiene de los autistas es la de personas con problemas de índole social

Temple Grandin, una mujer autista a cuyos padres les recomendaron institucionalizarla cuando era pequeña, no sólo ha conseguido integrarse en la sociedad, sino que se ha convertido en una experta investigadora sobre comportamiento animal, así como experta en autismo. Es doctora, profesora de la Universidad Estatal de

Colorado, y diseña instalaciones que se utilizan en los mataderos de todo el mundo para mejorar la calidad de vida de los animales y que

reciban un trato más humano: la mitad de los mataderos en EE.UU. y Canadá emplean instalaciones que ella ha diseñado. También inventó una "máquina que abraza" (basada en un "túnel" que se emplea para inmovilizar a las reses cuando, por ejemplo, se las vacuna) para calmar a los niños autistas y que ella misma, como cuenta en su libro, utilizó para calmar su ansiedad. Pero a pesar de todo, entre la gente se siente como "un antropólogo en Marte".

En *Animals in Translation*, escrito conjuntamente con la escritora de libros

de divulgación científica Catherine Johnson, madre de dos hijos autistas, Grandin argumenta que los animales se asemejan a las personas autistas en que piensan visualmente más que lingüísticamente, y que perciben el mundo exterior como una mezcla de innumerables detalles en lugar de como un todo integrado y coherente. Dice Temple que "los animales y los individuos autistas no tienen que prestar atención a algo para verlo" y que "ciertas cosas, como un pequeño objeto moviéndose, les llama la atención poderosamente lo quieran o no", no pueden filtrar su atención como hacen el resto de los seres humanos, "los árboles les impiden ver el bosque", es un talento a la vez que una limitación. Argumenta Temple, provocadoramente, que para tener conciencia no es necesario el lenguaje, y que los animales, como los autistas, también tienen conciencia. Consecuentemente, los animales -por ejemplo las vacas cuando se dirigen a uno de esos "túneles"- se asustan fácilmente por pequeños detalles que a los humanos nos parecen triviales y nos pasan inadvertidos, tales como sonidos en una frecuencia alta, una cadena haciendo ruido, o trapos al aire. Temple a menudo ha detectado detalles en granjas y mataderos que causaban importantes problemas para el manejo de los animales y que habían pasado desapercibidos para los encargados de estas instalaciones.

Grandin argumenta asimismo que, psicológicamente, los animales y los individuos autistas tienen mucho en común; considera el autismo como una especie de estado intermedio desde los animales a los humanos, lo cual sitúa a los autistas en una situación óptima para entender, o "traducir", a los

La autora, es una mujer autista que se ha convertido en una experta investigadora

animales. También argumenta que ambos tienen capacidades mentales que han sido, en general, subestimadas. Temple explora en su libro el sufrimiento, el dolor, la agresión, la amistad, la comunicación, el aprendizaje e incluso la genialidad en los animales.

Animals in Translation es un libro interesante, escrito frecuentemente con humor, que, aunque demasiado especulativo, sin duda contribuye al interesante debate sobre la inteligencia en los autistas y en los animales, dos temas sobre los que no hay consenso en la comunidad científica. Grandin argumenta que los animales tienen formidables capacidades cognitivas, aunque muy especializadas, mientras que los seres humanos, en cuanto a sus capacidades cognitivas, son generalistas. Así, los perros están especializados en olores, y los pájaros en migración. En su opinión algunos animales son auténticos genios, del mismo modo que algunos individuos autistas pueden llevar a cabo extraordinarios cálculos mentales o de memorización. Grandin comenta el conocido ejemplo de aquellos perros que pueden predecir cuando sus amos van a sufrir una enfermedad, y también cuando van a llegar a casa. También hace notar que los humanos necesitan de la proximidad de los animales. Según apunta en el libro, de forma muy provocadora, durante la evolución hasta convertirnos en lo que somos los humanos, hemos perdido algo primordial y estar entre animales nos ayuda a recuperarlo en parte.

Nuevas actividades de
divulgación y formación
después del descanso
vacacional:

CLAVES

*Jornada sobre Endocarditis
Infecciosa (EI). 5 de octubre,
Auditorio de la F. Lázaro
Galdiano*

*Jornada sobre Nanobiotec-
nología. 17 de octubre, Auditorio
de la R. de Estudiantes*

*VIII Ateneo de Bioética. La
Profesionalidad. El médico que
todos queríamos en el siglo XXI.
Auditorio de la F. Lázaro Galdiano,
fecha por determinar*

*Ciclo Vivir con...: Vivir con...
Epilepsia y Vivir con...
Osteoporosis. Auditorio de la F.
Lázaro Galdiano, fechas por
determinar*

*Curso de Formación de Formadores
Bioética 4x4. 18 a 23 de septiembre*

*Innovación en Atención Primaria:
Los límites de la AP. Mes de
septiembre y Las respuestas
clínicas y no clínicas. Mes de
octubre*

JORNADAS Y CONFERENCIAS

Jornada sobre Endocarditis Infecciosa (EI)

Jornada organizada por la Fundación de Ciencias de la Salud y el Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis Infecciosa (GAME) del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Sus objetivos son: reunir a facultativos de hospitales españoles interesados en el diagnóstico y tratamiento de la EI; fomentar la creación de grupos de trabajo multidisciplinares en EI en hospitales españoles; constituir un grupo español cooperativo de trabajo en este campo, sin detrimento de participaciones en el Grupo Internacional (ICE).

La jornada está estructurada en cinco mesas redondas, con turno de preguntas y respuestas específicas y que se prevén como participativas por parte de los asistentes. Coordinan la Jornada los doctores Emilio Bouza, Jefe del Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas del Hospital Gregorio Marañón y Patrono de la Fundación, Miguel Ángel García, Jefe del Servicio de Cardiología, Ángel Glez. Pinto, Jefe de Cirugía Cardíaca y Víctor Ramallo, Jefe de Medicina Interna, todos ellos del Hospital Gregorio Marañón.

Fecha y lugar: 5 de octubre, Auditorio de la F. Lázaro Galdiano

Jornada sobre Nanobiotecnología

La interacción entre la biología, medicina, nanotecnología, constituye uno de los campos más prometedores de la investigación. La *nanobiotecnología* sería la rama de la nanotecnología basada en el uso de estructuras biológicas, una tecnología que se conoce como húmeda-seca -donde "húmedo" pertenece a los componentes biológicos y "seco" a la ingeniería de nanopartículas inorgánicas-. Por su parte, la *nanomedicina* se ha convertido en una de las vertientes más prometedoras de los avances tecnológicos en medicina. Quizá llegue a ser la rama de la nanotecnología que permita la posibilidad de curar enfermedades desde dentro del cuerpo y al nivel celular o molecular.

Esta Jornada está organizada en colaboración con el British Council. Dirigida por el Prof. Mato, Director general del Cic-Biogune y del Cic-Biomagune y Patrono de la Fundación, en ella se abordará la situación y los avances que estas nuevas tecnologías están teniendo tanto a nivel nacional como en el Reino Unido.

Fecha y lugar: 17 de octubre, Auditorio de la R. de Estudiantes

VIII Ateneo de Bioética. La Profesionalidad. El médico que todos querriamos en el siglo XXI

Octava edición del Ateneo de Bioética en la que, con la base de una representación teatral, se entremezclan las opiniones de personajes del pasado y de profesionales de hoy en día en torno a 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 de los distintos papeles y responsabilidades que ha de adoptar el médico, frente a las posiciones social, científica y médica de hoy en día, que defienden profesionales de los distintos sectores.



El VIII Ateneo de Bioética se organiza en colaboración con la Fundación MAPFRE. Está codirigido por el Dr. Francesc Borrell y el Prof. Diego Gracia. La representación teatral corre a cargo del Grupo de teatro Producciones Barón.

Fecha y lugar: Auditorio de la F. Lázaro Galdiano, fecha por determinar

Ciclo Vivir con...

La Fundación continúa este ciclo de conferencias en el que expertos en las distintas patologías o problemas tratados, desgranar las causas, lo que sabe la ciencia básica y los posibles tratamientos médicos. La visión se completa con la experiencia personal de un afectado que da testimonio de su vivencia con dicho problema.

En el último trimestre del año se organizarán sendas charlas sobre *Vivir con... Epilepsia* y *Vivir con... Osteoporosis*, enfermedades de importante repercusión social y fuerte impacto sociosanitario. En ambos casos la visión personal correrá a cargo de representantes de organizaciones de pacientes.

Fecha y lugar: Auditorio de la F. Lázaro Galdiano, fechas por determinar

FORMACIÓN

Curso Bioética 4x4

Del 18 a 23 de septiembre se celebra la última edición del año del Curso de Formación de Formadores *Bioética 4x4*. De gran calidad por sus contenidos, claustro docente y metodología formativa, los destinatarios de este curso son profesionales clínicos con formación previa en bioética y responsabilidades docentes o en comités de ética.

Innovación en Atención Primaria

Igualmente, y de nuevo en colaboración con la Fundación para la Formación de la OMC, continúa la segunda edición del proyecto *Innovación en Atención Primaria*, dedicado este año a 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.

Los temas a tratar en los seminarios del tercer cuatrimestre son:

-*Los límites de la Atención Primaria*. Mes de septiembre. Ponente: Dr. Juan Gervas, Médico de Canencia de la Sierra. Coordinador del Equipo CESCA.

-*Las respuestas clínicas y no clínicas*. Mes de octubre. Ponente: Dr. Andreu Segura, Epidemiólogo y médico de sanidad nacional. Profesor de Salud Pública de la UB.

Se mantiene la organización de los seminarios, pilotados por un ponente-relator y analista- que elabora unas síntesis y conclusiones del tema tratado de manera presencial con un panel de expertos. 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.



Para más información
www.fcs.es



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



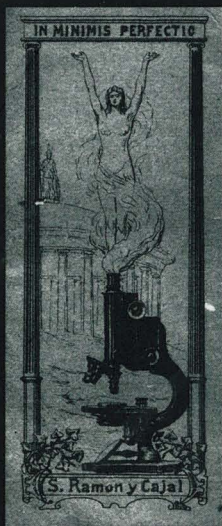
eidon se propone alcanzar los
más altos niveles de objetividad y
equilibrio científico en sus
contenidos.

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

La publicación de este número ha
sido posible gracias a la
colaboración de GlaxoSmithKline.

www.fcs.es

eidon



www.fcs.es

número 21

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD