

eidon

22 número

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Derecho y Salud

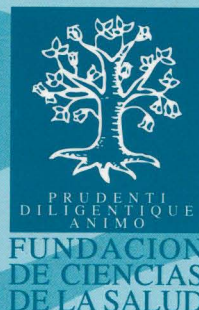
Entrevista

Miguel Roca

En Tierra de Nadie

María Tena y M^a Teresa Miras

14 euros • julio-octubre 2006



**revista
eidon**

**FUNDACIÓN
DE CIENCIAS
DE LA SALUD**

PATRONATO

PRESIDENTE

Diego Gracia

VICEPRESIDENTE

Rodrigo Becker

SECRETARIO

José Miguel Coldefors

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

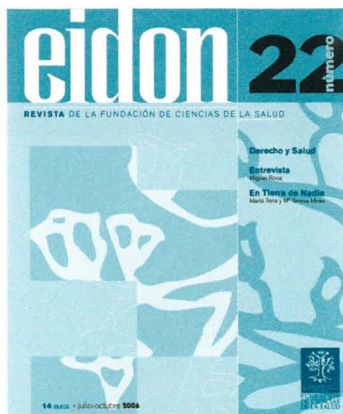
Carlos Solchaga

DIRECTORA

M^a Dolores S. de Puerta

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

número



CONSEJO DE redacción

DIRECTOR
Javier Puerto

COORDINACIÓN
Beatriz Juanes

COLABORADORES
EN ESTE NÚMERO
Josep L. Barona
Soledad Campos
José M. Merino
Manuel de los Reyes
Esteban Rodríguez Ocaña
José M. Romay Beccaría
José Antonio Seoane
Ana Tur

REDACCIÓN
Beatriz Juanes
Rafael Pérez Ybarra
Yolanda Virseda

DISEÑO Y MAQUETACIÓN
Albarte

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
JULIO-OCTUBRE

2 sumario

EDITORIAL

PLATAFORMA
DE DEBATE

ENTREVISTA

BIOÉTICA

POLÍTICA SANITARIA

CON MANO
AJENA

EN TIERRA
DE NADIE

DEL PASADO
AL PRESENTE

CRÍTICA DE
LIBROS

AGENDA

4 Salud: hechos y derechos

6 Derecho y salud
• José M. Romay Beccaría
Derecho, ética y salud
• José Antonio Seoane

**La libre circulación de pacientes en Europa:
un enfoque multidisciplinar**
• Ana Tur

22 Miguel Roca



27 Ensayos clínicos sin interés comercial

31 Tres décadas de evolución de la atención
primaria en España (1976-2006)

38 El marco ético de una sociedad científica:
visión desde dentro
• Manuel de los Reyes

El duplicado
• José M. Merino



46 En tierra de nadie: conversaciones sobre
ciencias y letras
La visión de las mujeres

51 Rasgos fundamentales del Real Tribunal del
Protomedicato
• Soledad Campos

**Las Leyes de la salud. Enfermedad, profesión
y Administración Sanitaria en la España
Contemporánea**
• Esteban Rodríguez Ocaña

La reforma sanitaria de la II República
• Josep L. Barona

70 • Introducción al estudio de la medicina
experimental
• Las políticas de la salud. La sanidad
valenciana entre 1855 y 1936

76 Próximas actividades y publicaciones

SALUD: HECHOS Y DERECHOS

En el libro décimo de las *Confesiones* dice San Agustín a propósito de lo que es el tiempo: "si no me lo preguntan, lo sé; si me lo preguntan, no lo sé." Por más que resulte una paradoja, es lo que nos suele pasar con casi todas las cosas importantes, que dejan de ser claras en cuanto se concentra la atención en ellas.

Más de una vez se ha traído a colación la paradoja de Agustín de Hipona a propósito de la salud. Todos creemos tener una percepción clara de qué es y en qué consiste, pero su definición precisa se nos resiste de modo casi insufrible. No deja de ser sorprendente que suela caracterizarse siempre de modo negativo, como "el silencio de los órganos", o diciendo que "nadie sabe lo que es la salud hasta que no la pierde." Pero las paradojas no acaban aquí. Ha llegado a ser popular el dicho de que "la salud es un estado transitorio que no conduce a nada bueno", y Jules Romains hizo célebre en su *Dr. Knock* aquello de que "un sano es un enfermo mal explorado."

Paradoja tras paradoja. En la carta fundacional de la Organización Mundial de la Salud se dice que "la salud es un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad". Esta definición tiene al menos la participaridad de caracterizarla de modo positivo. Y para ello acude al vocablo bienestar, *wellbeing*. Lo cual es fuente de nuevos problemas. Por lo pronto, no es un término de los llamados "descriptivos" sino que tiene carácter "evaluativo". El bienestar es una valoración, y en tanto que tal

El bienestar es una valoración, y en tanto que tal posee una lógica muy distinta a la de los hechos

posee una lógica muy distinta a la de los hechos. Hasta tal punto es esto así, que el perfecto bienestar físico, mental y social de la definición es cualquier cosa menos un hecho. ¿Quién es capaz de alcanzarlo y permanecer en él? Y aun en el caso de que el perfecto bienestar fuera accesible, el mero hecho de saber que no será duradero introduciría ya un elemento de malestar en él. No hay duda, el perfecto bienestar no es un hecho.

Si esto es así, y parece que es así, cabe preguntarse qué puede significar el llamado "derecho a la salud". Es obvio que no puede identificarse con el derecho a estar sano, por más que éste parezca ser su sentido inmediato. Quizá por ello, suele sustituirse por el "derecho a la integridad física". Pero también esta expresión es ambigua, porque parece significar que tenemos derecho a un organismo íntegro y sin mutilaciones, lo cual tampoco es cierto. A lo que podemos tener derecho es a que los demás no atenten contra nuestra integridad física. Y también a que, en caso de alteración biológica o enfermedad, se nos asista correctamente.

Es el llamado "derecho a la asistencia sanitaria". La salud es un bien social primario, y por tanto su cuidado y asistencia deben estar garantizados de modo íntegro y universal.

Pero de nuevo surgen los problemas. Porque si la salud es un estado ideal que nadie alcanzará nunca, y si su cuidado y asistencia se blinda nada menos que con la fuerza de un derecho humano, entonces resulta que el sistema sanitario se verá sometido a una demanda ilimitada y, desde luego,

imposible de cubrir. Algo de esto es ya una realidad, y todo hace suponer que lo será mucho más en el próximo futuro.

¿Soluciones? Hay varias, pero resulta que las fáciles no son buenas y las buenas no son fáciles. Los economistas suelen considerar que el único límite a este crecimiento indefinido del gasto es el establecimiento de medidas restrictivas. Al incremento de la demanda, la restricción en la oferta. Es lo que en el mundo anglosajón se denomina *rationing*, término que cabría traducir al español por racionamiento, si no fuera por el sentido peyorativo que adquirió en la inmediata posguerra civil. Los gestores sanitarios lo consideran indispensable y uno de los pocos remedios eficaces, a pesar de su impopularidad. Sus expresiones prácticas son varias, y van desde las listas de espera hasta el copago de medicamentos y visitas.

¿Cabe una solución mejor? Por supuesto que sí. Veámoslo que la salud no es término descriptivo sino evaluativo; en otras palabras, que no se trata de un hecho sino de un valor. Los valores tienen su propia lógica, que generalmente se ignora. A los médicos se les ha formado en la idea de que la salud y la enfermedad son hechos, no valores, y en consecuencia desatienden su dimensión de valor. Es una trampa mortal. Los seres humanos valoramos siempre y necesariamente, y por tanto no podemos nunca vivir en un puro mundo de hecho. Tenemos que aprender a valorar, y a gestionar razonable y prudentemente los valores. Por ejemplo, el valor salud. Tan perniciosa es la infravaloración

de la vida y la salud, como su sobrevaloración. Una búsqueda obsesiva e irracional del bienestar generará siempre y necesariamente malestar. De ahí la necesidad de aprender a gestionarlo de modo prudente y razonable. Somos la primera generación en la historia con la posibilidad de llegar a una edad muy avanzada en condiciones saludables, entendiendo por tales las que permiten llevar a cabo los objetivos razonables en una vida humana.

La ONU ha promovido en el orden de la economía el llamado "desarrollo sostenible", frente al subdesarrollo insostenible del tercer mundo y el desarrollo, también insostenible, del primero. Algo similar cabe decir de la salud. No es razonable aspirar a una salud o un bienestar totales, sino al sostenible, es decir, al prudente, aquel que asume las propias limitaciones de la vida e intenta gestionarlas de modo sabio y responsable. No es más feliz quien más desea, sino el que sabe gestionar sus propios recursos de modo sabio y prudente. Ésta es una vieja lección, ya presente en los clásicos, que al día de hoy no ha perdido nada de su vigencia. Esperemos que no la pierda nunca.

Diego Gracia
Presidente



DERECHO Y SALUD

JOSÉ M. ROMAY BECCARÍA

Ministro de Sanidad y Consumo 1996-2000

Desde siempre los Estados se han preocupado de la salud de sus ciudadanos. Aunque el concepto de Salud Pública no aparece hasta el siglo XIX, desde mucho antes ya existe una profunda relación entre Derecho y Salud, una asociación que se ve reflejada en las Constituciones modernas que contemplan el doble interés de la salud: social e individual.

Las mejores enseñanzas existentes sobre la vinculación de la Salud con el Derecho se pueden encontrar en las reflexiones de los profesores Guido Zanobini, Jaime Guasp y Eduardo García de Enterría, eximios juristas todos ellos. Asimismo, los postulados de los profesores Giambatista Vico y Philippe Nemo permiten enmarcar adecuadamente el tipo de creación humana que es el Derecho.

Los griegos inventaron el “gobierno de la ley”, pero no llevaron muy lejos la elaboración del derecho. Si el derecho debe hacer posible la cooperación pacífica y fecunda entre los hombres delimitando las fronteras entre lo mío y lo tuyo, es evidente que jugará ese papel con mayor eficacia cuanto mejor sepa precisar esas fronteras. Los magistrados y jurisconsultos romanos llevaron a cabo ese perfeccionamiento. Fue en Roma donde surgió el derecho civil que constituye todavía hoy la base de todos los derechos occidentales modernos.

Al inventar el derecho privado los romanos crearon la persona humana individual, libre, con vida interior y destino singular: un ego. Las relaciones con los demás egos no suponen una fusión en el grupo, en un ser-conjunto de tipo colectivo, holista o tribal, sino que permiten que el individuo y su libertad subsistan plenamente. El derecho romano es, en consecuencia, la fuente del humanismo occidental. No hay humanismo sin derecho privado y sin protección jurídica de la propiedad. Lo que se es depende en cierta medida de lo que se tiene.

En el desarrollo de este humanismo el cristianismo tendrá sin duda un papel fundamental para la valoración de la persona humana individual, moralmente responsable, creada y querida por Dios en su singularidad.

Fue el progreso del derecho impulsado por Roma lo que originó el paso definitivo que sacó a la humanidad del tribalismo. Occidente vivió este avance al mismo tiempo que el civismo griego. Oriente lo ignorará¹. Vico, según la admirable visión de su Ciencia Nueva que nos da Isaiah Berlin, defiende que las creaciones de los hombres –tales como las leyes, religiones, obras de arte, canciones, rituales, lenguajes y similares– no son productos artificiales creados para agradar, para manipular o dominar a los hombres, sino que son formas naturales de autoexpresión, de comunicación con otros seres humanos y con Dios.

LEY NATURAL Y UNIVERSAL

La valentía intelectual de Vico, nos dice Berlin, fue enorme. Era una empresa muy temeraria atacar la antigua concepción de la ley natural entendida

como universal, absoluta y objetiva; un conjunto de verdades eternas a cuya luz Europa había vivido durante dos milenios. Era especialmente temerario hacer tal cosa en el siglo de los grandes juristas, los cuales habían manifestado que estas

leyes eran tan ciertas como las de las matemáticas y no podían ser alteradas ni siquiera por Dios mismo. Por el contrario, según Vico, lo correcto y lo incorrecto, la propiedad y la justicia, la igualdad y la libertad, las relaciones entre el amo y el siervo, la autoridad y el castigo, son nociones que van

evolucionando en cada una de las fases sucesivas, entre las que habrá un cierto parecido familiar, pero ese parecido esquematizado no nos permite hablar de un rostro sin rasgos distintivos que sería el rostro eterno de la humanidad.

Y el gran pensador napolitano añade: “las leyes y las costumbres son los productos sociales que responden a las necesidades sociales cambiantes. No son un cuerpo de reglas infalibles que los sabios individuales, elevados por encima de la corriente de la historia, conciben en la plenitud de su perfección y presentan como códigos inmutables para todos los hombres de cualquier tiempo y lugar”.

Vico afirmó antes que Herder, Hegel o Marx que a cada estadio del cambio social le correspondía su propio tipo de leyes, gobierno, religión, arte, mitos, lenguaje y costumbres.

Y dijo algo no menos importante cuando aseveró que la historia social era en gran medida –no totalmente como predicará más tarde el dogma marxista– la lucha de los “desposeídos” por los derechos y poderes –derechos económicos de posesión de la tierra, derechos morales bajo la forma de reivindicación de “status” legal, en particular para el matrimonio y la herencia, inicialmente reservado a los patricios y gradualmente conquistado por los plebeyos tras una serie de cruentas insurrecciones y derechos políticos para participar en el gobierno del Estado (por ejemplo, el derecho a

tomar el mando que otorga el poder para guiar sus destinos)-.

CAMBIO, DESTINO Y PROVIDENCIA

Según Vico, la vida de los hombres está gobernada, no por el cambio –como defendieron Epicuro y sus discípulos, Hobbes y Maquiavelo–, ni por el destino –como pensaron los estoicos Zenón y Espinosa–, pues dichas tesis impedirían que la historia fuera susceptible de

explicación racional, sino por la chispa de divinidad que habita en los hombres, por su esfuerzo para abandonar la naturaleza bruta en pos de la “humanidad” o “civilización”.

Vico, sin embargo, era un devoto cristiano. Sin la Providencia, dice, no hay progreso aunque ésta puede trabajar a través de las facultades humanas; la religión es para nuestro autor la primera y más poderosa de las maneras usadas por la Providencia para convertir nuestros vicios en medidas para nuestra preservación y perfeccionamiento. Vico era totalmente heterodoxo; quizás herético, pero incondicionalmente religioso².

Estas ideas viquianas sobre la “función” de la religión y del derecho tienen un desarrollo racional y moderno en la formidable concepción del Derecho formulada ya en nuestros tiempos por el Profesor Jaime Guasp en la Universidad de Madrid en la segunda mitad del siglo XX.

Todo Derecho, dice Guasp, supone formalmente la existencia de un medio social; sin sociedad no hay Derecho. Una sociedad ya existente está en condiciones de convertir sus aspiraciones en normas –necesidades establecidas en la terminología de Guasp–, que por eso mismo forman el Derecho.

Todo Derecho supone formalmente la existencia de un medio social; sin sociedad no hay Derecho

De entre todas esas aspiraciones propiamente sociales, la primera que debe tenerse en cuenta es sin duda aquella que señala el impulso de toda sociedad hacia su propia conservación. Llamamos paz a esa actitud o serie de actitudes sociales fundadas en la tendencia de todo ente social a su propia conservación. La paz se descubre así como el término que define a todos los valores de conservación en el

Derecho, como el primer gran principio jurídico en el que todo el Derecho tiene que reflejarse de algún modo si quiere estar fundado.

Pero una sociedad que ya existe y que, incluso, se halla en trance de conservación garantizada no tiene con eso cubiertas aquellas aspiraciones, satisfechos todos aquellos anhelos, que acaso quiera convertir en una “necesidad” verdadera, en una norma impuesta.

MEJORA DE LA HUMANIDAD

La sociedad humana, por serlo, está dotada de una innegable inclinación hacia su propio mejoramiento. El Derecho debe también su razón de ser a tal aspiración. El nombre riguroso con que hay que designar a esta segunda gran justificación es, precisamente, el de la justicia; justicia es perfeccionamiento, superación de un equilibrio por una nueva composición dinámica, un proceso más que un estado. En este sentido,

al lado de la paz, la justicia es el segundo de los grandes principios del Derecho³.

A esas funciones básicas del Derecho, la paz y la justicia, el devenir histórico ha ido añadiendo múltiples quehaceres. El Derecho Administrativo, surgido de la Revolución liberal –como exponen Eduardo García de Enterría y Tomás Ramón Fernández– fue construyendo sus técnicas con la atención puesta en la defensa de la libertad y de la propiedad del individuo frente a las eventuales injerencias no justificadas del poder público. A esta orden de necesidades se ha venido a sumar en la época en que vivimos otra no menos importante, a partir de la constatación, verdaderamente elemental, de la absoluta impotencia del individuo aislado para proveer con sus solas fuerzas a sus múltiples carencias, y correlativamente, de la no menos imperiosa necesidad de

una actividad de entes públicos para suplir aquellas y garantizar al ciudadano una asistencia vital efectiva capaz de asegurar su subsistencia a un nivel razonable. Es lo que la doctrina alemana llama Administración prestacional.

Entre estas prestaciones tienen una importancia decisiva, obvio es decirlo, las relacionadas con la salud cuya atención por los poderes públicos viene ya de muy antiguo.

Y es que como muy bien enseña el maestro Zanobini, ningún bien de la vida presenta tan claramente unidos los intereses individuales y los intereses colectivos como la salud. La salud es para los individuos un presupuesto de

Ningún bien de la vida presenta tan claramente unidos los intereses individuales y los intereses colectivos como la salud

toda actividad física o especulativa, de todo goce, espiritual o material. Pero para los pueblos, para las colectividades, para las naciones, la salud de sus propios componentes es también una condición necesaria para su defensa interna y externa, para el bienestar general, para todo progreso material, moral o político.

Por eso, desde siempre, los Estados se preocuparon de la “salud” de los ciudadanos. En la antigüedad porque los necesitaban para la guerra; en los tiempos modernos porque se fue tomando cada vez más conciencia de que la salud de los individuos le interesa, naturalmente a los individuos mismos, pero le importa a toda la colectividad, porque no hay un país próspero si no tiene los ciudadanos sanos. Y, por tanto, cada vez más se fueron preocupando los Estados de la salud de las gentes. Las Constituciones modernas recorren el doble interés, individual y social, de la salud.

SALUD PÚBLICA

En el siglo XIX, a la vieja atención benéfica asistencial se añade, al amparo de los avances de la medicina y de la ciencia moderna, una preocupación de los Estados por eso que se ha llamado la “salud pública”, la política de vacunaciones, la lucha contra las enfermedades infecciosas, el saneamiento de las poblaciones, la preocupación por la sanidad materno-infantil, etc. Estaba remitida a la



preocupación individual, o a la pura beneficencia, la atención de las personas aquejadas de patologías no transmisibles.

Al hilo de lo que fue el desarrollo de los seguros sociales, que empieza como se sabe con Bismark cuando se toma conciencia de que al Estado le interesa velar como un factor de estabilidad social y de prosperidad y progreso, por la tranquilidad que supone dar garantías a los ciudadanos de que en caso de infortunio no van a estar desamparados, se suma a esa acción sanitaria

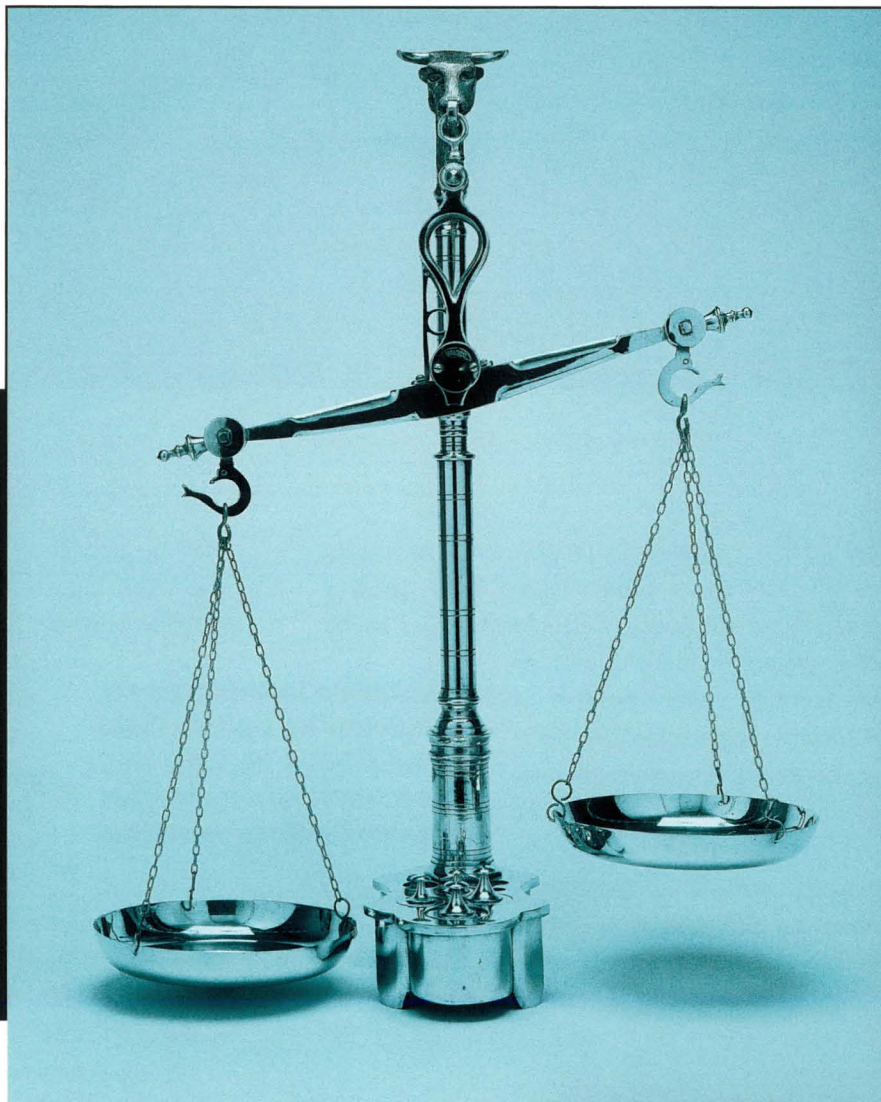
tradicional de los Estados lo que son los modernos servicios de asistencia sanitaria a los ciudadanos.

Una última observación. Los textos constitucionales no son parcos en declaraciones relativas a prestaciones administrativas a los ciudadanos, pero como con razón señalan García de Enterría y Fernández, tales declaraciones no pasan sin embargo del nivel de simple enunciado programático, careciendo de la precisión necesaria para servir de base a un

compromiso efectivo. Sin negar los avances que en materia sanitaria ha representado la Ley General de Sanidad y la de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, además de los Decretos sobre prestaciones sanitarias, es imposible desconocer que es mucho todavía el camino a recorrer⁴.

Notas bibliográficas

- ¹ NEMO, P. *Qué es Occidente*, Madrid, 2006, págs. 27-38
- ² BERLIN, I. *Vico y Herder*, Madrid, 2000, págs. 20-142
- ³ GUASP, J., *Derecho*, Madrid, 1971, págs. 303-306
- ⁴ GARCÍA DE ENTERRÍA, E. y FERNÁNDEZ, T.R. *Curso de Derecho Administrativo II*, Madrid, 1977, págs. 65-67.



DERECHO, ÉTICA Y SALUD

JOSÉ ANTONIO SEOANE

*Profesor Titular de Filosofía del Derecho
Universidad de La Coruña*

Ética y Derecho actúan como elementos complementarios en garantizar la salud a todos los seres humanos. La Ética precede al Derecho en la determinación de la salud, que luego el Derecho expresa en forma de derechos humanos o fundamentales, y la Ética también sucede al Derecho, verificando la adecuación de las respuestas jurídicas al catálogo de bienes y valores resultado de la previa deliberación moral y política.

1. La salud es un ingrediente esencial de la vida humana. Es también una realidad pluridimensional, que no cabe reducir a puro hecho. La salud es un fenómeno histórico o cultural que únicamente obtiene su significado tras su adecuada contextualización espacial, temporal, social e individual.

La vía tradicional de caracterización de la salud es aquella que la empareja con su concepto antagónico, dando lugar a

definiciones negativas o, propiamente, dialécticas: es el caso de la contraposición entre salud y enfermedad. En épocas recientes la salud se ha caracterizado de modo diverso, en un sentido más positivo y autónomo. Valga como ejemplo la noción de la Organización Mundial de la Salud, desde la utópica definición de 1946 en clave de bienestar, que aún se apoya en la

oposición entre salud y enfermedad¹, hasta la definición de la CIF (2001), desde una perspectiva biopsicosocial -biológica, individual y social-, en

términos de funcionamiento y capacidades, como resultado de la interacción entre el individuo y el entorno².

2. La evolución y la variedad de las concepciones de la salud revalidan su carácter histórico y la pluralidad de perspectivas para definirla. En todas ellas se advierte su importancia para la vida humana: la salud es un valor o un bien apreciado por los individuos y las comunidades. Esta dimensión axiológica de la salud remite directamente a la Ética y al Derecho.

3. La salud es valiosa porque nos capacita. El valor de la salud es su condición de oportunidad³ o posibilidad de vida⁴, de capacidad para perseguir nuestros objetivos vitales e intervenir adecuadamente en el contexto social⁵. De ahí que el antónimo de la salud no sea tanto la enfermedad cuanto la discapacidad, en un sentido amplio.

La salud es una de las capacidades básicas de la persona. Así lo entiende el denominado enfoque de las capacidades⁶, para el que la finalidad última de la intervención ética y jurídica en materia de salud no puede ser la satisfacción o el bienestar personal. Tampoco proporcionar recursos, pues idénticos recursos de salud no garantizan necesariamente una igualdad

El valor de la salud es su condición de oportunidad o posibilidad de vida, de capacidad para perseguir nuestros objetivos vitales

real ni tampoco libertad suficiente para el desarrollo del propio proyecto vital, y pueden resultar inútiles o insuficientes para algunas

personas. Los individuos varían en sus necesidades de recursos y en sus capacidades para convertirlos en posibilidades vitales o funcionamientos valiosos; además, existen obstáculos

sociales, ligados a la estructura de la comunidad y a la elección de políticas públicas. Tampoco dicha finalidad ha de apuntar a los funcionamientos. Los funcionamientos señalan lo que la persona hace o es, y las capacidades lo que la persona puede o es capaz de hacer y ser. Primar los funcionamientos implica subordinar la facultad de autodeterminación de los individuos, porque es posible garantizarlos sin tomar en consideración la libertad personal, y encaminarse hacia una igualdad de resultados, que se traduce en una merma de la facultad de autodeterminación.

La noción clave son las capacidades, esto es, las facultades básicas de elección y libre configuración de la propia vida, entendidas como capacidades combinadas: capacidades internas del individuo junto con condiciones externas adecuadas para su ejercicio. De una parte, se configuran como posibilidades u oportunidades, que dejan margen de libertad para que cada individuo defina el significado de su salud y sea el principal agente de su vida. De otra, requieren

un contexto, unas condiciones básicas de igualdad –entendida como igualdad de oportunidades– en el cuidado de la salud que permitan ejercerlas y convertirlas en funcionamientos. Por último, las variadas concreciones de las capacidades, en razón de las circunstancias y elecciones personales y sociales, anuncian la necesidad del diálogo y la deliberación para la determinación del catálogo de capacidades y su garantía ulterior.

4. La salud no es considerada únicamente como algo valioso

sino también como algo merecido por los seres humanos y, como tal, exigible por quienes la merecen. La salud es una cuestión de justicia. Este atributo estrecha aún más la relación entre la salud, la Ética y, sobre todo, el Derecho. La fórmula clásica de la justicia es dar a cada uno lo suyo (*suum cuique tribuere*)⁷. El problema de la justicia, en general, y de la protección justa de la salud, en particular, consiste en precisar el significado de los términos de la definición: en qué consiste “dar” (¿protección o prestación?); qué hay que dar (qué es “lo suyo”: ¿cuál es el nivel de salud a garantizar?); quién ha de dar; a quién se ha de dar (quién es “cada uno”: ¿todas las personas?; ¿a todos por igual?); etc.

5. El valor y el merecimiento de la salud y su condición de deber de justicia,

de cuidado debido, justifican su reconocimiento y protección como un derecho. Los derechos expresan de forma adecuada el valor y el merecimiento de la salud. Son una categoría moral, que identifica y enuncia

los bienes y capacidades más valiosos para la sociedad. Son también una categoría jurídica, incluida en las normas jurídicas estatales de mayor rango, las Constituciones, y en relevantes disposiciones internacionales; tienen carácter vinculante, para los poderes públicos y los ciudadanos, y son directamente exigibles por sus titulares, los ciudadanos. Son, finalmente, una categoría política, que articula la estructura del orden jurídico y de la comunidad política, orienta y limita la actuación de los poderes públicos y actúa como el principal criterio de legitimidad del poder.

6. El reconocimiento de la salud como derecho

se constata en el plano internacional ya en el Preámbulo de la Constitución de la OMS (1946) y, dos años más tarde (1948), en la Declaración universal de derechos humanos (artículo 25.1). Con posterioridad, el Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales de 1966 (art. 12) y otras numerosas disposiciones, hasta la reciente Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, aprobada en octubre de 2005, han perfilado el estatuto jurídico de la salud en el Derecho internacional de los derechos humanos.

Lo mismo sucede en el plano nacional. En los modernos Estados constitucionales de Derecho, surgidos tras la Segunda Guerra Mundial en la Europa occidental, la protección de los derechos comienza en los textos

constitucionales y se completa con la labor legislativa y jurisprudencial. En España, la Constitución de 1978

La salud es una cuestión de justicia; no sólo es algo valioso sino también merecido y exigible por quienes la merecen

reconoce el derecho a la protección de la salud en su artículo 43.1 y, además, tutela indirectamente la salud mediante

otros derechos de su catálogo iusfundamental y una estructura institucional compuesta por órganos y procedimientos destinados a su protección. En definitiva, la Constitución se convierte en punto de referencia de cualquier teoría de la justicia sobre la salud.

7. Los derechos humanos se reconocen en razón de la condición de persona

y enuncian y garantizan valores de alcance universal; constituyen *universalia iuris materialis*, que integran el núcleo de la justicia en materia de salud.

La valoración y la definición de la salud es una tarea que compete a todos los ciudadanos. Una primera elección ha sido incluir la salud en el catálogo de capacidades básicas y de derechos humanos o fundamentales, configurar su protección como una prioridad política y exigir su respeto y garantía. Esta decisión ha hecho posible el tránsito de la atención a la salud como beneficencia o caridad hacia el cuidado de la salud como deber de justicia y como derecho; de una protección benéfico, subordinada a la existencia de enfermedad y no garantizada a la

totalidad de la población, hacia el reconocimiento de la protección de la salud como un derecho y un deber de justicia, la atención integral de la salud en condiciones básicas de igualdad y la progresiva universalización subjetiva; de la atención a la salud desde una perspectiva negativa, como curación de la enfermedad, hacia la consideración de la salud en un sentido positivo e integral, referido sobre todo a la mejora de las condiciones de salud, tanto individuales como colectivas.

No existe identidad entre Derecho y Ética, pero sí semejanzas: son sistemas normativos que guían la acción humana

8. A partir de esta primera elección restan otras, individuales y colectivas, destinadas a delinear el contorno de la salud, como concepto, como valor y como derecho. Cobra sentido, por tanto, sugerir algunas orientaciones para encarar los retos pendientes: 1) ampliar el ámbito subjetivo de titulares o personas que disfrutaran del derecho a (la protección de) la salud, hasta la completa universalización, tanto en el ámbito estatal como internacional; 2) evitar discriminaciones injustificadas en el acceso al cuidado y tratamiento de la salud; 3) eliminar la inequidad y los desequilibrios territoriales, en el ámbito nacional e internacional; 4) reforzar la solidaridad intergeneracional; 5) superar la perspectiva sanitaria añadiendo la perspectiva social, para convertir el cuidado de la salud en una asistencia sociosanitaria; 6) ensanchar y perfilar el contenido material del derecho, en particular a través de un catálogo de prestaciones; 7) integrar una pluralidad de dimensiones no estrictamente clínicas en el derecho, referidas sobre todo a la toma de decisiones autónomas sobre la propia salud (información, intimidad, confidencialidad, consentimiento informado, educación, participación, etc.); 8) subrayar el significado del derecho a la salud como derecho individual, consistente en la posibilidad de elegir autónomamente cómo vivir y disfrutar de la propia salud, y no en la

imposición de una salud determinada; 9) subrayar la dimensión objetiva o institucional del derecho a la salud, que atribuye a las instituciones la obligación de proporcionar los cuidados básicos de salud, individual y pública, para la gestión individual de cada proyecto de vida.

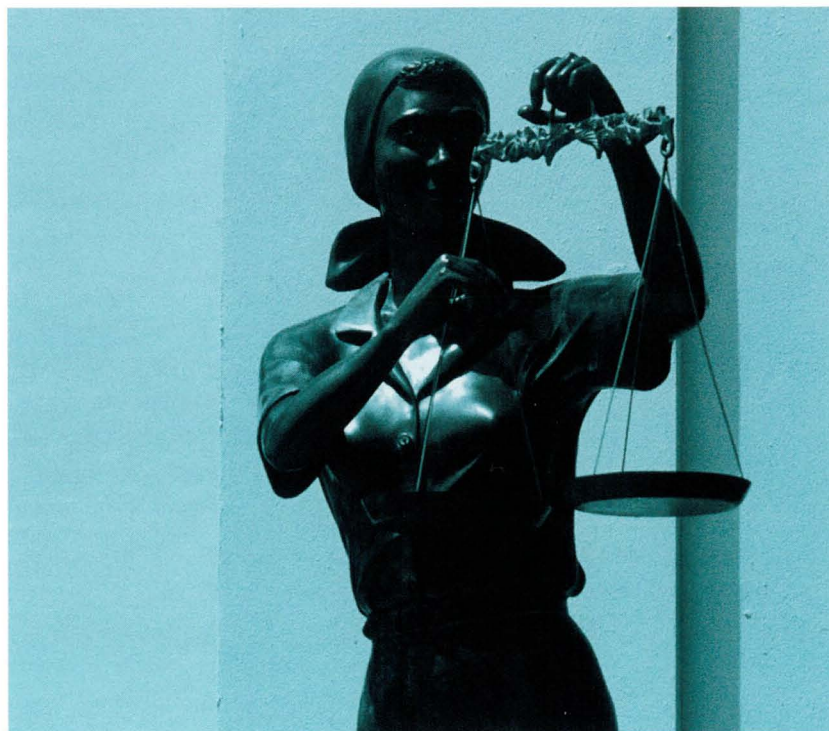
9. Toda sociedad justa estima imprescindible asegurar la salud como un bien básico para la convivencia, y lo hace a través de mecanismos informales o no institucionalizados, como los usos, las costumbres o la moral, y a través de mecanismos institucionalizados, de los que el más importante es el Derecho.

El Bioderecho o el Derecho Sanitario y la Bioética se ocupan específicamente del análisis y de la tutela de la salud desde el Derecho y la Ética⁸. Ambos son necesarios e insuficientes, lo que ha permitido afirmar, parafraseando a Kant, que el Bioderecho sin la Bioética es ciego y que la Bioética sin el Bioderecho resulta vacía⁹.

10. No existe identidad entre Derecho y Ética, pero sí semejanzas: son sistemas normativos que guían la acción humana. Entre ambos existe una conexión material o de contenido y una conexión metodológica, referida al tipo de razonamiento prudencial

empleado para resolver los problemas (bio)éticos y (bio)jurídicos¹⁰. Existe asimismo cierta continuidad: la Ética precede al Derecho en la determinación de los bienes y valores básicos (la salud), que luego el Derecho expresa en forma de derechos humanos o fundamentales (derecho a (la protección de) la salud); y la Ética también sucede al Derecho, verificando la adecuación de las respuestas jurídicas, tanto su formulación como su respeto y cumplimiento, al catálogo de bienes y valores resultado de la previa deliberación moral y política. Por su parte, el Derecho prolonga y completa la previa deliberación institucionalizando su resultado, que se convierte en norma obligatoria. La heterogeneidad y el pluralismo axiológicos en torno a la salud exigen diálogo y deliberación para alcanzar un acuerdo. Pero muchas cuestiones, entre ellas la protección de la salud, no pueden permanecer sin solución hasta alcanzar la respuesta óptima a través de una argumentación ilimitada o *ad infinitum*. Esta circunstancia convierte en necesarios ciertos procedimientos y órganos institucionalizados (legislativos y adjudicativos o judiciales, principalmente) que pongan fin a la fase deliberativa, guíen su realización y garanticen que se llega a una decisión¹¹.

El Derecho resuelve así el problema de la incertidumbre o del reconocimiento de la salud como valor básico, mediante su conversión en norma jurídica. Asimismo, coordina las expectativas personales para fomentar la cooperación social, paliando la insuficiencia de la iniciativa individual o de la cooperación espontánea para el logro de ciertos fines relativos a la tutela justa de la salud. Finalmente, protege nuestra fragilidad, resuelve conflictos y garantiza la eficacia con su normatividad o fuerza obligatoria,



exigiendo el cumplimiento de sus disposiciones. No obstante, el reconocimiento jurídico de la salud como valor compartido no implica el acuerdo global o unánime, ni que siempre vayan a ser cumplidas, respetadas u obedecidas las normas jurídicas que la regulan. Ante esta posibilidad de desacuerdo y desobediencia, el Derecho dispone, en última instancia, de la coactividad, es decir, de la posibilidad del ejercicio legítimo de la fuerza para garantizar la obediencia y aplicación del Derecho.

En suma, la Ética alumbra la tarea de fundamentación, justificación y evaluación del Derecho, y éste refuerza su legitimidad y su normatividad mediante la apertura a la Ética. Además, el Derecho completa la protección de la salud dispensada por la Ética proporcionándole legalidad y eficacia: subraya su condición de bien o valor para la comunidad, consolida las formulaciones éticas mediante su positivación y vela por su correcta aplicación y garantía, brindándoles el respaldo de la fuerza organizada.

11. La complementariedad de la Bioética y el Bioderecho se confirma a la luz de sus fines. Éste aspira a garantizar soluciones justas y condiciones básicas de igualdad en materia de salud para que todos puedan gozar de una vida digna. Aquélla se ocupa de lo bueno o, en

grado superlativo, de lo mejor, de lo óptimo, de la excelencia. Su objetivo es guiar la toma de decisiones óptimas en el tratamiento de la salud y hacer posible que cada persona realice sus

aspiraciones y su proyecto de vida, más allá del contenido básico de justicia. Salud no sólo para vivir sino para vivir bien, para la obtención de la felicidad o de una vida lograda.

Notas bibliográficas

- ¹ World Health Organization, *Constitution Statement*. WHO, Geneva, World Health Organization, 1946.
- ² World Health Organization, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, Geneva, World Health Organization, 2001. Versión en español: *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)*, Madrid, OMS. OPS. IMSERSO, 2001.
- ³ NORMAN, D., "Justice, Health, and Health Care", en Rosamond Rhodes, Margaret P. Battlin, Anita Silvers (ed.), *Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care*, New York, Oxford University Press, 2002, 6-23.
- ⁴ GRACIA, D., "Medicina y cambio cultural". *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, edición de José Lázaro, Madrid, Triacastela, 2004, 27-40.
- ⁵ "The Goals of Medicine: Setting New Priorities", *Hastings Center Report* 26/6. Special Supplement (1996), 1-28.
- ⁶ NUSSBAUM, M.C., *Frontiers of Justice. Disability, Nationality, Species Membership*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 2006.
- ⁷ Ulpiano, *Digesto* 1, 1, 10, 1.
- ⁸ ROMEO, C. M. (coord.), *Derecho biomédico y bioética*, Granada, Comares, 1998.
- ⁹ GRACIA, D., *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema, 1989, 576.
- ¹⁰ ATIENZA, M., "Juridificar la bioética. Una propuesta metodológica", *Claves de razón práctica* 61 (1996), 2-15.
- ¹¹ ALEX, R., *La institucionalización de la justicia*, Granada, Comares, 2005.



LA LIBRE CIRCULACIÓN DE PACIENTES EN EUROPA: UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR

ANA TUR

*Profesora Asociada, Departamento de Economía y Empresa
Universidad Pompeu Fabra
Investigadora del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)*

El acceso libre de los ciudadanos europeos a la sanidad en cualquier estado miembro de la UE es un derecho, pero su ejecución se ve dificultada por una serie de factores, entre los que destacan los económicos. En España, además, la situación se complica al coexistir diecisiete servicios regionales de salud.

El derecho son las normas de conducta que una comunidad reconoce formalmente y que vinculan a sus miembros. La economía es el estudio de la conducta de los individuos, que se ven obligados a elegir como consecuencia de la escasez de recursos. En las últimas décadas las relaciones entre el derecho y la economía se han ampliado e intensificado, llegando incluso a surgir una

nueva disciplina, denominada "análisis económico del derecho".

Igual de reciente es la aparición de la "economía de la salud", que incorpora el análisis económico a procesos de toma de decisiones de naturaleza sanitaria. La economía afecta a la práctica del derecho y a la definición y ejecución de políticas públicas. En muchos contextos es posible utilizar el razonamiento económico para saber si las normas del derecho son la vía menos costosa para alcanzar los objetivos sociales. No obstante, en nuestro país, al margen de evaluaciones del

impacto presupuestario de una política pública, no encontramos muy a menudo instrumentos de evaluación económica en el proceso de toma de decisiones políticas.

La "economía de la salud", que incorpora el análisis económico a procesos de toma de decisiones de naturaleza sanitaria, es una disciplina reciente

Ahora bien, la relación entre derecho y economía es bidireccional. Una economía se basa en una infraestructura jurídica estable. Aspectos como la seguridad jurídica, la garantía que ofrece tener un sistema

jurídico completo, coherente y sin redundancias, contribuyen al desarrollo económico. A través del estudio de la regulación actual de la libre circulación de pacientes en Europa y de sus implicaciones económicas intentaremos mostrar la relación entre el derecho, la economía y la salud.

ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA

Los servicios sanitarios transfronterizos tienen una doble regulación: el Reglamento CEE n° 1408/71 (de carácter social) y el Tratado de la Unión Europea (de carácter económico). Ambas disposiciones permiten la

obtención de asistencia sanitaria en los estados miembros diferentes al de residencia, siempre que se den determinadas circunstancias. Ahora bien, dado que el Reglamento y el Tratado responden a principios distintos, a veces entran en conflicto. A esta duplicidad le hemos de añadir además la instancia judicial (el Tribunal de Luxemburgo), cuyos fallos sobre esta materia han sido determinantes (recordemos, por ejemplo, el caso Kroll y Decker¹). Ha sido la jurisprudencia la que ha ampliado este derecho a los ciudadanos europeos como tales, más allá de la condición de trabajador migratorio.

Las disposiciones comunitarias sobre Seguridad Social no se oponen a una cierta exportabilidad de la asistencia sanitaria.² No obstante acotan, condicionan y hasta prohíben desplazamientos intencionados cuyo propósito sea recibir asistencia sanitaria fuera del Estado competente. Ha sido el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas el que, en el ejercicio de la aplicación e interpretación de las normas, ha reconocido este derecho de forma amplia, en consonancia con los principios de libre circulación de personas y mercancías que rigen los Tratados de la UE.

Estas sentencias generaron alarma entre los estados miembros, que son quienes ostentan competencias exclusivas en materia sanitaria. Con la ampliación del derecho a la libre circulación de pacientes se verían afectados el control, el presupuesto y la utilización de los recursos

sanitarios. Los fallos que asentaban jurisprudencia iban a tener importantes consecuencias económicas para los sistemas sanitarios de los países que conforman la Unión Europea.

COMPENSACIÓN POR ASISTENCIA

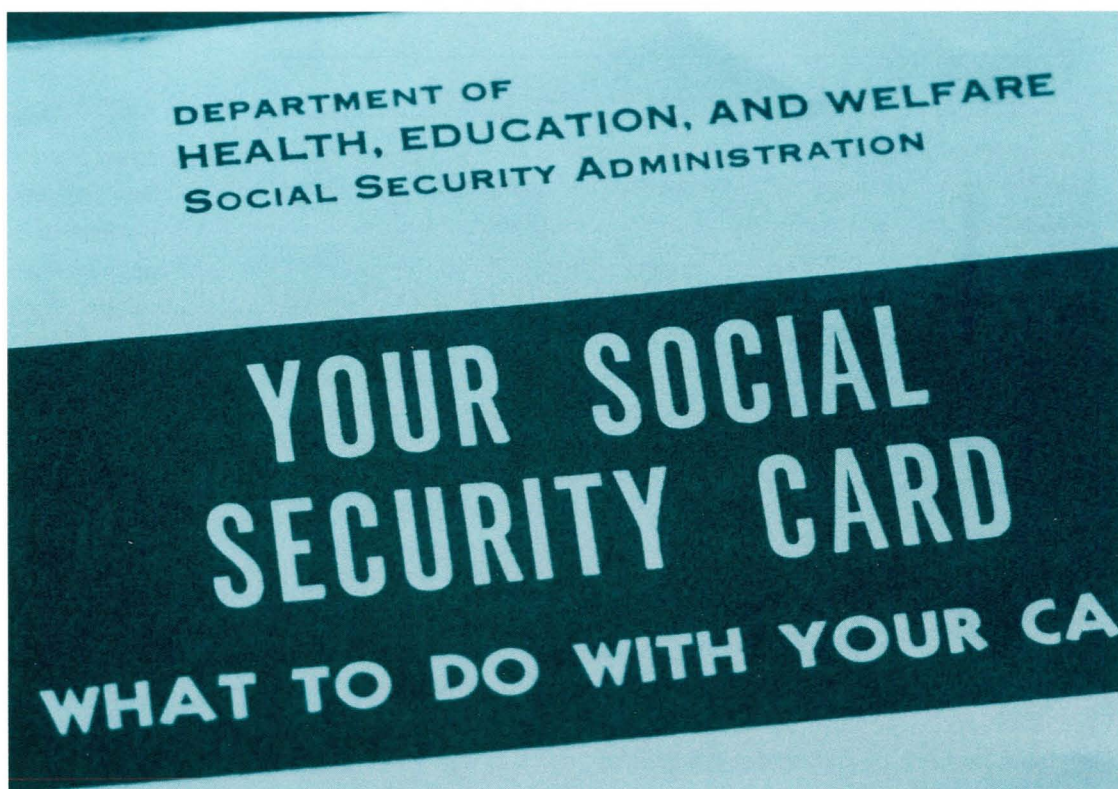
El acceso de los ciudadanos europeos a los servicios sanitarios públicos españoles a través de los esquemas habilitados por la legislación comunitaria y los convenios bilaterales originan flujos económicos de compensación entre países. Las cifras económicas omiten una parte importante del fenómeno, ya que no contienen los casos de pacientes para los que por algún motivo no se ha procedido a facturar siguiendo los procesos administrativos existentes.

El divorcio entre la gestión financiera de las prestaciones a extranjeros – a cargo del Instituto Nacional de la Seguridad Social- y la provisión de servicios sanitarios – dependiente de 17 servicios regionales de salud distintos (más INGESA para Ceuta y Melilla)- genera disfunciones que redundan en esta falta de registro. Diversos estudios³ señalan que los proveedores, sobre todo en el ámbito hospitalario, tienden a no exigir la prueba de cobertura a los extranjeros. En parte, tanto la no exigencia de prueba de cobertura como la interpretación laxa de lo que el esquema E111 cubre como

emergencias (se han constatado casos donde la cobertura ante emergencias del esquema E111 ha permitido intervenciones de sustitución de cadera) son resultado de la cultura de atención universal que impregna a los profesionales del sistema público español. Sin embargo la práctica ausencia de incentivos a la adecuada imputación de costes y facturación por parte de los proveedores en el punto de servicio también juega un papel importante.

Las disposiciones comunitarias sobre Seguridad Social prohíben desplazamientos intencionados cuyo propósito sea recibir asistencia sanitaria fuera del Estado competente

La presentación durante el Consejo Europeo de Barcelona del 2002 de la Tarjeta Sanitaria Europea generó enormes expectativas. No obstante, al examinar su finalidad como sustituta de los actuales formularios sobre papel que se necesitan para poder obtener asistencia sanitaria en otros estados miembros (formulario E-111), los ánimos se enfriaron. La tarjeta simplifica los procedimientos, pero no supone cambio alguno de los derechos y obligaciones existentes. Se trata de un primer paso, que en el caso español puede acarrear más ventajas de las *a priori* pensadas. Dado que en España no existe una Tarjeta Nacional Sanitaria sino 17 Tarjetas Sanitarias



autonómicas, es posible que el proyecto de Tarjeta Sanitaria Europea obligue a una normalización y armonización de las Tarjetas Sanitarias autonómicas. Por ahora es el Ministerio de Trabajo y concretamente el INSS el que asume la competencia de la distribución de la Tarjeta Sanitaria Europea. Esto nos recuerda que el debate de fondo es sobre si la asistencia sanitaria sigue siendo todavía una

prestación de la Seguridad Social.

EL PROBLEMÁTICO CASO DE ESPAÑA

En España, la falta de conexión y colaboración de las autoridades sanitarias autonómicas (y en especial de los centros de atención sanitaria) con el sistema paralelo de Seguridad Social está entorpeciendo el proceso de la libre circulación de pacientes. La paradoja que genera el hecho de que sea el sistema de Seguridad Social central (INSS) el que actúe como coordinador europeo y que por otro lado sean los sistemas sanitarios públicos regionales los que ejerzan las competencias en materia sanitaria dificulta en gran medida el proceso de recogida de datos y el de compensación por los gastos incurridos por los pacientes extranjeros.

Una de las conclusiones a extraer es la necesidad de agilizar los procesos de facturación de la atención en estancias temporales. Otro problema que hemos detectado es que las cifras económicas tampoco recogen los casos de ciudadanos de la UE que, sin llegar a ser residentes, acceden a la atención sanitaria por la vía del empadronamiento. Estos dos problemas no son sólo relevantes a

Las cifras económicas no recogen los casos de ciudadanos de la UE que, sin llegar a ser residentes, acceden a la atención sanitaria por la vía del empadronamiento

efectos de análisis empírico sino que causan pérdidas económicas a las haciendas regionales. La Comisión Europea acaba de rechazar la petición de la Ministra de Sanidad, Elena Salgado, de un nuevo sistema de compensación económica que equilibre el gran número de turistas que se atienden en España anualmente⁴.

La falta de datos y la falta de coordinación interestatal son temas que la Unión Europea ha querido abordar recientemente con iniciativas como el *HealthBasket project*⁵ o el *Europe 4 patients project*⁶. Es evidente que para afrontar la libre circulación de pacientes en la Unión Europea es necesario antes disponer de información que permita realizar comparaciones internacionales. Además de la definición de los derechos de los pacientes, es necesario que se establezca una cartera de servicios sanitarios básicos común para todos los países comunitarios.

Otro debate al respecto sería la necesidad de definir una política sanitaria europea. Aún así, no olvidemos que el proyecto de Constitución Europea no sienta las bases para la creación e implementación de un sistema sanitario común ni de seguridad social, ya que, como hemos dicho con anterioridad, las competencias en materia sanitaria son de naturaleza

exclusivamente estatal. Y debemos ser conscientes de que el riesgo de rebajar el nivel de garantías en el ámbito social y sanitario a raíz de la última ampliación de la UE es elevado.

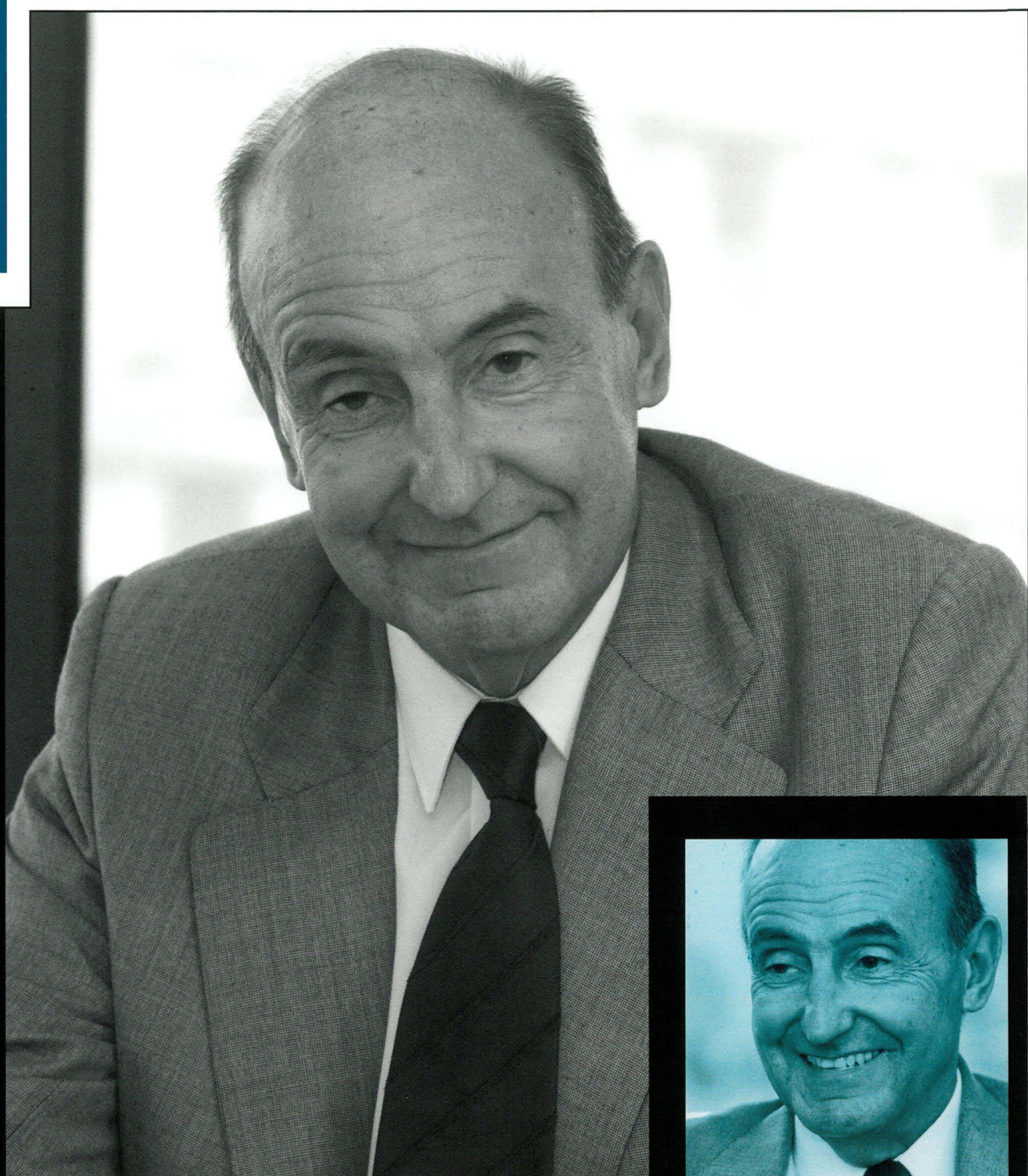
Cualquier reflexión sobre este tema requiere un análisis del equilibrio entre los derechos del

paciente y las limitaciones financieras del Estado pagador. Para ello es necesario un enfoque más amplio y multidisciplinar, que comprenda las implicaciones que un marco institucional y jurídico tiene para el sistema de incentivos económicos. Asimismo, creemos necesaria una mayor cooperación entre las jurisdicciones involucradas tanto en la definición del Derecho a la salud como en su ejecución (Comunidades Autónomas, Estado e Instituciones de la Unión Europea).

Notas bibliográficas

- ¹ Asunto C158/96 Sentencia de 28 de abril de 1998. Nicolas Decker contra Caisse de Maladie des Employés Privés. Asunto C120/95 Sentencia de abril de 1998.
- ² GARCÍA DE CORTÁZAR y NEBREDÁ, C. "¿Libre circulación de pacientes en Europa? La atención a los dependientes y la tarjeta sanitaria europea". Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, N° 47, diciembre 2004.
- ³ IBERN, P., MORENO, I. *Análisis de la tarificación de los hospitales y de las transferencias compensadoras entre C.C.A.A. y con el extranjero*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
- ⁴ El Médico Interactivo. 07/09/2006. http://www.elmedicointeractivo.com/noticias_ext.php?idreg=12636
- ⁵ *Health Basket in Europe* – VI Programa Marco de la Unión Europea. El CRES (Centro de Investigación en Economía y Salud) ha elaborado el estudio para el caso español, *Spanish HealthBasket Benefits*.
- ⁶ *Europe 4 patients* – VI Programa Marco de la Unión Europea.

MIQUEL ROCA



E

**n política los mayores errores se derivan
de la improvisación**

“No hay nada más apasionante que ganar la libertad, lo difícil es vivir con ella”

MIQUEL ROCA

Hace más de diez años que Miquel Roca abandonó la política y se dedica exclusivamente a su profesión de abogado. Pero no es fácil hablar con él sin recordar una etapa de la historia de España en la que tuvo un papel protagonista. En su memoria, recuerdos imborrables, el honor de ser uno de los padres de la Constitución, la participación en la redacción del estatuto de Cataluña... y sobre todo, muchos amigos en sus mismas filas y, también, en las de sus adversarios. Desde el despacho de abogados que lleva su nombre sigue haciendo lo mismo que hace años en el Parlamento: buscar la justicia a través del diálogo.

Usted vivió en el escenario político una etapa crucial en la historia de España ¿Cuáles son los acontecimientos que recuerda como más importantes?

Yo viví en política una etapa apasionante, porque no hay nada más apasionante que ganar la libertad, lo difícil es vivir con ella. Para muchas personas la libertad se limita a “mi” libertad, pero no podemos olvidar que ganar la libertad que ahora tenemos fue trabajoso, sobre todo porque en la historia de nuestro país no ha habido un aprendizaje generoso. En esa época pudimos construir un estado de derecho, democrático y ahora estamos viviendo una segunda etapa que debe profundizar y desarrollar los mecanismos que constitucionalmente quedaron establecidos. Tampoco es fácil.

¿Y vamos por el camino adecuado?

En todo caso por el camino que los españoles han elegido. A veces se piensa que en otros momentos se hizo mejor, pero yo creo que cada generación tiene sus objetivos. Uno se hace mayor cuando piensa que todo lo anterior es lo mejor, y como yo no quiero envejecer todavía, pienso que cada momento tiene sus peculiaridades.

Tenía fama de llevarse bien incluso con sus adversarios

Siempre he dicho que si la política me hubiera impedido la amistad, habría dejado la política. He compartido despacho durante muchos años con Narcís Serra y soy muy buen amigo de Pascual Maragall, aunque la política nos haya colocado en distintas posiciones. Si uno deja de tener amigos por la política, es mejor dejarla. Cuando esto ocurre es que se ha interiorizado demasiado el mensaje, cuando al final el objetivo de la política (aunque suene muy cursi) es que la gente sea feliz. Es decir, que tengamos seguridad, que podamos cuidar nuestra salud, que los niños tengan buena educación.... y eso debe unir a todos los políticos.

¿Si tuviera que elegir alguna fecha clave...?

Recuerdo muchas, pero los recuerdos tienden a mezclarse. Si la política tuviera un paralelismo con la pintura, sería el arte impresionista, se define a grandes trazos, los detalles no suelen ser importantes.

Y en el ámbito de la sanidad ¿qué hechos fueron más significativos en aquellos años?

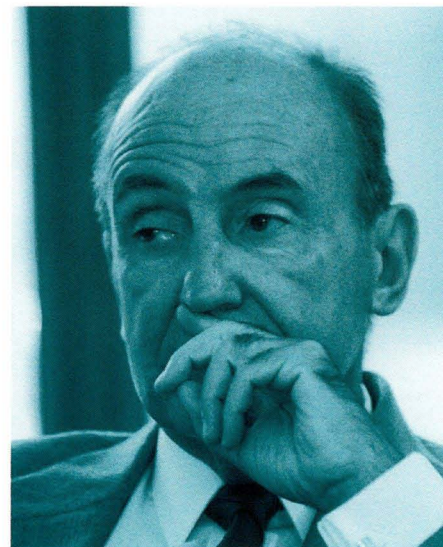
La sanidad dio un vuelco a partir de 1978. A pesar de algunas deficiencias y algunas listas de espera, nuestra sanidad es excelente. Sigue siendo universal en una población creciente, aunque ahora hay retos que están alterando su funcionamiento como la atención a la inmigración. La población inmigrante llega padeciendo las deficiencias en la sanidad de su país de origen, lo que genera consumo sanitario y, a veces, enfermedades no tipificadas masivamente en España. Eso comporta quejas y el ciudadano de origen se siente afectado. Debemos prestar más atención a este asunto porque está en una zona de posible conflictividad.

En este sentido ¿cuál es su opinión sobre la política actual de inmigración?

Lo más grave, a mi juicio, es que no parece que haya política de inmigración. Cualquier política puede ser equivocada o errónea, pero la peor de todas es la que no existe. A mi juicio, estamos yendo al remolque de los acontecimientos, y en política los mayores errores se derivan de la improvisación. Actualmente no hay previsión. Este problema, desde un punto de vista de concepción de Estado, supone una división tremenda, y desde el punto de vista humanitario, es terrible. Yo no creo que hagamos una acción de solidaridad con los inmigrantes permitiendo la prostitución en las carreteras, no vamos a justificar nuestra solidaridad con mano de obra ilegal, gente de paso.... ¿Hay quien se ocupa de todo esto? La verdad es que no da la sensación. Europa responde a nuestra petición de ayuda, pero antes debemos organizarnos nosotros mismos. Creo que en este campo lo estamos haciendo muy mal, entre otras razones porque lo peor es pensar que nosotros vamos a ser una excepción y no vamos a tener actitudes racistas entre nuestros ciudadanos. Es evidente que podemos tenerlas y las últimas encuestas demuestran que la inmigración es un asunto prioritario en el que mucha gente se posiciona con actitudes muy negativas. A mi juicio es un problema grave que afecta a la calidad de vida de los nativos y también a la de los inmigrantes.

¿Qué opina de la actitud que han tomado países como Suiza?

Cuando las barbas de tu vecino veas pelar... Europa y EE.UU han establecido posiciones quizá muy criticables, pero al menos se han situado. El problema es muy sencillo: si todos los que quieren venir



pueden hacerlo, no vamos a poder atenderles. Los españoles ya ven a este grupo de población como una amenaza, y esto es grave porque se trata de la antesala de actitudes racistas que no nos convienen.

Si consideramos que el modelo de crecimiento español en este momento depende del consumo, la inmigración masiva ayuda al crecimiento económico, pero si hiciéramos el balance exacto, esta población también gasta. No sólo recibimos consumidores, sino también personas que gastan. En el sector de la educación, es evidente que la inmigración también plantea serios problemas. Los maestros trabajan más como intérpretes, animadores o trabajadores sociales que como docentes, y la escuela pública se está convirtiendo en una especie de *guetta*, una situación, sin duda, muy injusta. Es imprescindible poner medios y evitar que los profesores realicen un esfuerzo titánico.

Por seguir con problemas de actualidad, años después del proceso autonómico ¿cómo ve ahora el estado de las autonomías?

Depende de la opinión que se tenga sobre que España sea un estado complejo. España es un estado en el que existen identidades muy distintas que integran un proyecto común pero con características muy diferenciadas, una peculiaridad que se encuentra en el origen de nuestra historia, por lo que siempre que ha habido democracia surge este problema. Yo creo que el modelo establecido en 1978 se ha demostrado muy eficaz. Ha generado muchísimos menos problemas que los esperados. Cuando lo redactábamos, nunca pensamos que iba a

funcionar tan bien. No es fácil pasar de una dictadura centralizada a un estado autonómico con tantas responsabilidades de autogobierno.

La gente ahora se inquieta porque piensa que se trataba de un modelo definitivo pero los cuerpos vivos nunca tienen un modelo definitivo, y un país es algo vivo. Las Comunidades Autónomas pueden descubrir que su capacidad de gobierno les permite hacer más y más cosas, y no debemos frenar este impulso. A medida que se ha asentado el sistema autonómico todas las comunidades han ido ambicionando más, pero esto no pone en duda el concepto de la unidad de España, sino que se van generando nuevas ambiciones a medida que se demuestra capacidad. No entiendo por qué nos escandalizamos de que una Comunidad quiera más recursos para los suyos.

¿Y por qué cree que se dramatiza tanto este asunto?

Tiene que ver con la recuperación de la memoria histórica. A mí me da un poco de miedo que esta recuperación no se limite a reconocer errores pasados para no volver a cometerlos. La historia no ha sido gratificante para ninguna de las partes. Lo que debemos recordar es que España es el único país del mundo que salió de una dictadura de 40 años sin mayores trabas y que hemos sido capaces de constituir un estado democrático y descentralizado sin que haya pasado prácticamente nada. Es algo insólito. En los últimos 200 años de la historia de España nunca habíamos tenido una etapa de normalidad institucional tan larga como esta. No podemos sentirnos cómodos en la crispación, nuestros demonios están ahí revoloteando alrededor y parece que a la que nos descuidamos vuelven a aparecer.

Yo pienso que la modernidad está en los tonos intermedios. El blanco y el negro no son buenos, aunque la normalidad sea aburrida, pero como decía

Churchill, "bienaventurados los países aburridos". El aburrimiento, entendido como vida normal, es la gran aspiración de al menos cinco sextas partes del mundo. Saber que cuando te levantas por la mañana tu vida no está en peligro, que previsiblemente

vas a comer, que puedes ir al médico si enfermas... esto es un lujo que muchísima gente no tiene. Merece la pena preservar lo que tenemos.

Ha dicho en varias ocasiones que la asignatura pendiente de España es la investigación

Sí, se trata de un problema muy constante, que casi avergüenza. En cada debate del Estado de la Nación

los correspondientes presidentes afirman que es para ellos una prioridad aumentar las partidas dedicadas a la investigación. Pero la realidad es que se incrementan muy poco, lo que provoca desfases muy importantes con el

promedio que los demás países europeos dedican a la investigación. El I+D es una fuente generadora de riqueza, y es especialmente urgente en un país que puede verse afectado por la deslocalización industrial. Si ya no somos interesantes como mano de mano



barata, afortunadamente, tenemos que ser interesantes como país tecnológicamente fuerte y bien preparado. La I+D es una prioridad y necesidad urgente. Cuanto antes hemos de sustituir el empleo industrial por un empleo de tecnología que redundará en más información, más desarrollo tecnológico más capacidad de innovación.

En los últimos 200 años de la historia de España nunca habíamos tenido una etapa de normalidad institucional tan larga como ésta

¿Tendrían que aportar más las empresas privadas?

Deberían aportar mucho más, pero el ejemplo del sector público es fundamental. El sector privado será el gran protagonista, pero tiene que verse estimulado y hasta conducido por la administración. Si el I+D tiene importantes bonificaciones o desgravaciones fiscales será mas fácil que se invierta. El papel del Gobierno no es ser el agente de la internacionalización o de la innovación, pero si el que crea el marco que lo hace posible.

Su despacho es uno de los más importantes en el ámbito nacional ¿Cuál es la fórmula del éxito?

Yo creo que hemos trabajado bien y hemos tenido suerte. Llevamos diez años en esta tarea y estamos muy contentos porque el crecimiento ha sido espectacular, muy rápido. Nos implicamos mucho con el cliente, nos identificamos con su problema, a veces incluso demasiado. En mi caso, yo me considero un abogado que hizo política y en el fondo, sigo buscando que se haga justicia, aunque sea en distintos escenarios.

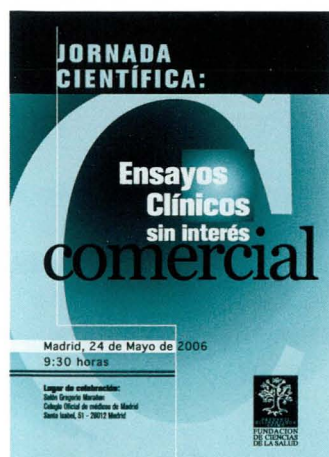
¿Cree que hay algún hueco en la legislación sanitaria?

Yo creo que más que huecos lo que ocurre es que el mundo evoluciona muy rápidamente y las legislaciones tienden a envejecer también mucho más rápido que antes. El Código Civil se mantiene desde el siglo XIX, pero en cambio hay leyes que se han redactado hace apenas tres años y que ya han quedado desfasadas. En el mundo de la sanidad esto es muy frecuente ya que los avances se producen aun ritmo vertiginoso. Desde el punto de vista del derecho se trata de un asunto apasionante. Tenemos una legislación que evoluciona muy rápidamente, pero una justicia desgraciadamente lenta, la ayuda de la jurisprudencia es escasa. Los abogados, en algunos casos, nos convertimos en intérpretes de la norma y hemos de asumir decisiones sin demasiada ayuda.

Abogado metido en política

Miquel Roca Junyent nació en Cauderan, Francia, en 1940. Se licenció en Derecho por la Universidad de Barcelona (1961), de la que fue Profesor de Derecho Administrativo y Derecho Internacional. Su carrera política se inició en el Front Obrer Català (ligado al Frente de Liberación Popular), junto a Narcís Serra y Pascual Maragall. Desde 1974 militó en Convergencia Democrática de Cataluña, donde ocupó la secretaría general adjunta hasta 1979. Fue Diputado por Barcelona y Presidente del Grupo Parlamentario Catalán en el Congreso de los Diputados desde 1977 a 1995. Es uno de los siete miembros que elaboró la ponencia que sirvió de borrador para redactar la Constitución de 1978 y formó parte de la Comisión que redactó el Estatuto de Cataluña. A partir de 1995 comienza otro reto político, esta vez como Concejal del Ayuntamiento de Barcelona, cargo que ocupó hasta junio de 1999. A pesar de esta larga carrera política, siempre ha considerado que su profesión era la abogacía. En la actualidad, Miquel Roca preside el Consejo de Administración del despacho Roca Junyent, del que es socio titular y fundador

ENSAYOS CLÍNICOS sin INTERÉS COMERCIAL



La investigación independiente necesita financiación pública además de apoyo en la infraestructura y coordinación de los grupos de investigadores. Esta fue la tesis principal a la que llegaron los expertos reunidos en la jornada científica Ensayos clínicos sin interés comercial celebrada el pasado mes de mayo. Sobre la mesa, los problemas a los que se enfrenta la investigación independiente en nuestro país, desde su escaso número (apenas un 17 por ciento del total) hasta la insatisfacción ante la nueva directiva comunitaria que regula los ensayos clínicos y el real decreto adaptado por el gobierno español. Para los investigadores, estas leyes anulan prácticamente cualquier posibilidad de llevar a cabo un estudio si no está patrocinado por la industria farmacéutica ya que exige unos requisitos imposibles de asumir por sociedades científicas o investigadores independientes



Los investigadores y la industria farmacéutica comparten un mismo interés: el avance en los conocimientos científicos. El problema es que no siempre los objetivos se encuentran en un mismo nivel. Para la industria, es prioritario rentabilizar la enorme inversión que se hace en el desarrollo de un medicamento; para los investigadores en ocasiones es necesario investigar aunque no se encuentre un beneficio económico.

La realidad española (y de casi toda Europa) es que la mayoría de los ensayos clínicos que se llevan a cabo están promovidos por la industria farmacéutica y sólo un discreto 15 por ciento se hacen de forma independiente. Dentro de estos últimos, cobran especial importancia los relacionados con las patologías muy poco frecuentes.

Ante esta situación, según Diego Gracia, presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud, cada vez es más necesario realizar investigación sin ánimo de lucro ya que la investigación sanitaria se ha reducido casi en su totalidad al ámbito de las empresas privadas porque el sistema sanitario público ha considerado que su función era asistencial, no investigadora.

Aunque la relación entre médicos e industria es muy productiva, también puede ser el origen de problemas que pueden repercutir en la práctica clínica. La independencia parece imprescindible en algunos casos.

Los problemas que plantean los investigadores

Los investigadores han visto con recelo las recientes regulaciones europeas y se han quejado de la poca inversión que hacen las distintas administraciones en los ensayos clínicos sin interés comercial. Así lo expresaba una de las ponentes invitadas a esta jornada, Cristina Avendaño, del Servicio de Farmacología Clínica de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid: "la administración debería apoyar las investigaciones que no son de interés comercial para la industria, pero sí imprescindibles para la medicina o el Sistema Nacional de Salud. No se puede dejar el avance de la terapéutica en manos, únicamente, de los ensayos con interés comercial", de ahí la importancia de llevar a cabo este tipo de estudios, sobre todo en materia de equivalencia terapéutica.

Para esta experta, los propios médicos deberían mostrar más interés por hacer este tipo de estudios y no limitarse sólo a los promovidos por la industria farmacéutica: "no se trata de entrar en conflicto con la industria farmacéutica, queremos que se reconozca la viabilidad de la investigación sin ánimo de lucro de la misma manera que se reconoce y se apoya la llevada a cabo por la industria farmacéutica".

No se puede dejar el avance de la terapéutica en manos de los ensayos con interés comercial

Para apoyar esta tesis, algunos datos significativos: sólo el 17 % de los protocolos de ensayos que recibe al año la Agencia Española del Medicamento (AEM) están firmados por un promotor distinto a una compañía farmacéutica; de los 636 ensayos que autorizó, el 83% estaban destinados al desarrollo de un nuevo fármaco promovido por un laboratorio. El resto, aunque se tratan de sociedades científicas o investigadores, tampoco eran del todo independientes porque la mayoría acababan buscando el apoyo de la industria a falta de otros recursos. Ante esta situación, y en opinión de esta experta, "la administración no sólo no apoya lo suficiente la investigación independiente, sino que ha redactado una regulación que todavía la dificulta más".

La Administración no sólo no apoya lo suficiente la investigación independiente, sino que ha redactado una regulación que todavía la dificulta más

En este sentido, Manuel Fernández, del servicio de Hematología de la clínica Puerta de Hierro de Madrid, criticó que la normativa europea está concebida desde la visión de los ensayos clínicos como productos comercializables y "hace prácticamente imposible la inspiración científico-académica por importantes problemas de orden logístico". Aunque sean los servicios de salud regionales los encargados de auspiciar este tipo de ensayos, continuó, hacen falta ciertas directrices organizativas, ya que las personas que están en cargos de libre designación tienden a eludir responsabilidades.

Uno de los problemas más acuciantes a los que se refirió este experto son las sumas desorbitadas de las pólizas de seguros que deben acompañar a los ensayos clínicos de cualquier tipo y que suponen, como mínimo, una cobertura de 250.000 euros por paciente. "El apoyo institucional debería ser mayor ya que el investigador que promueve los ensayos pertenece a la red pública y es lógico que ésta le apoye y le ofrezca garantías ante posibles riesgos, algo que no ocurre en el momento actual", destacó.

La burocracia y las múltiples tareas administrativas necesarias para llevar a cabo un ensayo clínico son otros de los incómodos obstáculos que encuentran los investigadores. José Luis López-Sendón, jefe del Servicio de Cardiología del Hospital la Paz de Madrid, conoce bien estas dificultades: "antes de comenzar un ensayo clínico, algunas de las formalizaciones que se deben llevar a cabo son los contratos con los hospitales, la preparación de recogida de datos, la monitorización de los controles de calidad o de recogida de efectos adversos..."



De arriba abajo, Cristina Avendaño, José Luis López-Sendón, Manuel N. Fernández y Mª Antonia Serrano

Son muchos trámites a los que sólo la industria farmacéutica puede responder sin problemas, ya que cuenta con expertos que se ocupan de estas cuestiones y aportan el dinero suficiente para llevarlos a cabo según las exigencias legales". A nivel individual, insistió, "los investigadores no tenemos ni el tiempo ni la maquinaria suficiente para superar con éxito estas gestiones. Además, los pocos fondos que llegan a este tipo de proyectos ocasionan que la inclusión de pacientes sea excesivamente lenta, lo que puede acarrear que la fuente de financiación retire su apoyo al proyecto".

Las soluciones de la Administración

"Para la Administración, la investigación clínica es esencial para garantizar una asistencia sanitaria de calidad, aunque el refrendo a nivel legal sea poco claro. Pero no hay que olvidar que también es obligación de la Administración garantizar la seguridad y el bienestar de todos los sujetos participantes en un ensayo clínico con independencia de cómo se llame el promotor". Esta fue la primera respuesta de María Antonia Serrano, jefe de área de Evaluación Clínica de Medicamentos humanos de la AEM, que reconoció que la directiva europea, criticada por los investigadores, no es modificable a corto plazo, lo que no impide realizar una interpretación más flexible dentro marco legal existente.

Apoyando los datos expuestos, Serrano confirmó que en 2005, de 636 ensayos autorizados el 83% eran comerciales y el 17% no, pero es importante tener en cuenta las fases. Hay un predominio de la fase 3, con un porcentaje equivalente de fase 1 y 4. "Lo que destaca en los ensayos no comerciales es que hay un predominio de los ensayos fase 4, es decir, en los que el medicamento está autorizado".

La Agencia Española del Medicamento está estudiando llevar a cabo una convocatoria de ayudas para realizar ensayos clínicos no comerciales

Respecto al número de centros que participan en los ensayos clínicos, en los comerciales hay un predominio muy marcado de los ensayos multicéntricos internacionales; en los no comerciales, el porcentaje de ensayos unicéntricos es un poco mayor y los multicéntricos, que son la gran mayoría, se realizan solamente a nivel nacional.

Los medicamentos deben cumplir las normas de correcta fabricación de la UE con objeto de minimizar errores en la fabricación; tener constancia del cauce de suministro y de almacenamiento; han de tener un etiquetado específico, y han de ser suministrados gratuitamente por el promotor. También se pide que exista cierta

información sobre el medicamento para todos los investigadores que participan en el ensayo y hay unos requisitos específicos respecto a notificaciones de reacciones adversas. La experta se refirió al tratamiento de base para ilustrar los problemas que se plantean con los fármacos: "En un ensayo clínico el tratamiento de base se definiría como aquel que se administra a toda la población para la indicación que es objeto de investigación en el ensayo. El problema es que el promotor es quien se hace cargo de los costes económicos y esto puede dificultar los ensayos clínicos independientes".

Si nadie duda de que la investigación clínica es esencial para la asistencia sanitaria ¿qué se puede hacer desde la AEM? Desde el punto de vista de la gestión, más recursos y la colaboración con las empresas es lícito e interesante, pero plantea conflictos de interés por lo que es preciso una gestión transparente.

La AEM está estudiando llevar a cabo una convocatoria de ayudas para realizar ensayos clínicos no comerciales y está analizando otras propuestas para incentivar a los profesionales que participen en este tipo de ensayos clínicos como, por ejemplo, que estos trabajos



Gianni Tognoni

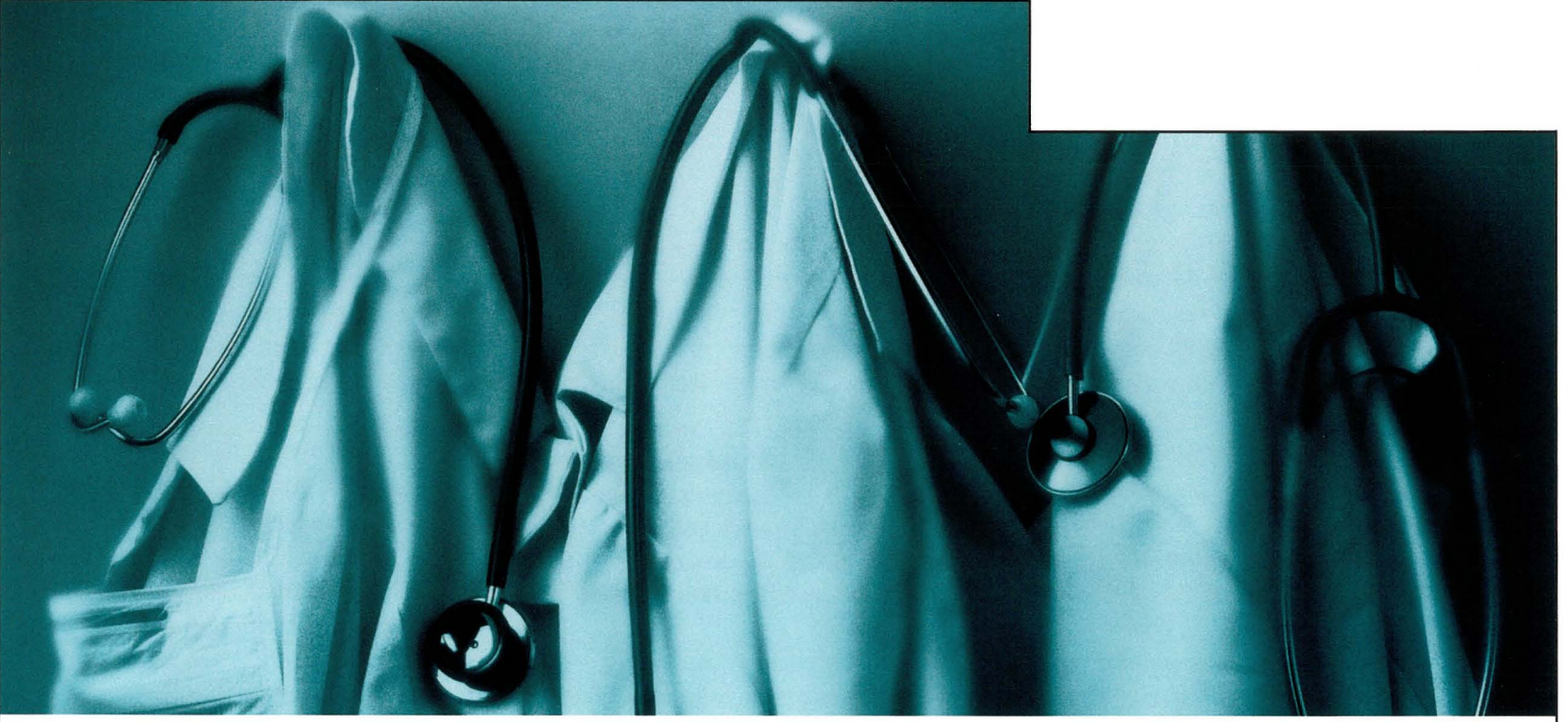
consten en la carrera profesional. También se está estudiando simplificar el acceso a la información permitiendo la accesibilidad a las bases de datos de las comunidades autónomas y automatizando las gestiones burocráticas.

La jornada científica *Ensayos clínicos sin interés comercial* se celebró el 24 de mayo de 2006

La experiencia italiana

Gianni Tognoni, director del Instituto de Investigaciones Farmacéuticas Mario Negri de Milán, expuso los avances que se han producido en Italia en la gestión de los ensayos clínicos no comerciales. Para este experto, la investigación debería considerarse como parte de la asistencia, pero la normativa europea deja un escaso margen de actuación a cada país y se aprecian bastantes lagunas que deben ser subsanadas por los servicios de salud de las distintas regiones. Italia ha tomado ventaja en este sentido y ha desarrollado una ley específica para dar prioridad a los ensayos sin ningún interés comercial que tratan de resolver los problemas derivados de la práctica clínica. Durante el año 2006 se han dedicado 50 millones de euros a este tipo de proyectos.

A su juicio, este avance no se ha producido aún en España: "Es necesario un cambio cultural. La UE no considera la financiación de los ensayos una prioridad de la Salud Pública y no puede ser que los estudios sin ánimo de lucro hereden la legislación de los que tienen un interés comercial. La normativa debería situar la investigación independiente en un primer plano."



TRES DÉCADAS DE EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA (1976-2006)

El año 1976 fue una fecha clave en la historia del sistema sanitario español. En ese año de transición política, se inició una renovación reglada de la Atención Primaria que buscaba la mejora y el cambio. Tres décadas han pasado desde ese momento, y aunque la situación actual está llena de luces y sombras, analizar los problemas es el primer paso para buscar soluciones. Este fue el objetivo del seminario que reunió a un numeroso grupo de médicos y técnicos en gestión sanitaria con el objetivo de hacer un alto en el camino para analizar el pasado, el presente y el futuro de la Atención Primaria en nuestro país.

El sistema de salud vigente en España es un sistema razonablemente efectivo, consensuado por los partidos políticos, los profesionales de la sanidad y los pacientes, que debe su eficacia al crecimiento económico de los últimos años. Sin embargo, es difícil que se repita este crecimiento, lo que obliga a tomar decisiones científicas y técnicas para afrontar nuevos retos y participar en el cambio de salud que se experimentará durante la próxima década en Europa. El sistema sanitario español que tenemos en la actualidad forma parte de la sociedad y refleja nuestros valores, nuestra historia, nuestra cultura y nuestros intereses políticos.

Estas son algunas de las afirmaciones que hicieron los expertos reunidos en el seminario *Tres décadas de evolución de la Atención Primaria en España (1976-2006)* celebrado el pasado mes de mayo. Pero nuestro sistema salud, y en particular la Atención Primaria (AP), tiene también graves problemas que se hacen sentir en los profesionales sanitarios, los gestores y, sobre todo, en la percepción de los pacientes.

Tres décadas después del nacimiento oficial del Sistema Nacional de Salud (SNS) y veinte años después de la reforma de la AP, el primer nivel necesita otro cambio. Pero "cualquier reforma debe hacerse desde la clínica y el profesionalismo, no desde la contención del gasto y los horizontes políticos", ha expresado Luis Palomo, presidente de la Red Española de Atención Primaria (REAP), uno de los expertos que participó en este acto.

Algunos datos históricos

Para Ana Rico, profesora de política sanitaria de la Universidad de Oslo, España necesita una reforma que nos acerque a Europa. Existe evidencia de que una AP fuerte puede moderar el crecimiento del gasto sin disminuir la calidad o la satisfacción pero para que la AP pueda ampliar su papel, hay que transferir más recursos a este nivel y aumentar la autogestión profesional.

Esta experta dirigió su mirada a la historia de la reforma de la AP, una reforma que surgió en los años de la transición, época de profundos cambios sociales que también afectaron a la sanidad: "Las primeras propuestas centradas en el modelo público provienen de asociaciones de médicos comunistas y socialistas de Cataluña en 1975. La primera proposición no de ley en el parlamento la presenta en octubre de 1978 el PCE-PSUC, y más tarde la segunda el PSOE-PSC. El gobierno de la UCD responde con una Resolución parlamentaria (mayo 1980), en la que propone un modelo de reforma basado en la financiación y la provisión mixtas, y orientado a "liberalizar lo más posible... la relación médico-paciente" (DSCD, nº 86: 5711). Este es el modelo defendido también por la derecha y la medicina privada (representada por la OMC, las aseguradoras privadas y algunas asociaciones de médicos generales). La alianza entre estas tres fuerzas políticas se consolida a partir de 1983 alrededor del objetivo de frenar la

reforma socialista. Sus actividades incluyen apelaciones en los tribunales y en el parlamento, manifestaciones, huelgas, y campañas de descrédito contra el gobierno".

Cualquier reforma debe hacerse desde la clínica y el profesionalismo, no desde la contención del gasto y los horizontes políticos

A pesar de los obstáculos, en 1996 el nuevo modelo cubre dos tercios de la población, y en el 2006 la cobertura supera el 80%.

En opinión de Ana Rico, la semFYC y unos médicos de AP mejor formados son el factor probablemente más importante para explicar el éxito parcial de esta situación, pero reconoce que aún queda un largo camino por recorrer para conseguir un equilibrio real de poder con respecto a la atención hospitalaria o la práctica privada.

Entre estas tareas pendientes, según esta experta sería necesario un mayor equilibrio de poder entre AP y los hospitales para promover un SNS ágil y coste-efectivo. También es imprescindible promover una representación profesional fuerte y unificada, vía transferencia de recursos financieros e institucionales públicos, así como experimentar con nuevas formas de propiedad y gestión mixtas, que permitan una mayor autonomía profesional. "El objetivo –concluyó– es lograr una AP fuerte y flexible a corto y medio plazo".

Una crisis soterrada

El análisis de Salvador Peiró, de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES), se dirigió a profundizar en la ya aceptada crisis del sistema sanitario. "La AP –y, en mayor o menor medida, el resto del sistema sanitario– viene

atravesando una larga y soterrada crisis de calidad y credibilidad, cuyos resultados más visibles son el acuartelamiento de los profesionales en la frustración y en las disputas entre colectivos por ventajas marginales, el creciente malestar entre los pacientes y el incremento de las actividades de control por parte de las administraciones sanitarias".

Estos problemas no se contemplan en el discurso de muchos profesionales o políticos de cualquier signo que defienden que la calidad del sistema asistencial no debe valorarse por su capacidad de resolver o controlar los problemas de salud de los pacientes, sino por logros "macro", como la universalización, la descentralización, el relativo

bajo coste respecto a otros países o los indicadores de longevidad. Para Peiró, esta forma de ver la situación supone una importante barrera para la búsqueda de soluciones y el desarrollo de cambios.

Es importante trabajar en grupo y en organizaciones cooperativas, con responsabilidad propia y compartida con un equipo

Esta búsqueda debe tener en cuenta que se ha producido un cambio esencial en la relación médico-paciente y que frente a una relación paternalista, hay que contemplar una toma de decisiones compartida. De cara al desarrollo profesional, es importante trabajar en grupo y en organizaciones cooperativas, con responsabilidad propia y compartida con un equipo. Asimismo, este experto destacó la importancia de establecer modelos correctos de evaluación determinados por la profesión y también por otros agentes públicos y de la comunidad. Y, como eje central, la transparencia en las organizaciones sanitarias como instituciones que dirigen el conjunto de recursos para prestar el mejor servicio a todos los pacientes y facilitar que médicos y equipos ejerzan conforme al mejor conocimiento disponible.

Un sistema "barato"

Sobre el marco internacional y la concepción de la salud y en las políticas sanitarias habló Antonio Durán, consultor internacional del Observatorio Europeo sobre Sistemas Sanitarios. Según Durán, el recorrido del sistema español entre 1976 y 2006 ha tenido rasgos específicos de alta carga ideológica y menos análisis científico y técnico. Aun así, España ha conseguido articular un sistema solidario y



Ana Rico



Salvador Peiró

efectivo y relativamente "barato" en términos comparados. En este contexto, el sistema español ha gozado de un periodo extenso de bonanza económica que le ha permitido realizar sus ajustes con menos tensiones que la mayoría de los sistemas europeos. Pero todo esto hace pensar que la descentralización no hubiera podido realizarse de forma tan "pacífica" si no se hubiera acompañado de un notable incremento del gasto y de los recursos en general.

Durán reconoce que "en el ámbito internacional España ha conseguido articular un sistema razonablemente solidario y efectivo y

relativamente barato en términos comparados". Esta afirmación no deja dudas si se tiene en cuenta que, dedicando menos del 8% del PIB al gasto sanitario (una cifra inferior a la media de la UE hasta la reciente ampliación a 25 miembros) y una cantidad por persona y año que es sólo algo más de la mitad que la dedicada por Luxemburgo, Noruega e incluso Alemania y Francia, los indicadores de salud, protección financiera y satisfacción global de los usuarios españoles están entre los mejores del continente y del mundo.

Esta misma tesis también fue apoyada por José Manuel Freire, de la Escuela Nacional de Sanidad: "Indudablemente el SNS español es uno de los buenos sistemas de salud de los países desarrollados y, aunque muy mejorable, constituye una de las piedras angulares de nuestra sociedad, de su vertebración y cohesión social". Pero para este experto, al contrario de lo que sucede en otros países de la UE, el SNS no ocupa un lugar destacado en la agenda política de nuestro país. "En España -continuó- el debate político de fondo sobre la sanidad es muy escaso. Quizá, al estar convencidos de que el sistema sanitario es excelente, los problemas se posponen, por lo que no pueden menos que agravarse, produciendo un deterioro adicional en cadena (como los miles de interinidades durante décadas)". Para Freire, en el buen funcionamiento del SNS es esencial la participación de sociedades científico-profesionales. Las de AP pueden contribuir mucho a que los problemas y el buen funcionamiento de la sanidad pública tengan una mayor presencia social, mediática y política.

El papel de la AP en el sistema sanitario

Los cambios en la organización sanitaria fueron analizados por cuatro médicos de AP que viven día a día los problemas derivados de la coordinación de servicios.

Para Juan Gervas, médico de Canencia de la Sierra (Madrid), y miembro del equipo CESCA, la evolución de la AP en España ha logrado más éxitos en los aspectos de capacidad de respuesta que en los de coordinación de servicios, pero el paciente sigue teniendo dificultades para encontrar al médico de cabecera que desea: autónomo, cercano, científico, competente, humano, polivalente y versátil. "El cambio epidemiológico y social ha modificado las

necesidades sanitarias de la población, desde atención a procesos agudos a la atención a procesos crónicos y múltiples. Para prestar esa atención se necesita más innovación, menos énfasis en el diagnóstico, más capacidad de respuesta (no sólo de "resolución"), más preocupación por la vivencia del paciente, mejor coordinación entre niveles sanitarios y de éstos con los servicios sociales, y mayor valoración del lugar adecuado de la prestación de servicios".

Joan Gené, médico de Familia de CAPSE (Barcelona) y profesor de Salud Pública, criticó

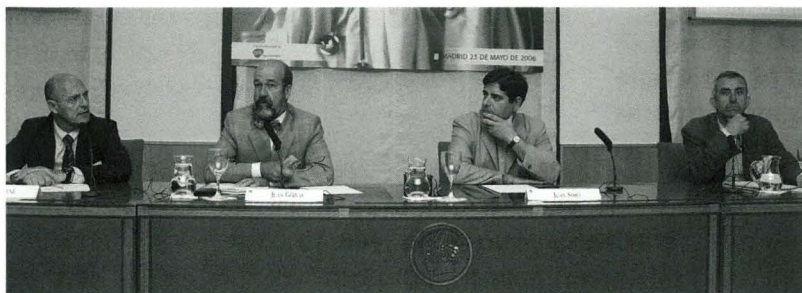
Entre los médicos de familia se mantiene la sensación de disponer de recursos insuficientes y sufrir una gestión ineficiente y distante

con dureza la situación de la AP en la actualidad: "la AP no ha sabido ofrecer a la población aquellos aspectos esenciales y valiosos que la definen y, en cambio, ha asumido un amplio abanico de responsabilidades marcado por gestores y

políticos que ha sido incapaz de cumplir". Esto ha motivado una crisis grave: pierde competencia en ámbitos asistenciales que le son propios, los hospitales la están asimilando considerándola uno más de sus servicios y tiene dificultades para asumir nuevas responsabilidades. Para este experto, el tratamiento de la crisis pasa por que los propios profesionales de AP puedan gestionar todos los servicios sanitarios que se ofrecen en la proximidad del paciente.

Más autonomía organizativa

La falta de autonomía en la organización de AP dentro del sistema sanitario fue una de las quejas más expresadas por los médicos de AP.



De izquierda a derecha: Joan Gené, Juan Gervas, Juan Simó y Luis Palomo

Juan Simó, médico de Familia del Centro de Salud Altavix, en Elche, reconoció que estas formas organizativas no parece que seduzcan demasiado a los profesionales: "son asalariados que no disponen de autonomía organizativa ni de motivación individual ligada al trabajo bien hecho o al grado de compromiso con la organización. Tampoco puede seducir demasiado a los médicos de AP ver como su especialidad, como tal, no alcanza la presencia suficiente en los ámbitos profesionales y universitarios".

Por otro lado, la existencia en la AP médica española de tres sociedades científicas de médicos generales/de familia (SEMG, SEMERGEN y semFYC) y dos de pediatría (AEPAP y SEPEAP) ha mostrado hasta fechas recientes más sombras que luces, precisamente porque no se han sabido aprovechar las oportunidades que sin duda ofrecía esta diversidad. "La incomunicación -denunció este médico-, cuando no el enfrentamiento explícito entre sociedades, no ha jugado a favor del desarrollo profesional ni del profesionalismo de los médicos de los centros de salud y, como consecuencia, tampoco ha potenciado el desarrollo de nuestra AP como modelo de atención y proyecto común que entusiasme al conjunto de la profesión".

La relación con la sociedad

Diversos estudios han puesto en evidencia que la mayoría de los pacientes mantienen una relación de confianza con su médico de cabecera. Sin embargo, esta situación convive con una menor apuesta política por la AP. Para Sergio Minué, médico de Familia y profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada, "la AP no está de moda en las políticas sanitarias de los últimos años

en España: además de una cada vez más ostensible disminución de los fondos presupuestarios destinados al primer nivel, y de la muy discutible crítica respecto a su responsabilidad sobre el crecimiento del gasto farmacéutico, las innovaciones realizadas por los servicios regionales (de forma especial tras la desaparición del INSALUD), han ido encaminadas a devolver el hipotético peso perdido por los servicios hospitalarios, difuminando la existencia del primer nivel de asistencia".

Más allá llegó el análisis de Josep Casajuana, médico de familia del centro de salud Gòtic de Barcelona, al reconocer que los servicios de AP no se han adaptado a la evolución de la sociedad, y algunos de los cambios realizados han actuado, justamente, en sentido contrario: "ante la necesidad de inmediatez y accesibilidad que piden los pacientes, hemos contraatacado con un sistema de cita previa que deja fuera de los circuitos normalizados una buena parte de las demandas; a la obsesión por la salud creciente entre la población, ofrecemos consultas programadas para incrementar la dependencia de los individuos hacia el sistema". Para dar respuesta a estos cambios la solución que plantea este experto pasa por la autonomía en la gestión de manera que sean los propios médicos de AP los que definan su propia estructura y organización.

Pero la capacidad de gestión real sigue muy limitada para los médicos, al no disponer de la autoridad ni autonomía en la toma de decisiones importantes, salvo en el ámbito puramente clínico. Así lo denunció otro médico, Raimundo Pastor, del centro de salud de Canillejas de Madrid. "Los

profesionales sanitarios no pueden organizar su trabajo: no pueden definir y estructurar sus agendas asistenciales, no seleccionan al personal auxiliar ni a sus colegas, no pueden definir sus espacios laborales, ni los circuitos de organización asistencial o administrativa, no pueden seleccionar sus herramientas de trabajo, ni los recursos hospitalarios que complementan la asistencia primaria. Todo les viene impuesto y prediseñado, salvo en el pequeño mundo de su despacho. Las decisiones y el dinero siempre se distribuyen jerárquicamente de arriba hacia abajo".

Las políticas de contención del gasto sanitario han tenido como objetivo reducir la derivación de los médicos generales a los especialistas

destacó. Y es que, para este profesional, entre los médicos de familia se mantiene la sensación de disponer de recursos materiales y humanos insuficientes, y sufrir una gestión ineficiente y distante: "la vivencia de sobrecarga de trabajo continúa, a pesar de la instauración de sistemas de cita previa, las consultas se convierten en una carrera contrarreloj; con grandes cargas de trabajo burocrático e inútil".

La forma de pago: piedra de toque

Al comienzo de la reforma, a los médicos de AP se les asignó un salario que posteriormente se ha complementado con un componente capitolativo (que no llega al 20% de los emolumentos mensuales), basado en el número total de personas asignadas, en el porcentaje de mayores de 65 años y menores de 14, y en su dispersión geográfica (y en algún caso por marginación de la población).

Pocos cambios se han llevado a cabo en este sistema de pago desde entonces. El porcentaje del Producto PIB dedicado a la AP en nuestro país está situado en este momento por debajo de la media europea siendo, además, bastante inferior al que nos

A esto habría que añadir que el médico de AP sigue sin el diseño e implantación de una carrera profesional que le motive y dignifique. "La vida laboral del médico de familia es plana: no hay cargos relevantes, no hay diferenciación en el ejercicio profesional, ni reconocimiento duradero por el esfuerzo desarrollado",



Sergio Minué



Josep Casajuana



Raimundo Pastor



Luis García Olmos

correspondería por nuestro nivel de renta. Esta distancia con Europa ha ido incrementándose con el paso de los años.

Luis Palomo, del Centro de Salud de Coria (Cáceres) y de la Red Española de Atención Primaria (REAP) recordó que, entre otras cuestiones, aún no se han analizado los distintos niveles salariales de los médicos según las Comunidades Autónomas en las que trabajan, y señaló que hay diferencias de hasta un 32 por ciento.

Para este experto, el problema es que en España se ha perdido la oportunidad de probar distintos modelos de pago al médico (y/o de

El médico de Atención Primaria sigue sin la implantación de una carrera profesional que le motive y dignifique

medir el efecto de distintas fórmulas de incentivación) y ha primado la tendencia uniformadora, por lo que sería necesario mejorar la medición de las actividades sanitarias

de la cartera de servicios y complementarla con indicadores de resultados clínicos. Problemas que deberían resolverse antes de que pasen otras décadas.

El seminario *Tres décadas de evolución de la atención primaria en España (1976-2006)* se celebró el 23 de mayo de 2006

La demanda derivada

La relación entre la atención primaria y la especializada constituye un punto crítico en el funcionamiento de los sistemas sanitarios. A lo largo de estas décadas las políticas de contención del gasto sanitario han tenido como objetivo reducir la derivación de los médicos generales a los especialistas, de manera que los gestores consideran que trabaja mejor el médico que deriva menos.

Luis García Olmos, Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Área 2 de Madrid, cree que esta situación no puede valorarse de igual forma en la actualidad si tenemos en cuenta que los pacientes cada vez están más y mejor informados y, en determinadas circunstancias, exigen consultar con el especialista. Aunque según este experto se han estudiado poco las expectativas de los pacientes en relación con el proceso de derivación, cuando se pregunta a los médicos si han sido presionados por el paciente para que le derivara, un 18% declara haber sentido una presión “fuerte”. Ante esta situación, son necesarias guías consensuadas entre médicos generales y especialistas, en las que se explicita hasta dónde debe llegar la responsabilidad del médico general y dónde debe comenzar la del especialista.

El marco ético de una sociedad científica: visión desde dentro

Un poco de historia: la tarea de una comisión

La Sociedad Española de Cardiología (SEC), una de las primeras asociaciones médicas de carácter científico y profesional constituidas en nuestro país, ha cumplido 62 años de existencia en 2006. Su dilatada e intensa historia está jalonada de numerosos e importantes acontecimientos, ya que como corporación ha ido forjándose una posición de prestigio y de gran influencia en relación con la salud cardiovascular. Consciente de sus responsabilidades, creó hace tres años una *Comisión de Asesoría Ética* para reflexionar y elaborar un *Marco Ético* donde, además de dar razones y fundamentos, hubiera un pronunciamiento explícito ante situaciones conflictivas institucionales o particulares.

La comisión tiene carácter consultivo y carece de facultades sancionadoras para enjuiciar conductas individuales de los socios de la SEC. Aunque su número es reducido, todos sus integrantes han mantenido compromisos serios dentro de la sociedad y su experiencia es amplia en diversas áreas de la especialidad. Las tareas que vienen desempeñando sus miembros abarcan varios ámbitos: asistencia e investigación clínica, docencia de pre y postgrado, gestión clínica y de instituciones sanitarias, asesoramiento a las administraciones públicas y trabajo en el campo empresarial privado.

La encomienda asumida ha exigido un gran esfuerzo de deliberación y prudencia, un debate interno largo, intenso y fructífero entre los socios, que se ha enriquecido con aportaciones sustanciales de profesionales de otras disciplinas que han colaborado como consultores externos. El resultado final -cuya versión resumida e inédita se publica en el número de diciembre de la Revista Española de Cardiología- es un documento pionero en España. No es un manual de ética ni un código típico, no pretende abarcar

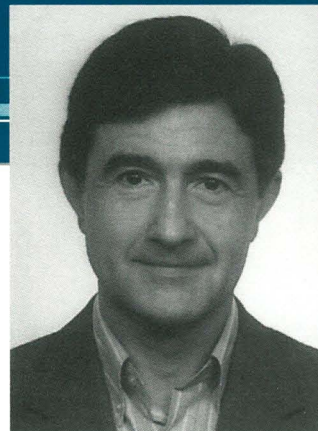
todos los aspectos éticos de las cuestiones que aborda y ha habido una selección de temas. Su contenido responde a algunas de las preocupaciones institucionales de la SEC y se ha cuidado de manera particular el lenguaje, especialmente matizado en la versión íntegra disponible en la web (www.secardiologia.es). Con este documento la SEC espera contribuir a fomentar el diálogo con las instituciones, organizaciones y administraciones interesadas por la transparencia de sus actividades y, a la vez, se ofrece a todas ellas como foro de encuentro.

Por qué y para qué "un marco ético"

Hoy día la ética de una sociedad científica o de una empresa ya no se puede centrar en la mera elaboración de un código ético, sino que debe abarcar una nueva "cultura moral de la responsabilidad convencida y compartida" para toda la organización. En ese sentido, la SEC ha tratado siempre de mantener y expresar modos de conducta exigentes, reafirmando su postura de que en un marco de obligada regulación legal puede desarrollarse la autorregulación moral estableciendo criterios y estándares de excelencia. Por ello, como expresión de una ética de la responsabilidad, ha descrito un decálogo de *valores éticos* orientados a la acción e imprescindibles para generar y afianzar la

Manuel de los Reyes

*Presidente de la Comisión de Asesoría Ética
Sociedad Española de Cardiología*



confianza en sus relaciones institucionales: integridad, confidencialidad, confianza, independencia, veracidad, dignidad, diálogo, compromiso cívico, justicia distributiva, legalidad.

Con este horizonte de valores en juego y para lograr su verdadero sentido y alcance, el *Marco Ético de la SEC* tiene dos pretensiones: normativa -dando razones de necesidad para cumplir determinados deberes éticos so pena de reprobación moral y acaso de sanción jurídica-, y exhortatoria -ofreciendo razones de prudencia para aconsejar seguirlo aún sin la obligación legal de hacerlo-. Va destinado a todos los miembros de la SEC, que asumirán implícitamente la postura oficial de la Sociedad, aunque ésta puede no amparar cualquier conducta profesional de sus asociados, sobre todo si entra en grave conflicto con sus deberes institucionales.

Responsabilidad

El *Marco Ético* se estructura en dos partes diferenciadas que tratan sobre la responsabilidad de la SEC como organización y de los profesionales en tanto que socios. En la primera se abordan temas delicados y polémicos: valores éticos y excelencia de las instituciones, conflictos de intereses, patrocinio y financiación de formación continuada por la industria farmacéutica y empresas de tecnología, exigencias de los cargos directivos en distintos ámbitos, publicaciones científicas y equipo editorial, y valor sanitario y legal de las guías de práctica clínica. En la segunda se detallan cuestiones candentes: sentido actual de la profesión médica, *lex artis* y riesgos ante posibles demandas; marco bioético para deliberar sobre los conflictos; marco jurídico para

La ética de una sociedad científica no se puede centrar en la mera elaboración de un código ético, sino que debe abarcar una nueva “cultura moral de la responsabilidad convencida y compartida”

determinar la responsabilidad profesional; relación clínica, información y consentimiento del paciente; confidencialidad e importancia de la historia clínica; investigación biomédica en seres humanos; justicia distributiva, recursos sanitarios y eficiencia y equidad, y prescripción médica y medios promocionales de la industria. Al final la SEC

propone a sus socios unas pautas de actuación en su práctica diaria, establece un horizonte de compromiso cívico como asociación científica y desea que el informe sirva para debatir sobre los problemas éticos de nuestro quehacer.

Retos y desafíos

La SEC agrupa a la gran mayoría de los cardiólogos españoles y a otros profesionales implicados en el abordaje de los problemas cardiovasculares. La SEC promueve, coordina y desarrolla programas científicos para la formación continua de sus socios y fomenta la investigación en su campo, además de ofrecer información y educación sanitaria al público general a través de la *Fundación Española del Corazón*, su auténtico brazo social.

▪ Educación médica continuada: transparencia y corresponsabilidad

La industria farmacéutica y las empresas de tecnología médica son fuente de avances en medicina y desean difundir los resultados de los ensayos clínicos de sus productos. También cumplen importantes tareas de apoyo en la formación continuada de los médicos y, en menor medida, de otros profesionales de la salud. Por tanto, empresas e industria y los propios médicos se necesitan mutuamente.

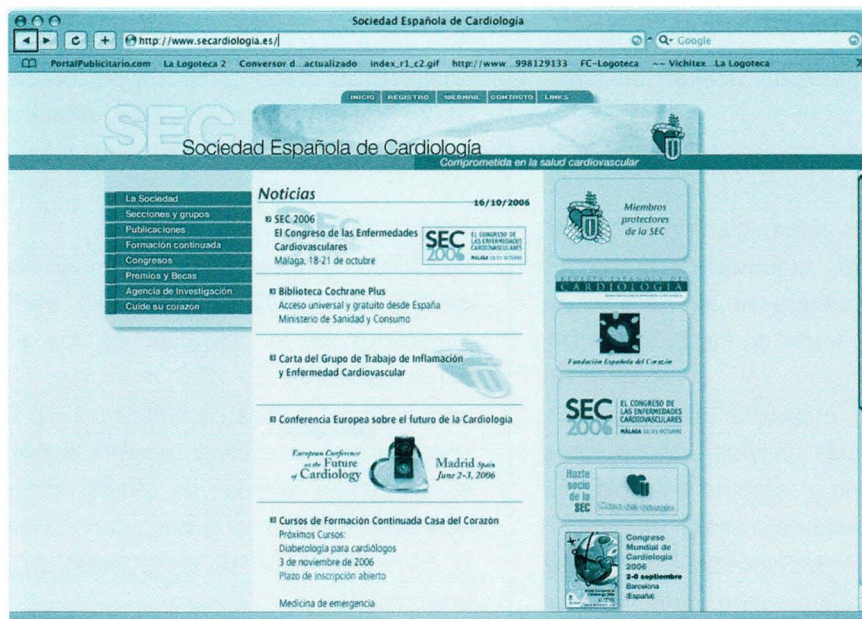
Los intereses de la SEC son básicamente públicos, mientras que los de la industria y las empresas sanitarias son privados. Por eso la relación entre ellas debe regirse dentro de un marco ético de transparencia y mutua aceptación, que garantice la independencia en los contenidos formativos con el fin de evitar posibles conflictos de interés. A tenor de esto, la SEC evalúa su grado de dependencia con las fuentes externas de financiación, procura su diversificación y trata de mantener su independencia y capacidad científica crítica para llevar a cabo una actuación imparcial y no sesgada.

El Marco Ético de la Sociedad Española de Cardiología tiene dos pretensiones: normativa y exhortatoria

Un ejemplo palmario de ello es la organización del principal acontecimiento anual de la SEC, *El Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares*, que está sometido a una estricta reglamentación de patrocinio y acreditación de actividades formativas, con un detallado código sobre financiación y relaciones externas y mecanismos adecuados para conseguir su cumplimiento efectivo.

Siguiendo esa tendencia se comprende que la SEC trate de evitar el respaldo de campañas promocionales con evidentes intereses comerciales e informe a la opinión pública cuando se difundan mensajes o recomendaciones sin la suficiente evidencia científica, especialmente cuando puedan generar en los pacientes o usuarios expectativas desmesuradas, injustificadas o irreales y crearles desconfianza respecto a los médicos por no ofrecerles esos hipotéticos avances.

Mantener una relación de confianza entre los socios y los cargos directivos es vital para preservar la esencia y cohesión de una Sociedad científica. El socio debe saber que cualquier cargo directivo actúa siempre movido por el interés general de la SEC, debiendo ser un modelo de rigor en todas las parcelas donde puedan suscitarse conflictos de interés. Ejemplos de esto último podrían darse en diversos tipos de relaciones: con la industria farmacéutica o con las empresas de tecnología sanitaria; con los medios de comunicación; con



los organismos públicos en las áreas de sanidad y educación; con diversas instituciones y organizaciones privadas, y con otras sociedades científicas y fundaciones, etc.

▪ *Publicaciones científicas y Guías de práctica clínica: calidad e impacto*

La SEC es responsable de transmitir la información científica relevante en su ámbito y quiere ser cauce de expresión de los avances que se produzcan en la asistencia y la investigación cardiovascular con la publicación de los correspondientes trabajos en la Revista Española de Cardiología (REC), a

La SEC agrupa a la mayoría de los cardiólogos españoles. Su fin último es el bienestar de los pacientes y el interés por el bien común de la sociedad

través de su propia Agencia Editorial o en su página web. Por ello, velará siempre por la máxima imparcialidad en los contenidos de sus publicaciones para que se ajusten a los criterios de calidad y veracidad, sobre todo en aquellos

escritos que representan su posición oficial, y regulará los posibles conflictos de interés en todas sus publicaciones científicas.

La necesidad de elaborar las Guías de Práctica Clínica surge como respuesta a la complejidad y conflictividad del quehacer médico. La SEC asume como propias las de la Sociedad Europea de Cardiología, donde participa de manera activa, pero se permite realizar comentarios específicos para la debida contextualización a la realidad sanitaria española. También recomienda que toda GPC incorpore unas consideraciones éticas básicas y aconseja incluir criterios de coste-efectividad en las decisiones propuestas.

▪ *Compromiso ético y justicia distributiva: un debate necesario*

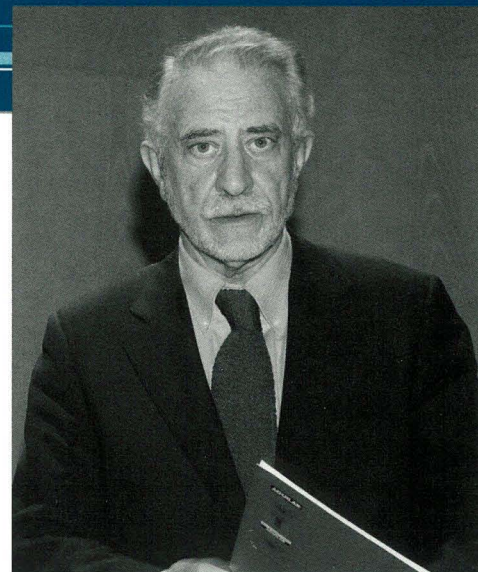
La SEC fomentará la responsabilidad convencida y solidaria de todos en el mundo sociosanitario, en sus logros y carencias y en la toma de conciencia de los costes.

Conocedora de la realidad sanitaria española, la SEC advierte que todo lo anterior exige analizar detenidamente y en profundidad cuestiones espinosas: el uso racional y sensato de medicamentos, utillaje y equipamiento sanitario; el empleo apropiado, inapropiado o dudoso de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos; el adecuado abordaje

de la incapacidad laboral de los pacientes -en cuanto a duración temporal, valoración del daño, riesgo vital y comorbilidad asociada-, o el problema de las listas de espera.

Como conclusión podemos afirmar que las proposiciones anteriores tienen gran calado: en la microgestión (ética de la gestión clínica), mesogestión (ética de las organizaciones e instituciones) y macrogestión (ética de las políticas sanitarias). Una sociedad científica y profesional con altura de miras como la SEC considera que no pueden lograrse de inmediato, pero las demandas y exigencias son fuertes y acucian. Por eso, no es ético olvidarlas ni conformarse con menos.

El duplicado



José M. Merino

Escritor

El remate de tanto desconcierto ha sido la llegada a casa, tras la visita al médico: el portero te mira con extrañeza -la misma extrañeza que has contemplado en su rostro algunas veces, pero ahora entiendes bien la causa- y tú le hablas con brusquedad: "¿Qué pasa?", preguntas desafiante, en una interpelación abrupta. El portero sonríe con resignación: "Nada, don Eduardo, usted perdone, mis achaques, deben de ser esas dichas pastillas, me había parecido verlo entrar hace cinco minutos". Pero tú sabes perfectamente lo que está sucediendo, y cuando el ascensor se detiene ante el descansillo de tu piso, acaricias las llaves dentro del bolsillo como si fuesen animales vivos que es preciso aplacar, mientras te aproximas a la puerta. Acaso es el momento de que la anomalía se resuelva para siempre, de que la absurda duplicidad quede anulada. Sin embargo, te mantienes indeciso, permaneces inmóvil, y estás tan confundido que te parece leer por primera vez el nombre, tu propio nombre, grabado en la pequeña placa brillante, bajo el orificio de la mirilla.

Sospechaste la anomalía, que acaso ya llevaba ocurriendo un tiempo, al empezar tus investigaciones sobre el famoso gramático, pero la descubriste en el viaje frustrado a los lugares que habían tenido relación con su vida. Antes, te habías puesto en comunicación con el bibliotecario del centro que lleva el nombre del gramático, en su villa natal. El hombre se mostró muy dispuesto a colaborar contigo y, después de que se

concretaron sus posibilidades de ayuda, se ofreció a facilitarte copias de todos los documentos que te parecían más interesantes, y a explicarte los originales. El proyecto de establecer una nueva biografía del gramático, realizada además por un especialista contemporáneo en la misma materia, le parecía al bibliotecario merecedor de toda la ayuda que pudiese prestar. Después te pusiste en relación con otras personas, un erudito, cronista local, versado en la biografía del gramático en la ciudad en que este había cursado sus estudios, la directora del departamento correspondiente en la universidad heredera de los fondos de la que le había dado estudios, el fraile que se ocupaba de conservar la documentación en el convento donde el gramático había estado enclaustrado como consecuencia de un proceso inquisitorial. Todos ellos se habían declarado gustosos de colaborar en tu labor, y te había prometido también mucha documentación interesante. Preparaste un programa de varios días para visitar a tus interlocutores y llevar a cabo la colecta de toda la

información. El primer punto de tu viaje, el centro donde el amable bibliotecario te esperaba, era la estación inicial del programa, en la mañana de la primera jornada, de paso hacia la ciudad de los años escolares del gramático, donde el anciano erudito te recibiría a primera hora de la tarde.

Había llegado el buen tiempo y, aquel día, una sucesión de pequeños incidentes te fue obligando a modificar los planes. Para empezar, la noche de la víspera dormiste muy mal, entre malos sueños y largos desvelos. En los sueños te veías ya intentando realizar tu viaje, pero con numerosos obstáculos que te iban impidiendo cumplir tus propósitos. Una de esas simultaneidades solo posibles en los sueños, te permitía llegar a la vez a cada uno de los sitios, pero también a la vez se presentaban los problemas que te hacían imposible llevar a cabo tus planes. Sabías que el bibliotecario se encontraba tras una gran puerta oscura, pero no te abría a pesar de tus insistentes llamadas; el erudito, un hombrecillo de juguete sentado en un sillón colocado sobre la superficie de una mesa escritorio, leía imperturbable un libro, sin advertir tu presencia; la ciudad de los años escolares estaba anegada por una inundación que hacía inaccesibles los edificios, con las puertas sumergidas; la universidad y el convento, enlazados a través de pasillos empinados en forma de rampas, estaban totalmente vacíos, aunque en la soledad se podían escuchar murmullos de voces oscuras hablando en algo que parecía latín. El último sueño de la noche, en una inversión de la lógica temporal, te devolvió al momento en que sonaba el despertador y tú, tras arreglarte con apresuramiento, subías a tu coche y dejabas la ciudad con destino a la primera cita.

Despertaste muy cansado, para comprender que era más tarde de lo previsto, pues la llamada del despertador había suscitado una trampa del sueño. Saliste pues con mucho retraso, para encontrarte en las carreteras con un tráfico muy denso, lo que te retrasó todavía más, de modo que llegaste a tu primera cita casi cuatro horas y media después de lo previsto, sin poder avisar al bibliotecario, pues entre los fatales desarreglos de la jornada estaba el olvido de tu agenda. Cuando te llevaron hasta él, el bibliotecario estaba sin duda preparándose para marcharse, y tú te presentaste, intentando disculpar el retraso. El bibliotecario te miró con perplejidad, mientras se dejaba estrechar la mano. "¿Faltaba algo?", te

Una de esas simultaneidades posibles en los sueños te permitía llegar a la vez a cada uno de los sitios

preguntó luego. Llevaba gafas de cristales amarillentos, que ponían en sus ojos una expresión enfermiza. Tú no comprendías, y él insistió: "¿Ha echado algo en falta en los documentos que le di antes?" Una mujer entró en el despachito con el mismo aire de estar a punto de marcharse. "María, aquí tenemos otra vez al profesor Souto", dijo el bibliotecario, antes de mostrar que ya no estaba en disposición de atenderle: "Mire, profesor, ya nos íbamos, nos perdonará, tenemos un poco de prisa. Yo creo que le he dado todo lo que puede interesarle, según sus indicaciones, pero si necesita algo más no dude en pedírmelo. Como le dije, quedo, quedamos, a su entera disposición, cuando quiera, cuando le venga bien". "Ya me iba, solo quería agradecer todas sus amabilidades", lograste decir al fin.

Abandonaste aquella ciudad muy inquieto, y te detuviste para comer en un restaurante de la carretera, entre humo de frituras y voces estridentes. El desconcertante encuentro te había parecido más propio de tus sueños malos que de un día soleado de primavera, porque en la vigilia no era posible que alguien similar a ti, otro tú, hubiese estado visitando al bibliotecario a la hora de vuestra cita, y se hubiese llevado los papeles que te estaban destinados. Tardaron mucho en servirte una comida grasienta que apenas probaste, y luego perdiste otra vez mucho tiempo buscando la mejor ruta hacia la ciudad donde te esperaba el erudito, que te había invitado a tomar café, y llegaste bastante más tarde de la hora de la cita. La casa del erudito estaba en la parte antigua de la ciudad, de calles angostas y laberínticas, detrás de la catedral. Abrió la puerta alta y estrecha una mujer

flaca, de ojos pequeños. “¿Usted otra vez?”, dijo la mujer con desparpajo. “Pues don Celes ya se ha marchado a la tertulia, se fue a poco de irse usted.”

No quisiste saber dónde se encontraba aquella tertulia. Regresaste a tu coche y anduviste mucho tiempo recorriendo al azar las carreteras que rodeaban la ciudad, hasta detenerte en unos campos solitarios. De un grupo de árboles surgía un potente gorjeo, y lamentaste no poder saber qué pájaro podía ser, pero si era ese ruiseñor de las antiguas historias amorosas, su canto no te resultaba jubiloso ni estimulante sino grotesco, y hasta amenazador en aquella serie de sonidos de diversos tonos que no podías descifrar. Pensabas sin olvido en lo que te estaba sucediendo: era ciertamente como un sueño, pero sin la imprecisión que los sueños presentan. Se había producido una duplicidad, imposible a la luz de la razón pero inteligible desde ese otro ámbito en el que se refugian ciertas dudas y sospechas, la conciencia nunca precisa del tiempo vivido, la memoria confusa que mezcla puros deseos con acciones verdaderas, y resultaba que había llegado a tus citas otro tú, y estaba visitando a tus interlocutores y recogiendo la documentación que le facilitaban. La turbación del bibliotecario, el descaro de la fámula del erudito, no estaban dedicados a otro diferente sino a ti mismo, que realizabas una visita ya cumplida y por ello innecesaria, intempestiva. Mientras el horizonte era ya solo un reverbero rosáceo, te sentías muy asustado, pero ese temor no te impidió mostrarte imperturbable en la recepción del hotel donde pasaste la noche, cuando al llegar el recepcionista te entregó una llave como si ya te conociese. La habitación estaba vacía, y tardaste mucho en conseguir dormirte, aunque al despertar no recordabas ningún sueño.

Las visitas del día siguiente tuvieron resultados similares, pues tu turbación, y una cautela que no podías abandonar, impidieron tu puntualidad, como si tu retraso tuviese que producirse para que recibieses de tus interlocutores la certeza de que ya habían ejecutado generosamente contigo tus encargos, y que no tenían nada más qué decir ni qué ofrecer. A última hora de la tarde llegaste al convento, una enorme mole que teñía de tonos dorados la luz de poniente, pero al fin no entraste en él, y decidiste regresar a tu casa, con la acuciante convicción de que

solo el lugar de la costumbre cotidiana, de la intimidad doméstica, podía ser el espacio adecuado para enfrentarse con el delirio, confortándose con el sentido de la rutina como una forma de serenidad. El viaje duró varias horas y llegaste a tu casa de madrugada. Sobre la mesa de tu pequeño estudio se amontonaban los documentos recogidos en tu viaje, dispuestos ya para ser clasificados y estudiados. Aquella noche, la memoria de los sucesos de las dos jornadas precedentes se mezcló con los sueños de la víspera del viaje, y temiste estar perdiendo la razón. Al día siguiente hablaste con un viejo amigo de la facultad de medicina para pedirle que te pusiese en contacto con un psiquiatra conocido. Le hablaste de algunos sueños y pensamientos delirantes que te tenían preocupado, sin demasiadas explicaciones.

La turbación del bibliotecario, el descaro de la fámula del erudito, no estaban dedicados a otro diferente sino a ti mismo

Entendiste que la cita señalaba la media tarde de hoy, y esta vez fuiste puntual. Sin embargo, la ayudante del doctor, al recibirte, te acogió con esa familiaridad expeditiva de quienes ya te consideraban

como algo de un tiempo pasado y cumplido: “¿Necesita algo más del doctor?”, te preguntó, y una vez más no supiste qué contestar. La mujer consultaba la pantalla del ordenador. “Cuando terminó la consulta esta mañana, le di nueva cita para el jueves próximo ¿no es eso? Sí, aquí está, Eduardo Souto. Si tiene algo que decirle al doctor, tendrá que esperar hasta el jueves que viene”. Hablaba con cortesía, pero con firmeza, mientras tú mirabas la pantalla y descubrías que allí estaba tu nombre, tu dirección, tu teléfono, tu correo electrónico, la anotación sobre la consulta

CON MANO **ajena**

cumplida. Eras sin duda tú mismo, que sin embargo habías venido a visitar al médico aquella mañana, antes de que tú mismo lo supieses. Nada de delirios, nada de sueños que se incrustan en la vigilia. Volviste a casa y tu miedo se iba contraponiendo a la decisión de intentar resolver la enojosa duplicación. Así, tras el incidente con el portero, permaneces quieto delante de la puerta de tu piso. Has abierto al fin, y ves que al fondo del pasillo brillan las luces de tu estudio y de tu alcoba "¿Hay alguien ahí?", preguntas con una gran voz, y tu pregunta resuena como si en el estudio, o en la alcoba, alguien hubiese gritado lo mismo al mismo tiempo. Del paragüero donde se alojan los dos paraguas y el viejo bastón heredado, recoges el bastón, empuñándolo con fuerza. En el estudio no hay nadie, aunque sobre la mesa encuentras una receta con la referencia de ciertos medicamentos y la forma y cadencia de tomarlos. Con la receta en la otra mano, dejas el estudio y entras en la habitación. Alguien se ha movido al fondo, pero comprendes que es tu propio reflejo en la gran luna central del armario de tres cuerpos que

Haces muecas que en el espejo se repiten exactamente, repasas con la mirada sus ropas, que son iguales a las que tú vistes

también heredaste de la casa paterna. Llegas ante el espejo y estudias esa figura, tú mismo, mientras te preguntas si es solo un reflejo o el escondite del duplicado. Haces muecas que en el espejo se repiten exactamente, repasas con la mirada sus ropas, que son iguales a las que tú vistes, hasta que descubres que las manos de esa figura

idéntica a la tuya están vacías, no empuña una un bastón ni lleva la otra el papel blanco de la receta. Es el duplicado. "¡Se acabó!", exclamas triunfalmente, comenzando a destrozarse el espejo a bastonazos.

"¡Vamos a ver quien manda aquí!". Y el duplicado, por fin identificado y destruido, se desmorona, salpicando el suelo con todos sus fragmentos.





Ciclo de Entierra de Nadie

CONVERSACIONES SOBRE CIENCIAS Y LETRAS

LA VISIÓN DE LAS MUJERES

El espíritu de diálogo entre las mal llamadas “dos culturas” es el motivo del ciclo En tierra de nadie: conversaciones sobre ciencias y letras, que se desarrolla en forma de mesas redondas. La segunda sesión se centró en la visión de las mujeres. Las ciencias y las letras han contemplado lo femenino a lo largo de la Historia desde distintas perspectivas; con dificultades en los dos ámbitos, con muchas diferencias planteadas desde el género de sus protagonistas y desde las diferencias en los conceptos de las dos actividades. Pero también con muchos puntos de encuentro que, en este caso, se plantean desde el lado femenino de la investigación y la literatura.

En 1878 terminó la carrera la primera mujer matriculada en una universidad española, Elena Maseras Ribera, que tuvo que solicitar el permiso del rey Amadeo de Saboya para realizar estudios secundarios con la intención de acceder después a la Facultad de Medicina. Desde entonces han pasado poco más de cien años, un tiempo que en el metro de la historia apenas ocupa unos centímetros.

Hasta entonces, la mujer no existía desde un punto intelectual, y unos siglos antes se cuestionaba si su cerebro estaba preparado para pensar, trabajar o resolver problemas básicos. Podríamos decir que las mujeres son personas en el sentido más completo de la palabra desde hace muy poco tiempo.

Algunas cifras son, todavía, más significativas. A mediados del siglo XVIII sólo se contabilizaban en nuestro país 13 maestras de escuela. Hasta bien entrados los años 20, la presencia de las mujeres en la Universidad era apenas perceptible: en 1926 sólo suponían un 4% en el total de estudiantes. El ingreso de las mujeres en el cuerpo docente es más tardío. Las primeras facultades en recibir profesorado femenino fueron Ciencias y Medicina, a las que acabará superando Filosofía y Letras; en 1900 sólo había dos abogadas, 24 médicas y 13 farmacéuticas. Sólo a partir de la década de los setenta comenzó a cambiar esta situación,



De izquierda a derecha: María Tena, Carmen Iglesias y Mª Teresa Miras

aunque no fue hasta diez años más tarde cuando las mujeres lograron alcanzar el 30% de la matriculación universitaria. Hace apenas 30 años sólo había un 2 % de mujeres matriculadas en cualquiera de las carreras superiores de Ingeniería, pero lo más importante es que en la actualidad las cifras alcanzan un tímido 27,7%. Aun así, en especialidades como Telecomunicaciones e Informática de la Universidad Politécnica de Madrid, por ejemplo, apenas hay catedráticas, hecho que se repite en todas las provincias en las que se imparten estos estudios.

La situación parece estar cambiando. Atrás quedaron los tiempos en que las mujeres dejaban su trabajo cuando se casaban y les estaba vetado opinar, estudiar o decidir su futuro. Los avances científicos parecen haber ido parejos al aumento de las libertades entre las mujeres. La píldora anticonceptiva otorgó la libertad sexual; la aparición de los electrodomésticos, la libertad laboral. El siglo XX ha sido el de las mujeres, pero aún queda un largo camino por recorrer hacia la igualdad.

Los estudios europeos detectan y denuncian barreras sistemáticas para las mujeres en el ámbito de la ciencia y la investigación, en el académico y en la industria. Su representación ha sido tan escasa que, por ejemplo, en Medicina y Ciencias Exactas sólo once veces en la historia las mujeres han obtenido el Premio Nobel frente a 435 varones.

Sobre la visión de las mujeres en el ámbito científico y cultural hablaron dos ilustres invitadas en el ciclo *En tierra de nadie*. Por el lado de las letras, María Tena, escritora y actualmente Directora del Gabinete de la Ministra de Sanidad y Consumo; por el de las ciencias, Mª Teresa Miras, Catedrática de Bioquímica y Biología Molecular de las universidades de Oviedo, Murcia y Complutense de Madrid. Dos mujeres que han

demostrado que se puede escribir literatura o investigar "en femenino", pero conscientes de las dificultades que entraña ser mujer y profesional en los dos ámbitos a la vez.

Carmen Iglesias, otra mujer ilustre que tiene el raro honor de pertenecer a las Reales Academias Española y de la Historia, destacó que el camino de la incorporación de la mujer a la vida cultural, profesional o científica ha transcurrido en una especie de zig-zag que se ha visto afectado en muchas ocasiones por procesos autoritarios. "La pérdida de libertad afecta mucho más a las mujeres", afirmó.

Sin embargo, citando a Umberto Eco, las dos revoluciones más importantes del siglo XX han sido la revolución cognitiva y la incorporación plena y masiva de la mujer a esa revolución silenciosa a la que ya se refirió Emilia Pardo Bazán en 1901, como la "mano niveladora de la civilización", una revolución pacífica pero imparable. Resaltó que, a pesar de que han sido muchas las declaraciones de intelectuales que a lo largo de la historia han dejado a la mujer en un puesto degradado, no hay que caer en el victimismo, pero tampoco en el otro extremo de lo políticamente correcto. La revolución aún sigue en marcha.

EL PUNTO DE VISTA DE LAS LETRAS

María Tena pensó centrar su ponencia en lo que ha significado la participación de las mujeres en las ciencias y en las letras porque tal vez "sería necesario contar la historia de esas pocas valientes que, a pesar de tener que parir, alimentar a sus hijos y hacerles hombres de provecho, a pesar de tener que alimentar y apoyar a sus maridos destacaron en estos dos mundos tan distintos y a la vez tan parecidos". Pero no quiso instalarse en la queja, ni contar los impedimentos que todavía tienen hoy las mujeres en todo el mundo para poder ir más allá del



terreno doméstico o de ser simples máquinas de producción al servicio de intereses económicos. “No quiero instalarme en la queja –repitió– doy por sabida la situación de millones de mujeres en el llamado Tercer Mundo y también las zancadillas, los horarios excesivos, dobles, y triples con los que tienen que bregar las mujeres en el llamado mundo desarrollado”.

Aunque reconoció que ella se siente una privilegiada, aportó su particular visión del papel de la mujer en el mundo de las letras. Para ella aún existe una escisión académica y profesional entre el ramo de las ciencias y el de las letras. Los intelectuales de letras siguen sin comunicarse con los científicos y, en consecuencia, son estos últimos quienes están dirigiéndose ya directamente al gran público. Y hay que ser conscientes de que dicho gran público huye de viejas disquisiciones teológicas, pero comienza a apasionarse con cuestiones como el origen de la vida, del universo o de las capacidades del cerebro. “Un nuevo humanismo debería enfrentarse con estos temas desde un cierto conocimiento de causa y debería recoger el arsenal de metáforas suministrado por las ciencias duras”.

María Tena siempre ha querido dedicarse a las letras y en esta especie de locura que supone retirarse del mundo para escribir o para investigar desde un laboratorio es donde encuentra los puntos de intersección más atractivos entre los científicos y los humanistas. Para ambas tareas se necesita humildad. “En ambas antes de acertar hay que ser capaz de soportar muchos fracasos. Tirar y seguir”, afirmó. En ambos quehaceres el deseo de seguir es importante porque tanto la tarea



“Creo que ser escritora hoy es participar de un modo crítico en la realidad que nos rodea y también es intentar ir más allá, no conformarse con la apariencia de las cosas”

“En ambos quehaceres el deseo de seguir es importante porque tanto la tarea artística como la labor científica se mueven en el terreno de la duda”

artística como la labor científica se mueven en el terreno de la duda. De lo que se trata es que los escritores se hagan preguntas, aunque éstas no siempre tengan una respuesta clara, porque su principal intención es disparar la creatividad y la memoria.

SOLEDAD, EN FEMENINO

Otra similitud entre los dos ámbitos es que ambos trabajos son solitarios. La tranquilidad, la soledad, la reflexión son herramientas tan potentes como el ordenador o la pluma. Aunque el escritor tiene que estar inmerso en el mundo, después de observarlo debe recluírse en su mesa de trabajo durante el tiempo necesario para poder trasladar esa vida al papel.

La diferencia fundamental es que un escritor no tiene por qué ser sincero, aunque sí verosímil. “En nuestros textos no es necesario que se refleje la verdad sino que sean verosímiles, coherentes”. Si la ciencia usa un lenguaje hermético, la literatura, en cambio, va en busca de los lectores, encuentra su sentido en mostrar la vida de la ficción, en ser entendida y leída. Si pretendemos hacer, como hacen los científicos, una fotografía exacta de la realidad o de lo que hemos vivido, seguramente no seremos capaces de hacer literatura”.

“El ámbito de lo científico es un mundo en el que lo humano está muy presente: la capacidad de ir más allá, la fuerza de perseverar a pesar de las derrotas, la ambición de conquistar el mundo y la propia vida”

Pero, como contrapartida, si la vida es tantas veces incoherente, la literatura nos defiende. En literatura lo falso resulta verdadero cuando está bien contado. Es una verosimilitud rigurosa cuyas reglas en la novela se llaman unidad y coherencia. En la ciencia, en cambio, buscar la verdad es fundamental, no tienen cabida los falsos investigadores ni ninguna teoría o idea que no se fundamente en la experimentación.

Escritor y científico tienen una herramienta indispensable: la observación. Pero si la del científico es una mirada racional, que se apoya en la comprobación y la acumulación de datos, la mirada del escritor, como decía Ramón Gómez de la Serna, tiene que ser divagatoria. “Nosotros divagamos sobre la realidad, le damos mil vueltas, la miramos por delante y por detrás y lo que es más importante, la manipulamos. Para sacar conclusiones la ciencia abstrae la realidad, la resume en datos, en estadísticas, la novela en cambio la alarga, la ensancha, la imagina”.

Esa capacidad de manipulación es lo que diferencia a la literatura de la vida. Para muchos escritores ese es el gran placer de escribir. “Por un momento nos sentimos dioses, dueños del destino de nuestros personajes, administradores de su tiempo. La venganza que la literatura nos proporciona a los humanos, seres mortales en lucha contra el tiempo y sus derrotas, es precisamente poder distorsionarlo, alargarlo o reducirlo en nuestras obras”. La misión de la ciencia, por el contrario, es elaborar definiciones. Los científicos realizan un metódico esfuerzo para huir del objeto y llegar a su noción, pero María Tena intuye que también necesitan ser audaces, imaginativos e ir más allá de lo esperado, de lo previsible... igual que los escritores. Aunque en ellos la realidad pesa más que la ficción quizá porque pueden salvar muchas vidas reales. “También nosotros los escritores queremos salvar vidas -terminó

esta escritora- y luchar contra la muerte. Escribir y leer son el mejor remedio contra las largas esperas, contra las largas enfermedades”.

LA MIRADA CIENTÍFICA

Teresa Miras se define a sí misma como una experta en tardes de laboratorio y en “soledades”. La primera pregunta que planteó fue la que define la filosofía de este ciclo: ¿existe una separación entre letras y ciencias? “Los científicos -afirmó- tenemos la costumbre de cuestionarlo todo” y lo primero que cuestionó fue el propio título de la serie, a su juicio un título muy masculino que recuerda a litigios medievales. ¿reflejo, tal vez, de la situación académica de nuestro país?

Para Miras, un científico es un fabulador y un rebelde obligado a observar, planear, medir, y después reproducir una y mil veces. “En lo de fabular, las mujeres tenemos fama, merecida o no. ¿Indica eso que tendríamos aptitudes innatas para la investigación?” A su juicio, la mayoría de nuestros escritores habrían sido excelentes científicos si la educación en sus primeros



“Un científico es un fabulador obligado a observar, planear, medir, y después reproducir una y mil veces. En lo de fabular, las mujeres tenemos fama, merecida o no”

“En el Consejo Superior de Investigaciones Científicas la categoría máxima de profesores de investigación contaba en 2003 con un 15,4 % de mujeres”

“Las mujeres acceden también en mayor porcentaje a las carreras universitarias a las que optan como primera opción y tienen mayores probabilidades de licenciarse”



años hubiera sido más cuidadosa con los asuntos de ciencias.

Y es que los datos objetivos que disponemos apoyan esta idea. Las mujeres aprueban la selectividad en mayor porcentaje y con mejores notas que los varones. También acceden en mayor porcentaje a las carreras universitarias a las que optan como primera opción y tienen mayores probabilidades de licenciarse. Los datos aportados por la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas, CRUE, son un buen motivo para reflexionar. En las dos décadas que median entre 1982 hasta 2002, las universitarias de ciencias experimentales han pasado del 47% hasta el 60%, las de ciencias de la salud desde el 50% hasta el 75% y las de ingeniería y tecnología desde un 11% hasta el 28%. ¿Cómo explicar entonces las cifras absolutas que vemos publicadas en los periódicos donde el 60% o más de los licenciados son mujeres y solamente el 13% de ellas son catedráticas si desde hace 20 años están en igualdad de número? En el Consejo Superior de Investigaciones Científicas la categoría máxima de profesores de investigación contaba en 2003 con un 15,4 % de mujeres.

¿Qué ocurre en los países de nuestro entorno con amplia tradición científica? En Bélgica el número de licenciadas es similar al nuestro, pero sólo hay un 5% de catedráticas en Flandes y el 7% en Wallonia. En Holanda solamente el 5% de los catedráticos son mujeres y en Francia el 13,8%. Las mujeres ocupan el 34% del profesorado en el año 2004, pero la gran mayoría pertenece a las categorías más bajas.

A la vista de estas cifras, es importante que la renovación se produzca. "En el CSIC, en más de tres décadas, el porcentaje de mujeres no ha variado significativamente y en la categoría de investigadoras, ha disminuido. Donde ha aumentado es en el área de ciencia y tecnología de los alimentos quizá porque "la mujer sigue siendo la reina del hogar". Es indiscutible que los hombres han protagonizado la producción científica. Pero ¿es por causas genéticas como a veces se ha dicho? Sólo está comprobado que las mujeres tenemos mayor capacidad de relacionar en nuestro cerebro varias ideas.

CIENTÍFICAS ¿APASIONADAS?

La pregunta que entonces habría que plantearse es ¿dónde residen las claves que explican esas diferencias?, ¿por qué esta inercia del sistema? Hay que ser muy sinceros en el análisis de la realidad objetiva. "En ciencia nadie está contra

nadie – afirmó- es tierra de todos los que sientan pasión por el conocimiento pero ¿es la mujer tan apasionada como el hombre en las empresas que inicia?"

Una encuesta realizada en EEUU sobre los valores de los científicos destacó que los varones que se dedicaban a la investigación situaban su profesión en primer lugar, seguido de sus hijos, pareja, etc. Las mujeres colocaban primero a sus hijos y a la pareja y, después, su profesión científica. Si era necesario sacrificar la carrera cuando aparecían problemas familiares, las mujeres lo hacían en un 24,65% y los hombres en un 11,6%. Todo esto nos hace pensar que cuando las mujeres ya están inmersas en el ámbito científico y llegan los hijos, no dejan el trabajo, pero su maternidad influye en una menor movilidad y en la promoción futura.

La maternidad podría ser una trampa mortal en las mujeres que trabajan en áreas tan dinámicas, trampa que podría salvarse con algunas reivindicaciones como las guarderías en los centros de trabajo o la "deslocalización" de los puestos de trabajo, sin olvidar la necesaria complicidad con las parejas para ocuparse de los niños cuando las mujeres tengan que asistir a congresos.

Marie Curie dijo una frase muy alentadora para las mujeres científicas. "Debemos pensar que estamos dotados para algo y que este algo debe ser alcanzado a cualquier precio" y una escritora, Gloria Fuertes, dijo algo parecido con palabras de poeta: "a lo mejor nacemos para hacer algo raro; a lo peor nos vamos sin haber hecho nada".

DEL PASADO **al presente**

Rasgos fundamentales del Real Tribunal del Protomedicato



Portada de la recopilación de disposiciones sobre el Protomedicato, publicada en 1751

Soledad Campos

Departamento de Historia del Derecho
y de las Instituciones
Universidad de Castilla-La Mancha



La administración sanitaria moderna española surge a partir de una política centralizadora e intervencionista de los Reyes Católicos sustentada sobre la base de un derecho público evolucionado en torno al poder real. Fruto de este concepto de Estado se crea un organismo colegiado pluripersonal con competencias sobre las personas dedicadas a profesiones sanitarias que daría lugar, en el futuro, a la institución del Real Tribunal del Protomedicato castellano.

Los Reyes Católicos, por pragmática de 30 de marzo de 1477, crearon en Castilla un tribunal colegiado de alcaldes y examinadores mayores para los oficios sanitarios compuesto por médicos reales.

Al amparo de la cesión hecha por las Cortes castellanas a Isabel y Fernando de su competencia normativa general para todo el reino, los monarcas pudieron llevar a cabo una política centralizadora e intervencionista que originó la administración moderna, sustentada

sobre la base de un derecho público evolucionado alrededor del poder real. Muchos fueron los aspectos regulados por los monarcas con la finalidad de controlar y unificar las instituciones públicas castellanas, fenómeno que no aconteció en la Corona de Aragón donde las Cortes mantuvieron sus prerrogativas legales hasta la llegada de la dinastía borbónica.

Los Reyes Católicos se ocuparon de la legislación sanitaria como una faceta más del nuevo Estado. La Pragmática de 1477 fue básica porque estableció un organismo colegiado pluripersonal de jueces y examinadores que actuarían conjunta e igualitariamente salvo la precedencia en el nombramiento, con competencias supremas en su materia y sobre las personas que se dedicaban a profesiones sanitarias. La institución se completaba con personal administrativo no sanitario; el fiscal que se encargaría de acusar y demandar ante el Tribunal y auxiliares subalternos, como portero, alguacil o ejecutor. Como secretarios actuaban los escribanos públicos.

La legislación bajo medieval se había ocupado muy puntualmente de cuestiones médicas; el Fuero Juzgo, el Fuero Real y Las Partidas regulaban de forma concreta cuestiones sobre responsabilidades y obligaciones de las personas que se dedicaban al arte de curar o las cualidades que debían tener los físicos del rey, pero ningún texto jurídico mencionaba la institución de la administración pública central dedicada a controlar a estos profesionales, carencia que se vio mitigada en las Cortes de Toro de 1371 cuando se concedió a la Chancillería Real capacidad para otorgar cartas a los físicos que se examinaran en la Corte, de tal suerte que pudieran dispensar, a los que demostrasen "saber suficiente", licencia para ejercer en las villas y tierras de su jurisdicción.

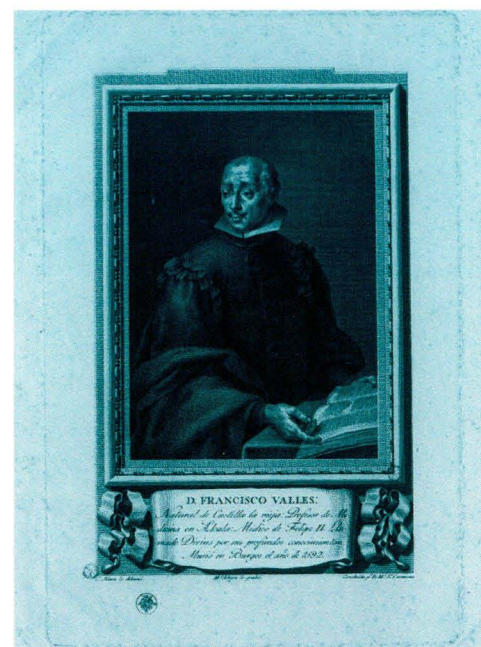
Derechos forales y derecho real

Durante el siglo XIV se expidieron cédulas reales a favor de los físicos, cirujanos y albéitares de los monarcas, no sólo para examinar y otorgar títulos de ámbito general en todo el reino, sino también se les invistió de jurisdicción especial para "prender, prenderar y poner penas", en detrimento de la justicia municipal; a pesar de las reiteradas peticiones de los procuradores de las ciudades, el tema no se resolvió a su favor porque el

problema tenía más fondo; estaba en pugna la primacía entre los Derechos Forales y el Real.

La Pragmática de los Reyes Católicos trataba de dirimir definitivamente el conflicto a su favor y originó un Tribunal colegiado y supremo de carácter técnico, destinado a controlar una amplia gama de profesionales sanitarios en el Reino de Castilla, con jurisdicción especial en función de la materia y de las personas sobre las que ejercía sus competencias.

Los Reyes Católicos regularon múltiples aspectos con el fin de controlar y unificar las instituciones públicas castellanas, fenómeno que no aconteció en la Corona de Aragón



Francisco Vallés (1524-1592), Protomédico de Castilla con Felipe II (tomado de Biblioteca Nacional Digital, de Portugal, purl.pt/4813/1/)

La amplitud de la jurisdicción territorial y personal concedida por los monarcas quedó limitada durante

Rasgos fundamentales del Real Tribunal del Protomedicato

el siglo XVI por dificultades en su aplicación, dada la escasez de medios personales y la injerencia de las justicias municipales que no cesaron en su empeño hasta ver protegidos sus intereses; primero con la prohibición a los protomédicos de nombrar delegados y, posteriormente con el acotamiento de su actuación a la Corte y cinco leguas. También se restringió la jurisdicción en el ámbito personal, quedando bajo el poder del tribunal médicos, boticarios y cirujanos latinos o intrusos de estas profesiones.

No obstante, el proceso de institucionalización de la monarquía siguió adelante e hizo que Felipe II dictase sendas Pragmáticas por las que se fijaba y consolidaba la estructura, competencias y funcionamiento de la institución del Real Tribunal del Protomedicato castellano, nombre que se acuñará por primera vez en la Nueva Recopilación de las leyes de Castilla de 1567. Además, se amplió y aseguró la plantilla con tres protomédicos y tres examinadores suplentes, más un cirujano o boticario para los exámenes de su arte. Se completó con oficios no sanitarios, como asesor y procurador que actuarían en los pleitos y, la secretaría del Tribunal se estructuró de forma jerarquizada con un escribano y oficiales auxiliares. Así permaneció inalterable prácticamente durante la siguiente centuria. Se nombraron protomédicos con carácter unipersonal en otros territorios de la Monarquía, como Indias o Nápoles, con competencias similares a las de la institución colegiada castellana pero sin subordinación a ella.

Consolidación del Protomedicato

El siglo XVII fue para el Protomedicato una etapa de estabilidad; no hubo grandes reformas, aunque sí ajustes promovidos por las Cortes para corregir deficiencias encontradas en la aplicación de la legislación vigente,

El siglo XVI fue una época de esplendor para la medicina en Castilla, de igual manera que un siglo después, “más que adormilada estaba muerta”

boticarios para preparar medicamentos y la de los médicos y cirujanos para recetarlos o el nombramiento del defensor en los procesos judiciales.

como los requisitos exigidos para presentarse a examen, su desarrollo, la admisión de cirujanos romancistas y sanadores de enfermedades particulares, como bubas o cataratas, la exclusividad de los

En el siglo XIV se expidieron cédulas reales a favor de los físicos, cirujanos y albéitares de los monarcas, en detrimento de la justicia municipal

La doctrina coincide en afirmar que el siglo XVI fue una época de esplendor para la medicina en Castilla,

de igual manera que un siglo después opinan que “más que adormilada estaba muerta”. Esta opinión queda justificada porque en 1686 se recomendaba el nombramiento de italianos

para los puestos de médicos reales, sanitarios que tendrán un peso importante en el Protomedicato del siglo XVIII. Sin entrar en razones de tipo científico, se puede argumentar que en la esfera administrativa la dispersión de jurisdicciones en materia sanitaria constituía más de un trastorno. De alguna forma intervenían en decisiones que afectaban a la salud pública en Castilla; el Protomedicato, el Protobarberato, los protoalbeitares, el Consejo Real, la justicia municipal, los visitadores de boticas particulares, las cofradías y los centros sanitarios de religiosos. Algunas profesiones sanitarias, como la de parteras, no estaban sujetas a examen y los empíricos actuaban por todo el reino, incluso en la Corte, con bastante impunidad. Abundando en la ruina de la medicina hay que añadir que las medidas restrictivas en cuanto a limpieza de sangre que incluyeron a los cristianos nuevos, pudieron mermar las posibilidades del desarrollo de esta ciencia que, al contrario que durante el siglo de las luces, como otras, encontrará en los monarcas y ministros ilustrados caldo de cultivo para su florecimiento.

Nuevo siglo y control sanitario

Con el cambio de siglo y de dinastía en España, al Protomedicato se le encomendó la misión de reestructurar y unificar el control sanitario y tuvo durante esta centuria su gran momento histórico.

En cumplimiento de la voluntad regia irá proyectando su poder desde la Corte castellana a otros territorios en detrimento de gremios, colegios y cofradías. Además revalidó su supremacía en materia sanitaria frente a importantes instituciones, como el Consejo Real, la Universidad de Salamanca o las boticas de religiosos. Los cargos de presidente y vicepresidente con competencias y privilegios específicos se acuñaron y evolucionaron en este siglo y también el de protector que serán Fernando VI y Carlos III; se recogieron títulos de visitadores de boticas y se prohibió su venta y arrendamiento. Todos quedarán bajo la instrucción del protomedicato y los ayudas de la Real Botica serán nombrados oficiales visitadores, junto con un fiscal y alguacil específico.

Subdelegaciones del Tribunal, presididas principalmente por oidores o ministros no sanitarios, se instalaron en Galicia y Asturias, Valencia, Cataluña y Reino de Aragón, aunque continuaron independientes los protomédicos de Navarra e Indias.

Las Academias científicas, el progreso de otras áreas médicas y su acceso a estudios reglados propiciaron que los cirujanos y boticarios equipararan sus fuerzas en el Protomedicato. La división en tres facultades dentro del Tribunal favoreció las luchas fratricidas que marcaron el principio del fin. En los últimos años del siglo XVIII asistimos al cese y rehabilitación de esta institución, que traspasó la centuria con una pérdida importante, sus competencias judiciales a favor de la jurisdicción ordinaria.

Bibliografía

Actas de las Cortes de Castilla. Publicadas por acuerdo del Congreso de Diputados de las Cortes españolas a partir de 1936. Madrid (1877-1964).
Archivo General de Simancas. Registro General del Sello, catálogo XIII, vol. I, documento núm. 2138, fols. 179-180.
CAMPOS, S. *El Real Tribunal del Protomedicato Castellano*. Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, 1999.
MUÑOZ, M.E. *Recopilaciones de las Leyes, Pragmáticas Reales, Decretos y Acuerdos del Real Protomedicato*. Imprenta de la Viuda de Antonio Bordázar. Valencia, 1751.
MUÑOZ MACHADO, S. *La Sanidad pública en España: (evolución histórica y situación actual)*. Madrid, Instituto de Estudios Administrativos, 1975.
Novísima recopilación de las leyes de España. 6 tomos, facsímil, edit. BOE, Madrid, 2ª edición, 1992.
RODRÍGUEZ OCAÑA, E. "El resguardo de la salud. Organización sanitaria española en el siglo XVII". *Dynamis*, 7-8, 145-170.
VAA. "El Tribunal del Protomedicato", *Dynamis*, 16. Granada, 1996.

El restablecido Protomedicato del siglo XIX no será más que la sombra del supremo Tribunal que durante más de tres siglos controló el ejercicio sanitario en Castilla y que desde hacía cincuenta años actuaba en gran parte de la península. No tendrá, con la administración contemporánea, heredero

universal, y cuando el 28 de marzo de 1822 celebre su última sesión, sus competencias serán repartidas entre varias instituciones. La salud pública quedaba a cargo, primero de la Junta Suprema de Sanidad, de sus direcciones provinciales y locales, y después de la Dirección General de Sanidad y del Consejo de Sanidad, donde se elaboró la Ley General de Sanidad de 1855 precursora de la legislación actual (estos organismos estaban bajo la dependencia del Ministerio de la Gobernación).

Los exámenes, expedición de títulos y licencias para ejercer pasan a realizarse y expedirse por las Universidades y Colegios bajo la Dirección General de Instrucción Pública en el Ministerio de Fomento.

DEL PASADO **al presente**

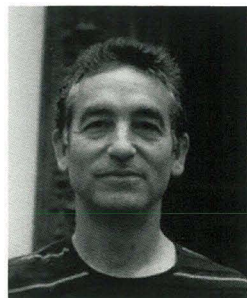
Las Leyes de la salud

Enfermedad, profesión y Administración Sanitaria en la España Contemporánea



Esteban Rodríguez Ocaña

Catedrático de Historia de la Ciencia
Universidad de Granada



El desarrollo de la legislación sanitaria española no se entiende sin la evolución del concepto de salud pública que, sólo a partir de la mitad del siglo XX, ha dejado de circunscribirse a la lucha contra las enfermedades epidémicas del exterior y ha pasado a contemplar la promoción y el mantenimiento de la salud como algo prioritario. El sistema normativo español, desde la legislación cuarentenaria hasta la actual Ley General de Sanidad, ha ido adaptándose al contexto histórico.

La legislación sanitaria ha evolucionado a la par que el concepto de salud pública, al que, reflexivamente, ayudó a caracterizar y a materializar mediante el desarrollo de una administración pública. Mas, como indicaba Pedro Felipe Monlau al comienzo de su recopilación legislativa, la "Higiene pública dice lo que debe ser y la Legislación lo que es"; es decir, que hay que considerar la conjunción de muy diversos factores de todo tipo, aparte de los científicos, en la plasmación en norma de la preocupación por la salud. Si buscamos un programa para su desarrollo, bien lo podemos

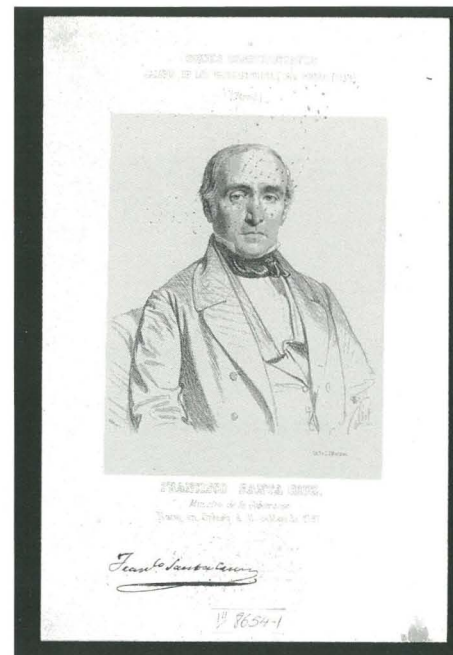
encontrar en las palabras con que Mateo Seoane, uno de los promotores del frustrado Código sanitario de 1822 —el que hubiera sido el primer fruto parlamentario en esta tradición—, reflexionaba sobre los cambios necesarios en la legislación y administración sanitarias tras la muerte de

La legislación sanitaria nació y se desarrolló en la Edad Moderna bajo el rótulo de la lucha antiepidémica, en particular contra las enfermedades exóticas

Fernando VII. Según Seoane debían encaminarse a proporcionar “(...) los medios de dirigir ordenadamente la acción de los [agentes físicos y morales] que sean útiles, y de evitar la influencia de los que sean dañosos [al conjunto de los individuos] (...)”. Este programa se llevaría a cabo muy lentamente, puesto que de ambos términos —el encauzamiento de lo saludable y la evitación de lo mórbido—, sólo el segundo consiguió visibilidad legislativa durante la mayor parte de la época contemporánea. De hecho, la legislación sanitaria nació y se desarrolló en la Edad Moderna bajo el rótulo de la lucha antiepidémica, en particular contra las *enfermedades exóticas*, que, como la fiebre amarilla, la peste o el cólera, tenían origen fuera de nuestras fronteras y se diseminaban mediante el tránsito de personas y bienes. Tal fue el sentido del concepto *sanidad* en la tradición hispana hasta mediados del siglo veinte. La situación epidemiológica, política y profesional sirven de telón de fondo, en cada momento, al desarrollo legislativo.

La legislación cuarentenaria

El primer intento de legislación parlamentaria, el ya mencionado Código Sanitario, discutido en las Cortes del Trienio liberal entre las urgencias de una grave epidemia de fiebre amarilla, nunca acabó su recorrido parlamentario; la reacción absolutista cerró las Cortes después de que el proyecto presentado por la Comisión de Salud Pública en abril fuera rechazado por el pleno en octubre de 1822. Un completo análisis del contexto de su frustrada gestación se ha publicado recientemente, donde se muestra la omnipresencia del problema epidémico y la vigencia en el programa liberal de la estrategia de profesionalización. Hay consenso en que el abigarrado panorama profesional de la medicina de la época fue uno de los obstáculos que se opusieron a una reglamentación eficaz de la acción sanitaria, sin negar el nudo gordiano de intereses económico-morales que se anudaban en torno a las prácticas cuarentenarias.



Francisco Santa Cruz y Pacheco, Ministro de Gobernación responsable de la Ley de Sanidad de 1855

Durante la Regencia y en los inicios del reinado de Isabel II, los principios reformistas del frustrado proyecto en el plano administrativo se pusieron en práctica, acabando con la estructura anterior. El Real Decreto orgánico de Sanidad firmado por Manuel Seijas el 17 de marzo de 1847 es la piedra angular de la legislación liberal en materia sanitaria, que colocó todo el entramado pluriconsiliar bajo la presidencia de las autoridades civiles (alcaldes o gobernadores civiles, según los niveles), convirtió a los subdelegados de partido en representantes de la autoridad gubernativa (antes lo habían sido de otro órgano central palaciego, la Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía, así como, desde 1830, de las Academias médicas de distrito) e incardinó todo dentro del Ministerio de la Gobernación a través de la Dirección General de Sanidad.

La primera Ley de Sanidad española —*Ley del Servicio General de Sanidad*— no fue aprobada

Las Leyes de la salud.

Enfermedad, profesión y Administración Sanitaria en la España Contemporánea

hasta 1855, en el contexto político del Bienio progresista y el epidémico de la segunda acometida histórica del cólera asiático en la Península Ibérica, y estuvo casi exclusivamente enfocada hacia la protección frente a

La primera Ley de Sanidad española –Ley del Servicio General de Sanidad– se aprobó 1855, durante el Bienio progresista

las *enfermedades exóticas*, respetando las líneas maestras de la administración liberal ya instaurada. Por ello estipuló con minuciosidad todo lo referido a las relaciones exteriores desde la perspectiva de la precaución geográfica y la defensa cuarentenaria (lazaretos, pasaportes sanitarios de personas y bienes, patentes de limpieza, tarifas sanitarias). La tesis de Grabuleda Teixidor comenta en alguno de sus apartados las discusiones parlamentarias en torno a ella que reflejaron la crudeza del enfrentamiento entre intereses comerciales y científicos. La profesionalización sanitaria avanzó con la creación de las Direcciones de Sanidad de los puertos (que dio lugar a la rama administrativa de Sanidad Exterior), pues el puesto de subdelegado de partido (de medicina y cirugía, de farmacia y de veterinaria, respectivamente) continuó siendo honorífico y regido por su Reglamento de 1848, sin apenas competencias. La línea ejecutiva quedó firmemente asentada en la jerarquía gubernativa (ministro - director general - gobernador civil - alcalde), mientras que los organismos colegiados tenían carácter consultivo, comenzando por el Real Consejo de Sanidad. En

momentos críticos, al sufrir una epidemia, las Juntas de Sanidad se convertían en órganos de dirección de las administraciones periféricas, incorporando de hecho labores ejecutivas.

Más allá de la amenaza epidémica, la Ley ordenó las direcciones de los establecimientos de aguas minerales, con la creación de un cuerpo médico *ad hoc*. Si bien en sus artículos



Carlos María Cortezo y Prieto, Director General de Sanidad impulsor del RD de 12 de enero de 1904 (*Instrucción general de Sanidad*)

64 y 65 invitaba a los municipios a prestar asistencia médico-farmacéutica a las familias pobres del lugar (ya estipulada por la Ley de Beneficencia de 1849 y otros textos anteriores) y atender los asuntos de higiene pública, a través de la contratación de médicos titulares —proceso regulado minuciosamente en los 12 artículos siguientes—, dejó sin recoger la figura del inspector higiénico o de salud pública, establecida también en 1849 por orden gubernativa, con competencias municipales. Más adelante, la Ley Municipal de 1877 estipuló la creación de laboratorios municipales para agua, alimentos y productos patológicos, lo que se cumplió solo en casos puntuales.

Durante la etapa de la Restauración borbónica, que coincidió con la irrupción de los nuevos saberes microbiológicos, la aceleración que su aplicación práctica impuso sobre los dispositivos tradicionales de lucha antiepidémica se reflejó en una sucesión de acuerdos internacionales y un clamor, ineficaz, en torno a la modificación de la legislación española, con sucesivos proyectos (1882, 1894, 1899) fracasados.

La legislación constituyente de la Salud Pública

La situación motivada por la guerra ultramarina, y la subsiguiente derrota de 1898, llevó a preocuparse por las razones internas de la misma, entre ellas la desatención sanitaria como productora de la debilidad de la población, o *la raza*, como se decía entonces. De ahí nació una preocupación regeneracionista que, en el ámbito de la sanidad consistió en una crítica más cercana al lamento que al análisis programático, así como un refuerzo del espíritu modernizador o europeizante, al que se

debieron conquistas más permanentes. Los dos primeros decenios del siglo mostraron una rápida asimilación de acuerdos internacionales por la administración española, en aras a esa ansiada "modernización", tales como la adopción de la clasificación internacional de causas de muerte y la promulgación de la Ley de Accidentes de trabajo en 1900, o la modificación de las normas de sanidad portuaria entre 1909 y 1912.

Mezcla sobresaliente de la influencia de ambas tendencias estratégicas fueron la Ley de Protección a la Infancia y el Decreto de *Instrucción General de Sanidad*, ambas piezas promulgadas en 1904, así como los RR.DD. de Bases para la profilaxis pública de las enfermedades venéreo-sifilíticas, de 13 de marzo de 1918, y sobre Declaración de enfermedades infecciosas, de 10 de enero de 1919, o la R.O. designando una Comisión para el saneamiento de las regiones palúdicas, de 24 de agosto de 1920. Todo ello en el marco de una creciente agitación por la salud, en cuya génesis se mezclaban intereses profesionalizadores, consideraciones eugenésicas e intereses socio-políticos, expresados en una serie de actuaciones benéficas, filantrópicas y municipales, en forma de campañas antituberculosa, contra la mortalidad infantil, antivenérea y otras.

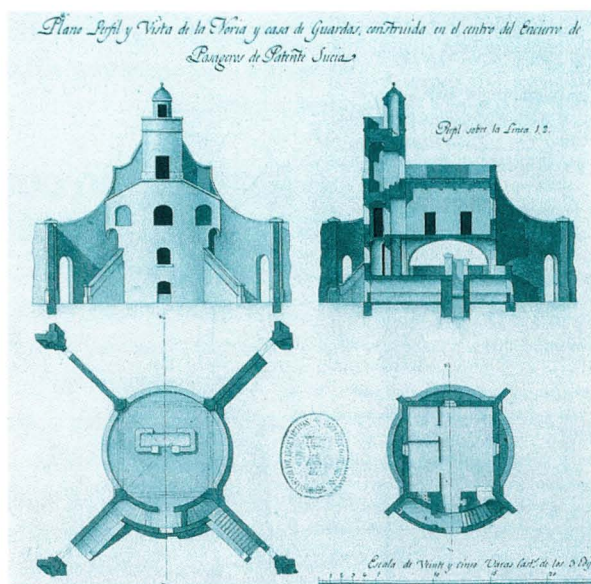
La Instrucción General de Sanidad, promulgada en 1904, supuso la organización de un servicio sanitario permanente de alerta, higiene y prevención en el interior

La *Instrucción General de Sanidad*, promulgada con carácter de Real Decreto en 1904 —ante la falta de consenso parlamentario—, supuso la organización de un servicio sanitario permanente de alerta, higiene y prevención en el interior, pues

a las líneas ejecutiva y consultiva de la administración sanitaria añadió otra inspectora. Las dos primeras mantenían los criterios de la ley de 1855, si bien se obligaba a las Juntas de Sanidad provinciales a

establecer Laboratorios de Higiene e Institutos de Vacunación (similares a los ya existentes en capitales como Madrid, Barcelona, Valencia o San Sebastián). La función inspectora se establecía igualmente en el triple nivel estatal, provincial y municipal, y recaía en Inspectores que debían vigilar permanentemente el estado de la salud pública y sustentar técnicamente los acuerdos y resoluciones de las Juntas. Su labor, sin embargo, fue balbuciente y con grandes diferencias interurbanas, como nos atestigua el *Report on Public Health in Spain*, escrito por Charles Bailey, enviado de la Fundación Rockefeller en 1926, que concluyó afirmando el *carácter primitivo* de la sanidad hispana.

El Reglamento de Sanidad Provincial de 1925 consolidó las Inspecciones provinciales de Sanidad al dotarlas de un soporte funcional y técnico imprescindible: el Instituto de Higiene (producto de la fusión de todos los organismos sanitarios de ámbito provincial preexistentes, tales como Brigadas sanitarias, Laboratorios de Higiene e Institutos de Vacunación). El nuevo estatus de la inspección, el acuerdo con la Fundación Rockefeller (1922) y la apertura de la Escuela



Plano parcial del Lazareto de Mahón, la principal instalación cuarentenaria española en el s. XIX

Las Leyes de la salud.

Enfermedad, profesión y Administración Sanitaria en la España Contemporánea

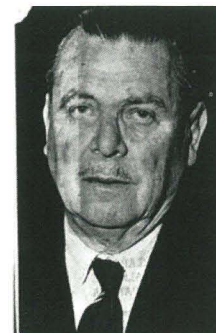
Nacional de Sanidad (1930) hicieron posible que la Salud Pública hispana viviera un periodo de consolidación, entre 1926 y 1957, con la generalización de un modelo de competencias territorializado (central, provincial, comarcal y local), la atención por la salud rural y el trabajo en forma de campañas médico-sociales.

Durante la guerra, en la zona rebelde se había mantenido la vigencia de la organización anterior, subordinándola a las necesidades militares. A la victoria facciosa siguió la depuración de hasta una cuarta parte de los funcionarios, aproximadamente. Al mismo tiempo se vivió una gravísima crisis sanitaria, con exacerbación de la mortalidad infecciosa, más de un tercio del total de causas de fallecimiento entre 1939 y 1941, mientras la mortalidad infantil alcanzaba cotas similares a las de 1923. La situación organizativa se recompuso entre 1943 y 1944, con el nombramiento del nuevo Consejo Nacional de Sanidad —en metáfora representativa del nuevo Régimen, el Ministro de Gobernación lo denominó "el Estado Mayor con el que restaurar el Orden Público sanitario"— y la promulgación de una Ley de Sanidad.

El retraso en afrontar la organización de la sanidad tenía su raíz en la divergencia profunda en las entrañas del Régimen entre varias *familias*, en particular entre el grupo falangista y el católico-militar, que finalmente se resolvió con el reparto de centros de poder: los primeros se quedaron con el Ministerio de Trabajo y el INP —y consiguientemente, con la organización del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) aprobado por Ley de 14 de diciembre de 1942— mientras que los segundos se aposentaron en el Ministerio de la Gobernación, incluyendo la DGS.

La Ley de Bases de Sanidad de 25 de noviembre de 1944 consagró el modelo (republicano) de atención médico-social al campesinado a través de una estructura en niveles territoriales jerarquizados (concediendo competencias a los Jefaturas provinciales de Sanidad sobre los sanitarios rurales) y mantuvo la estructura administrativa e itinerario formativo pre-existentes. Se dio forma a los distintos Cuerpos de Sanidad Nacional y se adscribieron de forma completa a la DGS las distintas luchas o campañas sanitarias, que gozaron en la inmediata posguerra de su momento de mayor respaldo político. Antes, en 1941, se había concedido

Uno de los emblemas de la transición democrática fue la reforma sanitaria, plasmada en la Ley General de Sanidad de 1986



José Alberto Palanca Martínez-Fortún, Director General de Sanidad en la promulgación de la Ley de Bases de Sanidad de 1944

prioridad a uno de los aspectos cruciales de la atención preventiva, la lucha contra la mortalidad infantil, a través de la Ley de Sanidad Infantil y Maternal, que venía a subrayar la prioridad de su área profesional, la primera que contó con una red de centros de formación especializada en España (Escuela Nacional de Puericultura y sedes provinciales, abierta desde 1926). En la época republicana ya se vivieron tensiones entre la tendencia horizontal (integradora) y vertical (especializada) en la organización de los servicios higiénicos provinciales, por lo que respecta a los de Higiene infantil, que se apoyaban, además, en las cátedras universitarias de Pediatría.

En todos los casos, leyes de 1941, 1942 y 1944, se disponía la superioridad jerárquica de los servicios de la DGS y la necesaria colaboración de los centros del Seguro, algo que sólo se cumplió en el papel, pues este

modelo se abandonó sin que mediara estrategia explícita conocida, conforme se produjo el asentamiento del SOE. Se revela así otro de los

rasgos de esta etapa, la pérdida de protagonismo de la acción benéfica en beneficio de la acción previsora, que ayudó a acentuar la relevancia del estado central respecto de los dispositivos periféricos. La conversión de los médicos titulares en Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, realizada durante la etapa republicana dominada por la derecha, sobre los que recayó, a continuación, la atención de los asegurados del SOE, acentuó la prioridad de sus obligaciones clínicas en detrimento de sus funciones inspectoras de la salubridad. El crecimiento del SOE conllevó la pérdida del horizonte municipal, la puesta en primer plano de un objetivo reparador, el desarrollo tecnológico y hospitalario desigual, la dependencia farmacéutica y la extensión de una ideología medicalizada entre la población.

La Sanidad, pilar del Estado del Bienestar

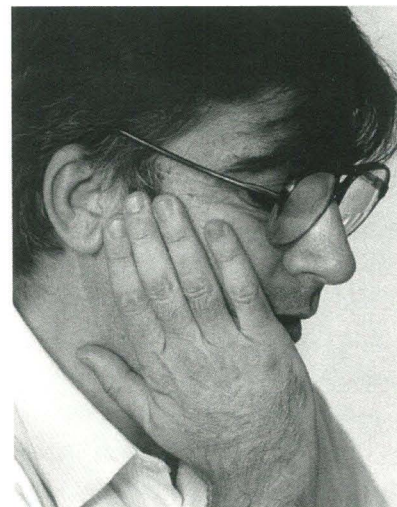
La transición democrática se realizó en un contexto social de gran entusiasmo por los cambios, uno de cuyos emblemas fue la reforma sanitaria, plasmada finalmente en la Ley General de Sanidad de 1986. Como ha explicado Elola (1991), la fragmentación del sistema, el centralismo y la falta de democratización en la gestión, junto a las deficiencias en la atención sanitaria, en particular la extrahospitalaria, agravaron en España la crisis que afectaba a todos los sistemas sanitarios occidentales y alentaron la introducción de reformas.

El gobierno Arias, ya en 1974, elaboró diversas propuestas de reforma, jamás desarrolladas. La reunión de Talavera (1977) del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional solicitó, en línea con las aspiraciones de la amplia vanguardia política antifranquista, el establecimiento de un Servicio de Salud socializado y descentralizado, articulado en torno a la Atención Primaria de Salud. Los valores estratégicos que se defendieron desde la Salud Pública, y que compartían los programas políticos de los partidos de izquierda, fueron universalidad, equidad, solidaridad y participación comunitaria.

Lo más trascendente del mandato de UCD fue la creación del Ministerio de Sanidad, la fragmentación del INP produciendo el INSALUD y el comienzo de las transferencias de competencias sanitarias a las Autonomías en cumplimiento del mandato constitucional, si bien no consiguió llevar adelante el proyecto de reforma aprobado por el Congreso en mayo de 1980.

El gobierno del PSOE reorganizó la atención médica olvidando la participación comunitaria y el liderazgo de los municipios

La reforma sanitaria propiamente dicha comienza a partir del triunfo del PSOE en 1982. El gobierno socialista reorganizó la atención médica, a través del RD 137/1984, sobre estructuras básicas de salud, olvidando dos de los puntos claves de su programa electoral: la participación comunitaria y el liderazgo de los municipios (sustituidos por las comunidades autónomas, germen de un nuevo centralismo). La tardanza en aprobar la Ley General de Sanidad, que no se logró hasta abril de 1986, habla del difícil establecimiento de un consenso, incluso dentro del propio campo de la izquierda hasta entonces abonado sin fisuras a la consigna del *Servicio Nacional de Salud* (transformado en la Ley en *Sistema Nacional de Salud*). El año anterior se había promulgado la Ley de incompatibilidades, otro medio de racionalizar las administraciones públicas. Una peculiaridad del contexto hispánico de la reforma fue la oposición frontal que recibió de la organización médica (OMC).



Ernest Lluch, Ministro de Sanidad de la Ley General de Sanidad de 1986

Las Leyes de la salud.

Enfermedad, profesión y Administración Sanitaria en la España Contemporánea

Dado que el modelo de organización sanitaria definía la forma y los límites del mercado de salud, las características de la práctica profesional, el control sobre la organización del trabajo profesional y el estatus profesional, la reforma fue considerada como un ataque a la profesión misma.

El proceso impulsado por los socialistas se vio sometido a la tensión entre objetivos sanitarios, estrategias políticas y necesidades económicas, lo que acentuó su pragmatismo. La Ley General de Sanidad, articulada sobre tres principios teóricos básicos (reorganización del sector primario, participación comunitaria e intervención en salud mediante políticas intersectoriales) ha asentado la reorganización del sector primario, con la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, y la unificación asistencial (mediante la jerarquización y territorialización). Sin embargo se ha desarrollado con un cariz marcadamente gerencialista y sin haber sido capaz de establecer la suficiente coordinación entre Autonomías. Objetivos clave como el de la

participación no se han plasmado en estructuras y prácticas viables y han acabado por desaparecer del discurso oficial.

Una revisión de la marcha del proceso se realizó en el Parlamento a partir de 1990, donde el Informe de la Comisión de análisis y evaluación del SNS (Informe Abril, 1991) dio paso a una segunda etapa en la reforma sanitaria. Si bien sus 64 recomendaciones fueron desoídas por el gobierno socialista, por el temor que despertaron sus criterios economicistas (copago, etc.) —muy en línea con las propuestas neoliberales dominantes en la escena internacional en esos momentos— marcaron una tendencia en la que profundizó con posterioridad la etapa de gobierno del Partido Popular.

Bibliografía

- BARONA, C. *Las políticas de la salud. La sanidad valenciana entre 1855 y 1936*. València, Universitat de València, 2006.
- BERNABEU, J.; PERDIGUERO, E. "At the Service of Spain and Spanish Children Mother-and-Child Healthcare in Spain During the First Two Decades of Franco's Regimen (1939-1963)", en: LÖWY, I., KRIGE J. (eds) *Images of Disease. Science, Public Policy and Health in Postwar Europe*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2001, pp. 167-186.
- CARDONA, A. *La salud pública en España durante el Trienio Liberal (1820-1823)*. Madrid, CSIC, 2005.
- ELOLA, F.J. *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990)*. Madrid, FIS, 1991.
- GRABULEDA, C. *Salut Pública i creixement urbà. Política i acció social em el sorgiment de la Barcelona contemporània*. Tesis doctoral, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 2002. Accesible en Internet, 2003, <http://www.tdx.cesca.es/TDX-0429103-130705/>
- HEROLD-SCHMIDT, H. *Gesundheit und Parlamentarismus in Spanien. Die Politik der Cortes und die öffentliche Gesundheitsfürsorge in der Restaurationszeit (1876-1923)*. Husum, Matthiesen Verlag, 1999.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M.^a (editor). *Mateo Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*. Madrid, MSYC, 1984.
- MARSET, P.; SÁEZ, J.M.; MARTÍNEZ NAVARRO, F. "La Salud Pública durante el franquismo", *Dynamis*, 15, 1995, 211-250.
- MARTÍNEZ, F. "El modelo sanitario español". *Primeras Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública*, Madrid, FADSP, 1982, vol. 2, pp. 99-107.
- MONLAU, P. F. *Elementos de Higiene Pública o Arte de conservar la salud de los pueblos*. 2ª ed. Madrid, Rivadeneyra, 1862
- MOLERO, J.; MARTINEZ A. F. "Las campañas sanitarias como paradigma de la acción social de la medicina". *Trabajo Social y Salud*, 43, 2002, 119-148.
- MUÑOZ MACHADO, S. *La Sanidad pública en España: (evolución histórica y situación actual)*. Madrid, Instituto de Estudios Administrativos, 1975.
- NÁJERA, E.; CORTÉS, M.; GARCÍA GIL, C. "La reorientación del sistema sanitario. Necesidad del enfoque epidemiológico". *Revisiones en Salud Pública*, 1, 1989, 15-30.

Bibliografía (continuación)

- ORTÚN, V., SEGURA, A. "España: democracia, crisis económica y política sanitaria". *Revista Sanitaria de Higiene Pública*, 57, 1983, 603-626.
- RODRIGUEZ, J.A. "Struggle and revolt in the Spanish health policy process: the changing role of the medical profession". *International Journal of Health Services*, 22(1), 1992, 19-44.
- RODRÍGUEZ, E.; MENÉNDEZ, A. "Salud, trabajo y medicina en la España de la legislación social, 1900-1939". *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 9 (2), 2006, 81-88.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. "El resguardo de la salud. Administración sanitaria española en el siglo XVIII". *Dynamis*, 7-8, 1988, 145-170.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. "La Salud Pública en España en el contexto europeo, 1890-1925". *Revista Sanitaria de Higiene Pública*, 68 (monográfico Segundo Encuentro Marcelino Pascua), 1994, 11-28.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. "The Politics of Public Health in the State-Managed Scheme of Healthcare in Spain (1940-1990)", en I. Löwy y J. Krige (eds.). *Images of Disease: Science, Public Policy and Health in Post-war Europe*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2001(a), pp. 187-210.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. *El Informe sobre la sanidad española* (1926) de Charles A. Bailey, enviado de la Fundación Rockefeller. *Cronos. Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 4 (1-2), 2001(b), 63-79.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. *Salud pública en España: ciencia, profesión y política, siglos XVIII-XX*. Granada, Editorial Universidad de Granada, 2005 (a).
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. "Medicine as a social science: The case of Spain (1870s-1920s)". Comunicación presentada al Congreso de EAHMH-SSHM, *Cultural History of Medicine and Beyond*, Paris, 7-10 septiembre, 2005 (b).
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. "Persuasión y Dominio: Medicina y Público en España (siglos XIX y XX)". [Dossiê]. *História-Ciências-Saúde - Manguinhos*, 13 (2), 2006, 295-476.
- SEOANE, M. (1837). *Principios en que deben fundarse las medidas legislativas y administrativas en todo lo concerniente a Higiene Pública*. Resumen del Discurso pronunciado en la Academia de Ciencias de Madrid, reproducido en LÓPEZ PIÑERO, J.M. (editor) *M. Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*. Madrid, MSYC, 1984, 175-185.

DEL PASADO **al presente**

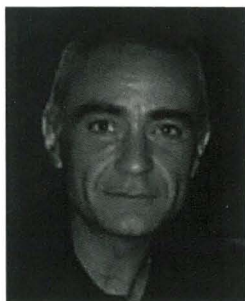
La reforma sanitaria de la II República



Dispensario de atención materno-infantil

Josep L. Barona

Profesor de la Historia de la Ciencia
Universidad de Valencia



La *Instrucción General de Sanidad* establece en el siglo XX un nuevo modelo de administración sanitaria en España. La evolución de la sanidad española sigue las directrices de la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones sobre una nueva medicina social, sin olvidar los aspectos epidémicos y preventivos.

La *Instrucción General de Sanidad* [IGS] de 1904 reorientó la anterior Ley de Beneficencia (1855), enfocada a prevenir los riesgos frente a las epidemias y hacia una mayor preocupación por el estado de salud de la población.¹ La IGS establecía un modelo de administración sanitaria sustentado sobre tres pilares: un órgano ejecutivo representado por la *Dirección General de Sanidad* que formaba parte del Ministerio de Gobernación y se encargaba de coordinar las políticas sanitarias, cuyos delegados provinciales eran los gobernadores civiles; un segundo órgano consultivo, el *Real*

Consejo de Sanidad, que contaba con el apoyo de órganos periféricos como las *Juntas provinciales y municipales de Sanidad*, y un tercero de carácter técnico, la *Inspección de sanidad*, organizada en torno a los inspectores generales, provinciales y locales, cuya misión era evaluar la salud de la población y gestionar la salud pública, aportando a los demás órganos los conocimientos y las técnicas derivados de su condición de *expertos*.

La función de los inspectores provinciales se vio reforzada por la ley de 1904, que les encargó de la gestión de los problemas sanitarios de cada provincia, incluidas las áreas rurales. Su principal cometido era la lucha contra las enfermedades infecciosas, la mejora de la salubridad pública, la higiene de los alimentos y de la vivienda, las campañas de vacunación y la puesta en marcha de la estadística sanitaria. Muchas de estas funciones fueron asumidas por el estado y delegadas en los inspectores como consecuencia del entorno internacional. Desde las primeras Conferencias Sanitarias Internacionales, que se iniciaron en París en 1851, la administración española estuvo presente en los foros de debate y decisión internacional, como la Office Internationale de Santé Publique, fundada en París en 1907, o el Health Board de la Sociedad de Naciones (1919-1945). Su presencia en estos foros y los acuerdos con la Rockefeller Foundation influyeron en el compromiso del estado frente a la sanidad, el desarrollo de la estadística sanitaria y la formación de expertos en salud pública.² Los inspectores se encargaban de prevenir la amenaza de epidemias, detectar deficiencias en salud pública y mejorar los niveles de salud.³ Desde mediados de los años 1920, la labor de los inspectores provinciales fue clave en el marco de los Institutos Provinciales de Higiene. Durante las dos primeras décadas del siglo XX se reestructuró la sanidad exterior, se creó la Brigada Sanitaria Central (1909) y el Instituto de Seroterapia, Vacunación y Bacteriología se reorganizó como Instituto Nacional de Higiene (1914).

Las reformas sanitarias españolas entre 1904 y 1931 estaban enfocadas principalmente a la prevención y la lucha contra epidemias y enfermedades infecciosas, aunque se fue prestando una creciente atención a otros problemas de salud, de acuerdo con la óptica de una nueva medicina social que estaba siendo definida por los expertos de la Organización de Higiene

de la Sociedad de Naciones.⁴ Se organizaron dispensarios y campañas contra la tuberculosis, las enfermedades venéreas, el tracoma, el paludismo y la mortalidad materno-infantil.⁵

La IGS establecía un modelo sustentado sobre un órgano ejecutivo, la DGS uno consultivo, el Real Consejo y uno técnico, la Inspección de sanidad

El *reglamento de sanidad municipal* (1925) desarrollaba aspectos fundamentales de la ley de 1904, establecía un modelo de organización sanitaria provincial y delimitaba las competencias

de los municipios. A comienzos de 1920 se habían instalado unos setenta laboratorios químicos y bacteriológicos en capitales de provincia y ciudades de más de 15.000 habitantes en treinta provincias, que contaban además con servicios de inspección sanitaria e institutos de vacunación.⁶ La sanidad periférica recibió también el impulso de las Brigadas Sanitarias Provinciales (1921), siempre alerta frente a epidemias e infecciones. Pero fue a mediados de los años veinte cuando se planteó un modelo sanitario provincial en torno a los Institutos Provinciales de Higiene, formados por tres secciones –epidemiología y desinfección, clínica, análisis químico e higiénico y vacunaciones, dirigidos por inspectores provinciales. Su labor fundamental se extendería, en otro contexto, como eje central de la sanidad republicana.

Otro de los hitos que marcó el proceso de modernización de la salud pública española durante el primer tercio del siglo XX fue la creación del Departamento de Estadística Sanitaria (1929) y la Escuela Nacional de Sanidad (1925) impulsada por la *Rockefeller Foundation* como en otros países europeos, en coordinación con la Sociedad de Naciones.⁷ Su fundación se vio acompañada de una

La reforma sanitaria de la II República



Campaña de recogida de fondos para la lucha antituberculosa

política de pensiones en el extranjero para la formación de expertos en salud pública.

Las reformas sanitarias de la II República (1931-1939)

En el curso del proceso de modernización sanitaria que había iniciado la sociedad española durante el primer tercio del siglo XX, la proclamación de la II República en abril de 1931 inició un período breve pero intenso de iniciativas y reformas.⁸ La difícil situación de la población rural no sólo protagonizó importantes conflictos sociales, también puso en primer plano la salud rural como un elemento prioritario de acción política.⁹ La conferencia internacional de higiene rural celebrada en Budapest (1930) y Ginebra (1931) por la Sociedad de Naciones fue una iniciativa del gobierno español.¹⁰ Al proponer la conferencia el gobierno español pretendía acordar los principios fundamentales para la mejor y más rentable organización de la salud pública y la asistencia sanitaria en las comunidades y distritos rurales. Conviene recordar que a comienzos del siglo XX, el 80% de la población española era considerada como rural.¹¹

A mediados de los años veinte se planteó un modelo sanitario provincial en torno a los Institutos Provinciales de Higiene

La propuesta española planteaba discutir un modelo general, incluyendo la valoración de los factores que afectaban a la higiene y la salud, tales como la función de los médicos, enfermeras y otros profesionales, la organización hospitalaria, los dispensarios y otras instituciones que formaban parte de la organización de la salud pública en los distritos rurales. Resulta significativo que muchas de las preocupaciones expresadas por los médicos rurales en las topografías médicas desde finales del siglo XIX formaban parte aún de la agenda de la Conferencia de Ginebra. Entre ellas se incluía la organización jerárquica de los centros, dispensarios y sanatorios, y las medidas de salud pública que afectaban a la gestión del agua, el uso de abonos y basuras, o la higiene de la vivienda rural.¹²

Las líneas maestras establecidas por la Conferencia de Budapest (1930) y Ginebra (1931) fueron aplicadas con exactitud por el primer gobierno republicano. El 22 de abril de 1932 se publicó una orden ministerial que introducía cambios en el modelo de organización sanitaria de las áreas rurales.¹³ Se ponía mayor énfasis en las actividades de prevención a partir de

informes previos sobre las condiciones de vida, las causas de las enfermedades, los datos demográficos y las condiciones asistenciales. Con la ayuda de las corporaciones locales, la nueva legislación intentaba

mejorar la asistencia y las condiciones de salud de la población: la asistencia materno-infantil, el control de enfermedades evitables y una mayor higiene de los hábitos de vida, sin olvidar otros

aspectos como la coordinación de políticas sanitarias públicas. Los inspectores sanitarios y los gobernantes del primer bienio republicano (1931-1933) asumieron que la atención sanitaria adolecía de importantes deficiencias, era inadecuada para satisfacer las necesidades y las demandas de la población, como expresaban los indicadores epidemiológicos, claramente deficientes con respecto a otros países europeos.

Se evidenció entonces la necesidad de desarrollar políticas de medicina social fundamentadas en la coordinación entre asistencia médica y atención social. El modelo asistencial se articuló en torno a tres niveles: centros primarios, secundarios y terciarios de higiene. Partiendo de las novedades introducidas durante la década anterior, los institutos provinciales de higiene se convirtieron en el nivel asistencial terciario, responsable de coordinar los otros dos niveles, conservando la responsabilidad de las políticas de prevención y asistencia en determinados casos. Los institutos provinciales -centros terciarios de salud- fueron dotados de un laboratorio para el análisis clínico y de equipos de radiología. Las funciones de los centros secundarios de higiene incluían la prevención y la atención médica, asistencia materno-infantil, higiene escolar, campañas de vacunaciones, servicios de odontología, oftalmología y asistencia a las enfermedades de oído, nariz y garganta. Los centros secundarios se encargaron también de coordinar las campañas contra la tuberculosis y las enfermedades venéreas, además de otras contra problemas específicos como la malaria o el tracoma. Para cumplir satisfactoriamente estas funciones, los centros secundarios contaban con un laboratorio. A finales de 1932 había dieciséis centros secundarios de higiene rural en funcionamiento en toda España. Cuatro años más adelante, en febrero de 1936, en vísperas de la Guerra Civil, funcionaban cuarenta y seis.

Los centros primarios de higiene constituían el eslabón inicial de la asistencia municipal. Coordinados por los centros secundarios de higiene, contaban con médicos especialistas auxiliados por matronas, médicos rurales y enfermeras para la asistencia domiciliaria. Se encargaban directamente de la medicina preventiva y, en caso necesario, de la asistencia

médica. Aunque la puesta en marcha del nuevo modelo sanitario requería fuertes inversiones que se efectuaron con cierta lentitud durante el bienio conservador (1933-1935), ni siquiera entonces el gobierno republicano renunció a poner en marcha las reformas sanitarias previstas.

En el I Congreso Nacional de Sanidad celebrado en 1934, la sanidad rural fue objeto de varias intervenciones.¹⁴ Una de ellas estuvo dedicada a analizar los problemas que afectaban a médicos y farmacéuticos en las áreas rurales y a las mejoras organizativas necesarias para solventarlos. La política sanitaria del primer gobierno republicano había desencadenado debates parlamentarios muy intensos. El *Partido Republicano Radical* a menudo utilizó la salud como argumento en sus críticas al gobierno y a los socialistas. Los radicales contaban entre sus filas con la presencia de un colectivo

importante de médicos que formaron una especie de *lobby* sanitario que ejerció un papel crucial en su estrategia política. La *Asociación de Médicos y Farmacéuticos Titulares* tenía un gran peso e influía en la posición política

de radicales y republicanos, que enfocaban la sanidad desde la óptica del ejercicio profesional.

Sin embargo, para socialistas como Marcelino Pascua, con responsabilidades políticas en el gobierno, las críticas condiciones de salud de la población sólo podrían remediarse mediante la implantación de un *Seguro Obligatorio de Enfermedad* a toda la población. El intento de colectivización asistencial se inició en 1932 con la creación de los mencionados centros secundarios y

Los inspectores sanitarios y los gobernantes del primer bienio republicano asumieron que la atención sanitaria adolecía de importantes deficiencias

La reforma sanitaria de la II República

terciarios de higiene, lo que provocó la oposición abierta de la *Asociación de Médicos y Farmacéuticos Titulares*.¹⁵ Algunos proyectos incluso pretendían integrar los servicios de prevención y asistencia sanitaria con los de

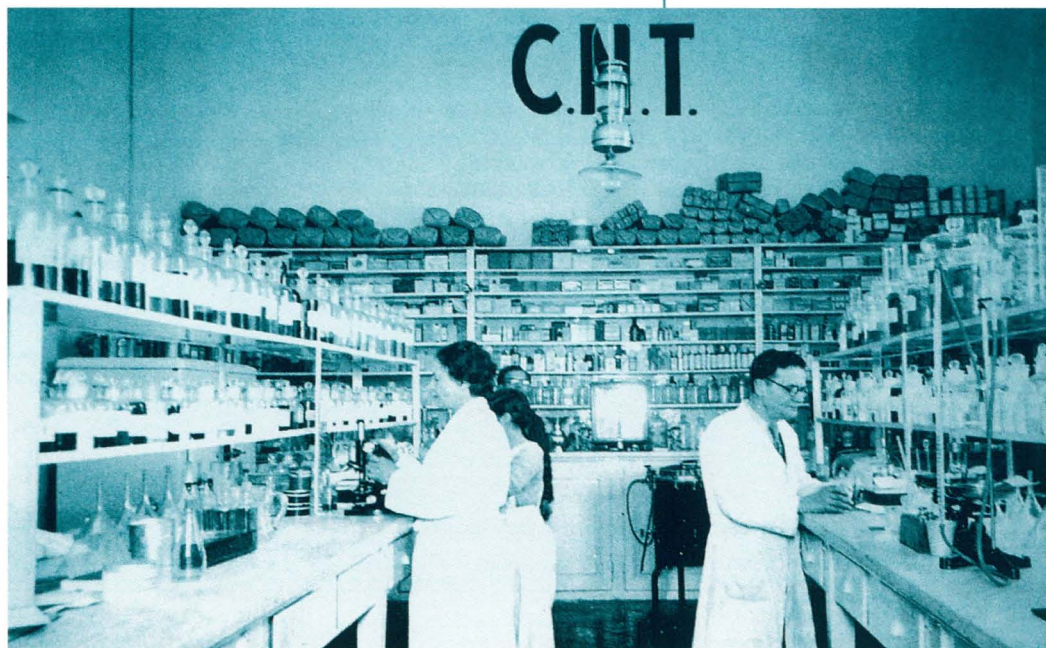
asistencia social. Aunque el triunfo electoral de la coalición izquierdista de republicanos y socialistas en el Frente Popular a comienzos de 1936 abrió nuevas expectativas de avanzar en las reformas, la sublevación militar que inició la Guerra Civil trunció los proyectos.¹⁶

Los centros primarios de higiene eran el eslabón inicial de la asistencia municipal. Se encargaban de la medicina preventiva y, en caso necesario, de la asistencia médica

Además de poner en marcha un sistema estatal de servicios médicos públicos, la II República también intentó resolver el problema de extender la asistencia sanitaria a todos los sectores de la población. Para los más desfavorecidos, los que no podrían pagar una asistencia médica -la clase obrera y la abundante población rural-, seguía vigente la ley de beneficencia de 1855 y la instrucción general de sanidad de 1904.¹⁷ En algunas zonas

rurales las carencias en la asistencia médica dieron lugar a un peculiar sistema de *iguales*, mediante el que las familias pagaban un honorario o tasa fija a los facultativos para recibir asistencia médica. A pesar de todo, todavía persistían formas de atención sanitaria y de asistencia social en manos de órdenes religiosas, asociaciones filantrópicas, sindicatos y organizaciones políticas, que estaban mucho más desarrolladas en las áreas urbanas que en las rurales.

La situación de los médicos rurales era particularmente controvertida.¹⁸ La mayoría de ellos aspiraba a convertirse en funcionarios públicos, lo que pareció colmarse en 1934 al crearse la nueva categoría profesional de médicos rurales; sin embargo hubo dificultades políticas que retrasaron su entrada en vigor hasta el año siguiente. A pesar de todas estas reformas, la intensa crisis social y sanitaria provocada por la Guerra Civil obligó a



Laboratorio clínico de la CNT

paralizar los servicios previamente establecidos.¹⁹ El estado de salud de la población española se deterioró considerablemente a partir de 1937 y durante la posguerra²⁰ y los indicadores epidemiológicos fueron reflejo del deterioro sanitario, que retrocedió hasta niveles propios de etapas anteriores al período republicano. Sin embargo, después de la guerra, la organización asistencial en las áreas rurales no cambió mucho respecto al previamente existente, ya que se mantuvo el anterior modelo de organización hasta la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad unos años más tarde.²¹ La nueva orientación enfocó la política sanitaria principalmente en torno a la asistencia médica, dejando la prevención en un segundo plano.

De este modo, la orientación preventiva que había adquirido la asistencia sanitaria durante los años 20 y 30 fue perdiendo gradualmente importancia en los años 50. En lugar de las políticas de salud pública y prevención, las nuevas tecnologías médicas se convirtieron en la preocupación principal y se dio prioridad a la construcción de hospitales bien equipados en las ciudades. El final de la II Guerra Mundial marcó el inicio de una nueva etapa caracterizada por el nacimiento de los sistemas nacionales de salud y la revolución de las tecnologías sanitarias.

Notas bibliográficas

¹ GARCÍA GUERRA D, ÁLVAREZ ANTUÑA V. "Regeneracionismo y Salud Pública. El bienio de Ángel Pulido al frente de la Dirección General de Sanidad (1901-1902)". *Dynamis*, 14 (1994), pp.23- 41.

² BARONA, J.L. y BERNABEU, J. *El movimiento sanitario internacional y la sanidad española*. Valencia, Universidad de Valencia, 2007.

³ PERDIGUERO, E. "Hacia una organización sanitaria periférica: Brigadas Sanitarias e Institutos Provinciales de Higiene", en: ATENZA FERNÁNDEZ, J.; MARTÍNEZ PÉREZ, J., (eds.) *El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la sanidad española de su tiempo*. Toledo, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2001; p. 48-49. Molero, Jiménez. 'Salud y burocracia', p.51-55.

⁴ WEINDLING, P. "Social medicine at the League of Nations Health Organisation and the International Labour Office compared". WEINDLING, P. (ed.) *International health organisations and movements, 1918-1939*. Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp.134-153.

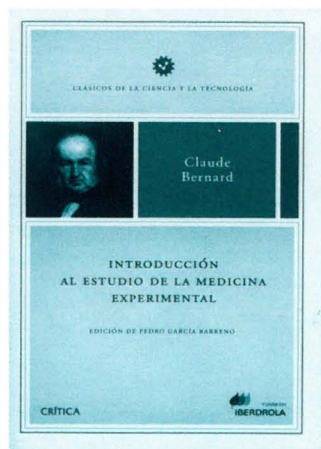
⁵ RODRÍGUEZ OCAÑA, E; MOLERO MESA, J. "La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud". MONTIEL, L. (ed.) *La salud en el estado de bienestar*. Madrid, Editorial Complutense, 1993, 133-148. MOLERO MESA, J.; MARTÍNEZ ANTONIO, F.J. 'Las campañas sanitarias como paradigma de la acción social de la medicina. *Trabajo Social y Salud*, 43 (2002), pp.119-148.

⁶ PERDIGUERO E. (2001). Pg.49

⁷ RODRÍGUEZ OCAÑA, E.; BERNABEU MESTRE, J. "El legítimo criterio aritmético. Los métodos cuantitativos en la salud pública española, 1800-1939", en: SÁNCHEZ-CANTALEJO RAMÍREZ, E.(ed.). *Quinto Encuentro Marcelino Pascua. La epidemiología y la estadística*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996, pp.9-3. BERNABEU MESTRE, J. 'El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la salud pública en España, 1924-1934'. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68, (1994), pp.601-626. BARONA, J.L. "El impulso internacional a las Escuelas de Salud Pública. El Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones y la Rockefeller Foundation. Conferencia impartida en: 80 aniversario de la Escuela Nacional de Sanidad. Madrid, ENS, 2005.

La reforma sanitaria de la II República

- ⁸ BERNABEU, J. "La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933". *Revista Española de Salud Pública*, 74 (2000), 1-13. JIMÉNEZ LUCENA, I. "El Estado como aliado. Los médicos y el proceso de estatalización de los servicios sanitarios en la segunda república española". *Asclepio*, 49-I (1997), 193-216. JIMÉNEZ LUCENA, I. "La intervención del Estado en los servicios sanitarios: Las expectativas de las fuerzas sociales durante la Segunda República". En: CASTELLANOS GUERRERO, J. et al. (eds.). *La medicina en el siglo XX. Estudios históricos sobre medicina, sociedad y estado*. Málaga, Sociedad Española de Historia de la Medicina, 1998, pp.255-267. JIMÉNEZ LUCENA, I. "La cuestión del "regeneracionismo" sanitario y su debate durante la Segunda República: elementos de clase e ideología" *Dynamis*, 18, (1998), pp.285-314.
- ⁹ BARONA, J.L.; CHERRY, S. (eds.) *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*. Valencia, SEC, Universidad de Valencia, 2005.
- ¹⁰ BARONA, J.L. "The European Conference of Rural Health (Geneva, 1931) and the Spanish Administration." J.L. BARONA Y S. CHERRY (eds.) *Health and Medicine in Rural Europe(1850-1945)*. Valencia, SEC, Universidad de Valencia, 2005, pp. 127-146.
- ¹¹ BARONA, J.L.; BERNABEU, J.; PERDIGUERO, E. "Health Problems and Public Policies in Rural Spain (1854-1936). En: J.L. BARONA Y S. CHERRY (eds.) *Health and Medicine in Rural Europe(1850-1945)*. Valencia, SEC, Universidad de Valencia, 2005, pp. 63-82.
- ¹² BARONA, J.L. (2005).
- ¹³ *Orden ministerial de 22 de abril de 1932*.
- ¹⁴ RUESTA MARCO, S.; BÉCARES FERNÁNDEZ, F.; RUIZ MOROTE, F.; ANGUERA ANGLÉS, A.; DEL CAMPO CARDONA, A. DE BUEN LOZANO, E. "Organización de los servicios de Higiene rural. Normas que aconseja la experiencia adquirida para su total desenvolvimiento". NÁJERA ANGULO, L. (ed.). *Primer Congreso Nacional de Sanidad. Ponencias oficiales y discusiones*. Madrid, 1934, Vol. I, pp.235-279.
- ¹⁵ BERNABEU MESTRE, J. "Reforma sanitaria y corporativismo profesional. Los sanitarios españoles y los intentos de colectivización de la asistencia médica de la Segunda República", in: *XI Escuela de Verano de Salud Pública*, Maó, 2000.
- ¹⁶ MONSENY, F. "Mi experiencia al frente del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social". Conferencia pronunciada el 6 de junio de 1937, en el Teatro Apolo de Valencia. Valencia, Ediciones de la Comisión de Propaganda y Prensa del Comité Nacional de la CNT, 1937.
- ¹⁷ RODRÍGUEZ OCAÑA, E. "Medicina y acción social en la España del primer tercio del siglo XX", En: *De la beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de acción social*. Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Siglo XX de España, 1986; p.246-257. RODRÍGUEZ OCAÑA E. "La asistencia médica colectiva en España, hasta 1936", in: *Historia de la Acción Social Pública en España. Beneficencia y Previsión*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1990. pp.321-359. BARONA, J.L.; BERNABEU, J.; PERDIGUERO, E. (2005), op.cit en la nota 11.
- ¹⁸ VILLACORTA BAÑOS, F. "La opinión médico-rural en 1924: resultados de una encuesta". *Estudios de Historia Social*, 24-24 (1983), pp.165-185.
- ¹⁹ BARONA, J.L.; PERDIGUERO, E. *Health, nutrition and the war. Trends and failures in the Spanish population according to international experts (1936-1944)*. Granada, Interwar Health Network, April 2007.
- ²⁰ BARONA, J.L. "La salud de la población española, según los informes internacionales". En: Congreso Internacional sobre la Guerra Civil Española. Madrid, 2006.
- ²¹ RODRÍGUEZ OCAÑA, E. "The Politics of Public Health in State-Managed Schemes of Health care in Spain (1940-1990)", en: LOWY, I.; KRIGE, J. (eds.) *Images of Disease: Science, Public Policy and Health in Post-war Europe*. Luxembourg, Office for Official Publication of the European Communities, 2001, pp.187-210.



Claude Bernard

INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA MEDICINA EXPERIMENTAL

Edición de Pedro García Barreno

Clásicos de la Ciencia y de la Tecnología

Colección dirigida por José Manuel

Sánchez Ron

Editorial Gadir

Barcelona, Crítica; Fundación Iberdrola,

2005. 376 págs

ISBN: 84-8432-682-9

Por Javier Puerto

La relativamente fuerte institucionalización de la Historia de la Ciencia en España ha permitido una amplia presencia editorial de los clásicos de las distintas disciplinas científicas. Ha sido más

fuerte en el caso de la Medicina y de la Farmacia, dotadas de cátedras centenarias, pero también en el de los hitos del resto del pensamiento científico. Haré, a continuación, un somero repaso -que no pretende ser exhaustivo- para situar la publicación reseñada en su contexto.

Pedro Laín y su escuela

En la amplia, ambiciosa y profunda obra histórico médica de Pedro Laín no podía faltar la edición de textos clásicos, concretada en su colección de *Clásicos de la Medicina*, editada por el Instituto Araldo de Vilanova del CSIC a mediados del siglo pasado. Siguió su estela sus discípulos: Luis S. Granjel, José María López Piñero, Luis García Ballester y Diego Gracia.

La escuela valenciana, encabezada por López Piñero, no ha editado sólo textos necesarios para el conocimiento de la Medicina española, sino también otros de diversas disciplinas científicas. En este aspecto pueden destacarse los facsímiles botánicos, zoológicos o tecnológicos del iniciador de la escuela y los astronómicos de su discípulo Víctor Navarro.

Clásicos de la Ciencia española

Además de los textos derivados de la acción germinal de Laín pueden destacarse los pertenecientes a *La Biblioteca de Ciencia y Artillería*, dedicados a recuperar parte de la actividad intelectual en la Segovia del siglo XVIII, en donde han tenido especial protagonismo Juan Luis García Hourcade y José Manuel Garrido.

De los clásicos de la minería española y la ornitología, entre otras materias, se ocuparon Joaquín Fernández y el desgraciado, prematura y recientemente desaparecido, Ignacio González Tascón, en una magnífica colección patrocinada por la Secretaría General del Plan Nacional de I+D, en la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología, que acabó cuando variaron los responsables políticos. Allí también, Joaquín Fernández editó el facsímil de los *Anales de Historia Natural*.

La labor de las Fundaciones e instituciones privadas

La Fundación Banco Exterior, con la dirección de José Manuel Sánchez Ron, empezó a publicar una magnífica *Biblioteca de la Ciencia española*, que pronto vio quebrada su andadura.

El Colegio de Farmacéuticos de Burgos, viene editando desde al menos una docena de años, gracias al tesón de Benito del Castillo, los clásicos de la Farmacia burgalesa en ediciones cada vez más cuidadas, en lo científico y lo material.

Si exceptuamos la labor de Pedro Laín, la mayoría de los clásicos reeditados en España se refieren a nuestra propia actividad bibliográfica

La Fundación de Ciencias de la Salud, con la dirección de Diego Gracia y de quien esto escribe y la coordinación del citado Benito del Castillo, editó una *Biblioteca de Clásicos de la Medicina española* y otra de *Clásicos de la Farmacia española*, fundida más tarde en una sola. Aunque esa actividad se ha abandonado temporalmente, contribuimos, junto a la Universidad Complutense, a crear la biblioteca digital Dioscórides, en donde se ofrecen por Internet algunos de los más importantes tratados de la Medicina, la Farmacia y la Ciencia hasta el siglo XVIII, con lo que se facilita al estudioso el mejor instrumento de investigación en directo y desde el lugar en donde quiera consultarlo, aunque privado de cualquier apoyo historiográfico.

Los clásicos de la Historia de la Ciencia

Si exceptuamos la labor de Pedro Laín, la mayoría de los clásicos reeditados en España se refieren a nuestra propia actividad bibliográfica.

De los grandes clásicos de la Historia de la Ciencia en el mundo se ocupó la editorial Alfaguara, antes de dedicarse a la literatura en exclusiva.

López Piñero publicó, en la editorial Triacastela, una antología de textos médicos y Sánchez Ron, en Debate primero y en Random House Mondadori después, su *Como al león por sus garras*, en donde se recogen y comentan fragmentos de los mejores científicos de todos los tiempos.

Este mismo autor nos ofrece ahora en Crítica, con la colaboración de la Fundación Iberdrola, los *Clásicos de la Ciencia y la Tecnología*, en cuyo seno se encuadra el texto ahora reseñado.

Claude Bernard (1813-1878)

Este médico, que jamás ejerció la Medicina asistencial, ha de considerarse el introductor del método científico en la práctica clínica, que es tanto como tenerle por padre de la práctica médica contemporánea. A partir de él, al hospital hubo de ir unido el laboratorio, para efectuar pruebas al enfermo y para hacer investigación.

No sólo eso, también lo es de la fisiología moderna y de la moderna farmacología. Él explicó la manera de inducir enfermedades en animales de experimentación e investigar su curación farmacológica, con lo cual la terapéutica farmacológica dio un primer paso para alejarse del empirismo y convertirse en una actividad científica más.

Su obra habría sido imposible sin el descubrimiento de alcaloides y glucósidos y sin los trabajos de Pasteur y Koch

sobre microbiología. Su mérito, el tratar a la enfermedad como un problema científico más, y romper barreras y prejuicios no del todo superados hoy en día.

Su biografía es analizada, amplia y certeramente, por Pedro García Barreno.

Se ocupa de situarlo en su contexto histórico, francés y mundial, y en las coordenadas del pensamiento científico, filosófico, social, artístico y político de su tiempo. Hace referencias, sobre todo, a su ascendente carrera institucional y científica, sin dejar de lado lo conocido de su tormentosa vida personal, ni de la influencia de su obra sobre Emile Zola, ni de la polémica levantada con respecto a la utilización de animales de laboratorio en la investigación.

El trabajo, acompañado de numerosas notas y de una amplia bibliografía, permite hacernos una idea precisa de la anécdota vital, el fundamento de la obra y su influencia en la contemporaneidad y en la actualidad.

La introducción al estudio de la medicina experimental ha sido editada, también, con las necesarias notas a pie de página.

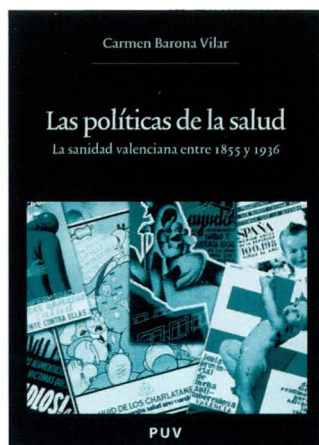
Este clásico, magníficamente elegido, cumple la premisa de su importancia en el momento de la edición y de la necesidad de su conocimiento en la actualidad, no sólo para los médicos

y farmacólogos, también para los científicos y para el público instruido que, a su través, puede hacerse una idea precisa de las dificultades de la investigación fisiológica y farmacológica, y de las grandes trabas que es necesario sortear para convertir a la medicina de un arte subjetivo y empírico, sujeto a mil prejuicios, en una disciplina científica más, aunque en ella convergen multitud de materias.

El libro, de fácil lectura y sencillo de recomendar con entusiasmo y sin objeción de ningún tipo, ofrece espléndidas expectativas para el resto de la colección.

Afortunadamente las entregas posteriores, en materias muy distintas, las están cumpliendo sobradamente.

**Este médico es el introductor
del método científico en la
práctica clínica, que es tanto
como tenerle por padre de la
práctica médica contemporánea**



Carmen Barona Vilar

**LAS POLÍTICAS DE LA SALUD. LA
SANIDAD VALENCIANA ENTRE
1855 Y 1936**

Valencia, Universidad de Valencia, 2006,
292 págs.

ISBN: 84-3706-331-0

Por José Luis Peset

El libro de Carmen Barona se centra en un momento de primera importancia de la historia de la salud pública, en la época en que las medidas públicas empiezan a sistematizarse y a ganar una importante efectividad. El aislamiento, la desinfección, las vacunas, los tratamientos adecuados, así como una mejora de la higiene individual consiguen notables victorias sobre la

enfermedad epidémica. Además, a la lucha contra las enfermedades epidémicas que llegan de fuera, se une la iniciada contra las patologías crónicas y endémicas, pasando de la lucha contra las enfermedades urbanas a la lucha contra las rurales. Junto a la prevención de las infecciones, el cuidado de mujeres y niños es primordial.

En efecto, la lucha empezó siglos atrás desde las ciudades. Los grandes núcleos de población que aparecen al avanzar la Edad Media y en el Renacimiento surgen como focos de enfermedad y como centros de lucha contra ella. No es extraño el rechazo que siente el suizo Rousseau al entrar en pleno Siglo de las Luces en la ciudad de París. Las condiciones de habitabilidad, limpieza, alimentación, trabajo e higiene personal de las grandes ciudades se convirtieron en un importante y grave foco de enfermedad que permitieron la propagación de las epidemias que llegaban desde el exterior. Pero también las ciudades fueron el centro de la lucha contra las enfermedades, tanto epidémicas como propias. No es extraño recordar cómo ante el miedo a la peste, las ciudades se cerraban y protegían. Se controlaban las entradas y las salidas, las mercancías y los

intercambios, los puertos y los caminos. Recordemos cómo la ciudad de Marsella, con motivo de la última gran peste europea, la de 1720, fue sitiada con cañones que impedían la salida de sus habitantes y la entrada a forasteros. Procedimiento brutal que, sin embargo, impidió la propagación de esa peste -la última europea grande, repito- que había entrado por su rico puerto. En ese momento, los Borbones españoles ponen en marcha el primer gran sistema de protección pública ante las amenazas, las juntas de salud pública. Una suprema, otras provinciales y municipales pelearán de forma más o menos eficaz contra la enfermedad. Hasta la Ley de Sanidad de 1855 será el sistema que será útil. A partir de este momento, la Dirección General de Sanidad, junto con las provinciales, se hacen cargo de esta lucha.

Papel de las ciudades

Era una gran novedad porque antes el sistema era improvisado al estar a cargo de las ciudades. Cada vez que se veía la proximidad de una enfermedad epidémica se ponían en marcha las medidas tradicionales. Era un sistema municipal que se apoyaba en las arcas de la ciudad, pero también en la Iglesia. Ésta disponía de experiencia, riqueza,

instituciones y personal. Valencia era un buen ejemplo de este tipo de lucha contra la enfermedad, pues las ciudades mediterráneas tenían un gran poder en el control de la sanidad. Las razones se pueden encontrar en la historia de las grandes ciudades comerciales mediterráneas - las ciudades de Venecia y Génova fueron pioneras en el campo de las medidas higiénicas - aunque incluso el origen puede encontrarse más atrás. No hay que olvidar la gran atención que las ciudades musulmanas ponían en el cuidado de la salud, disponiendo no tan solo de un saber clásico y propio de gran valor, sino también de instituciones y personal dedicados a estos cuidados.

El libro de Barona se centra en estos cambios. En el momento en que la sanidad comienza a dejar de ser eclesiástica para ser pública, municipal para ser estatal y que empieza a enfrentarse con enfermedades crónicas, endémicas y rurales. Se inicia el libro con el panorama de la sanidad pública española entre la Ley de Sanidad y la guerra civil, dando gran importancia a la

No hay que olvidar la atención que las ciudades musulmanas ponían en el cuidado de la salud

Instrucción de 1904 y al Instituto Nacional de Higiene. Se muestra la compleja articulación de la sanidad nacional, provincial y municipal. Se señala la difícil superación de la Ley de mediados del XIX, que fue un conjunto de reglas generales que recogían las novedades liberales. "La Instrucción de Sanidad de 1904 no fue más que la culminación de una serie de tentativas de sustitución de la Ley de

Sanidad de 1855, iniciadas a partir de la Restauración Borbónica de 1875, que habían resultado estériles". Se puede hacer un paralelismo con la Ley Moyano de Instrucción Pública, que tampoco pudo ser sustituida fácilmente en Cortes. Sin duda era más sencillo decretar que lograr un acuerdo en el débil sistema parlamentario español. Si hacemos otro paralelismo con lo ocurrido en la democracia, vemos que la Ley Luch se ha mantenido más o menos operativa, mientras que la Maravall ha sido remodelada de forma continua. No son hoy, pues, paralelos los cambios sanitarios y educativos, si bien ambos

sistemas están transferidos en gran parte.

Tres niveles en la estructura sanitaria

La Instrucción de Sanidad de 1904 supuso un avance notable. "El modelo propuesto definió tres componentes en la nueva estructura administrativa. El nivel ejecutivo lo integraba el Ministerio de la Gobernación y los Gobiernos Civiles, así como sus delegaciones provinciales. En segundo lugar, mantuvo el nivel consultivo heredado del siglo anterior que estaba representado por el Real Consejo de Sanidad y las Juntas de Sanidad Provinciales y Municipales. El tercer nivel, y principal aportación, fue la creación de un organismo técnico representado por las inspecciones de sanidad en cada uno de los niveles administrativos general, provincial y municipal".

Da gran relevancia la autora a otras instituciones dependientes de la Administración central, como el Instituto Nacional de Higiene, la Escuela Nacional de Sanidad o los Institutos Municipales de Higiene: "De este modo, los laboratorios químicos, que ya habían comenzado a constituirse a finales del siglo XIX como núcleos pioneros en el desarrollo de actuaciones higiénicas,

tales como la realización de análisis químicos y bacteriológicos de las aguas y alimentos, con la llegada del nuevo siglo ampliaron progresivamente sus funciones hasta convertirse en laboratorios microbiológicos e institutos de higiene". Los Institutos Provinciales de Higiene alcanzaron importancia en el periodo republicano.

De gran interés son las páginas dedicadas a los niveles de asistencia de la beneficencia pública a las intervenciones activas de sanidad pública. También a las líneas prioritarias de la política sanitaria y la organización profesional de la salud pública. Ya dentro de la sanidad valenciana estudia la municipal y luego la provincial, con la creación de un instituto a este nivel en 1916 y los dispensarios en lucha contra las principales enfermedades, la Escuela Provincial de Puericultura y el Dispensario de Higiene Infantil. Destaca de estas instituciones el que se enfrentaran a las principales enfermedades de la época, o al menos las que causaban una mayor alarma social por su frecuencia, peligrosidad o prejuicios, como eran la sífilis, la tuberculosis y la tracoma.

En el terreno materno-infantil fueron muy importantes la labor pedagógica, las campañas sanitarias, así como las vacunaciones, en especial contra la viruela. En la organización de la asistencia sanitaria se ocupa del hospital provincial, con un cuidadoso estudio sobre su labor clínica, de la beneficencia provincial, con la antigua casa de misericordia y

la nueva casa de beneficencia y, en fin, de la asistencia médica domiciliaria y los partidos médicos.

Se trata de un magnífico estudio en el que se tienen en cuenta las novedades científicas e institucionales, los problemas sanitarios, sociales y los principales personajes. Es muy interesante el caso de Valencia, donde se combina una importante tradición municipal y asociativa -recordemos el Instituto de Médicos Valenciano, estudiado hace años con brillantez e inteligencia por Severino Teruel Piera -con el empuje de la nueva sanidad pública-. Entra en la serie de

Es un magnífico estudio que refleja las novedades científicas e institucionales, los problemas sanitarios, sociales y los principales personajes

excelentes trabajos dedicados a la sanidad valenciana, firmados por los mejores historiadores de esta medicina, como José María López Piñero, Pedro Marset, Emili Balaguer, Rosa Ballester, Juan Micó, Vicente Salavert, Jorge Navarro, M^a. José Báguena, Josep Bernabéu, Mercedes Pascual y otros muchos. También se relaciona con los

estudios que con apoyo público -señalemos el interés de los ayuntamientos- y privado se han ocupado de la sanidad municipal, como son el editado por Josep Lluís Barona, Josep Cortell y Enrique Perdiguero, y el escrito por Josep Xavier Esplugues i Pellicer. Son algunos ejemplos del gran interés que muchos municipios del país han tenido por rememorar sus duras luchas con la enfermedad, su importante labor en la sanidad y en la prevención. El estudio de la salud pública -que en las últimas décadas supuso una renovación de la historia de la medicina- goza de buena salud entre nuestros historiadores, así como en los valencianos.

AGENDA agenda

La Fundación de Ciencias de la Salud termina este *año Cajal* con dos encuentros dedicados a dos enfermedades neurológicas que inciden en la vida diaria de quien las padece: la epilepsia y la enfermedad de Alzheimer.

CLAVES

Vivir con... Epilepsia. 16 de noviembre, Auditorio de la F. Lázaro Galdiano, a las 19:30 h

La investigación clínica en la enfermedad de Alzheimer: realidades y retos. 29 de noviembre, Colegio de Médicos de Madrid, a las 09:30 h

Para más información:

www.fcs.es

LÍNEA EDITORIAL

Desde la memoria: Historia, Medicina y Ciencia en tiempos de... Cajal

La segunda entrega del ciclo *Desde la memoria...* de la Fundación de Ciencias de la Salud, dedicado a conmemorar el centenario de la concesión del Premio Nobel a Santiago Ramón y Cajal, se celebró la pasada primavera con gran éxito.

Esta nueva edición, la segunda en su serie, es el reflejo de la mayoría de las ponencias allí leídas. El libro ofrece una panorámica completa de las coordenadas sociales en las que le vivió Don Santiago y de su biografía; de sus aficiones artísticas como literato y dibujante; de su compromiso intelectual y social y de su actividad científica. De esa manera, pretendemos contribuir a homenajear, de nuevo, al científico español más conocido y celebrado.

El ciclo *Desde la memoria: historia, medicina y ciencia en tiempos de...* es una iniciativa conjunta con la Residencia de Estudiantes.

Guías de Ética en la Práctica Clínica

Desde hace dos años la Fundación de Ciencias de la Salud y el Consejo General del Colegio de Médicos vienen colaborando para elaborar la serie Guías de Ética en la Práctica Médica. Se trata de textos muy prácticos cuyo objetivo es que sirvan de orientación y consulta al médico clínico en la toma de decisiones sobre temas de actualidad, casi todos relacionados con la bioética. El tema de la guía en marcha, también la segunda en su serie después de la que se publicara sobre *Intimidad, Confidencialidad y Secreto*, es el de la Ética de los cuidados paliativos. El equipo de redacción, que se rige por el modelo deliberativo, está formado por paliativistas, médicos generales, psicólogos, bioeticistas y juristas y estará coordinado por Juan José Rodríguez Sendín, por el Consejo General, y por Diego Gracia, por la Fundación de Ciencias de la Salud.

JORNADAS Y CONFERENCIAS

Ciclo Vivir con...

La Fundación continúa esta iniciativa de charlas con la conferencia *Vivir con Epilepsia*, una afección neurológica que, si bien de escasa prevalencia (se calcula por debajo de un 1%), lleva una importante carga de estigma social. La sesión, dirigida por el Prof. José M. Mato, cuenta con la participación de D^a Lidia Alonso-Nanclares, investigadora del Grupo de



Neuroanatomía del Instituto Cajal del CSIC y del Dr. Gil-Nagel, Neurólogo del Hospital Ruber Internacional, especialista en epilepsia, que abordarán respectivamente cuáles son los avances científicos y qué tratamientos para la epilepsia están disponibles a día de hoy. La visión sobre la enfermedad la completará Dña. Francisca Lozano, Presidenta de la recién creada Federación Española de Epilepsia que dará cuenta de su vivencia personal. Como en otras ocasiones en este tipo de conferencias, se aúnan distintos puntos de acercamiento a un mismo problema desde posiciones que, a veces, trabajan sin conocerse profundamente.

La conferencia *Vivir con Epilepsia* está enmarcada dentro de la Semana de la Ciencia de la Comunidad de Madrid y ha sido declarada de Interés Sanitario por la Agencia Laín Entralgo (Consejería de Sanidad de la CAM).

Fecha y lugar de celebración: 16 de noviembre, Auditorio de la F. Lázaro Galdiano, a las 19:30 h

Jornada La investigación clínica en la enfermedad de Alzheimer: realidades y retos

Esta jornada científica está destinada a investigadores, miembros de comités de investigación clínica, pacientes de la enfermedad de Alzheimer y sus familiares, con el fin de que se puedan solventar aquellas dudas que se plantean tanto en la investigación como en la clínica diaria de estos pacientes.

Dirigida por el profesor Diego Gracia, la sesión se inaugura con la charla *Nuevos conceptos en la patogenia y sus implicaciones terapéuticas*, a cargo del Dr. Martínez Lage, Profesor Honorario de Neurología Universidad de Navarra y Coordinador del Comité Científico de CEAFA. Participa también el Dr. Rafael Blesa, del Hospital de San Pablo de Barcelona con *¿Qué información necesitamos y cómo conseguirla? Aspectos biológicos, médicos y sociales*. En clave de debate, tendrá lugar la mesa redonda en la que se discutirá sobre aspectos éticos en la investigación clínica del paciente con enfermedad de Alzheimer y en la que se abordarán cuestiones sobre las determinaciones genéticas de la enfermedad de Alzheimer, el consentimiento informado y cuáles deben ser las responsabilidades y dudas del familiar/cuidador de este tipo de pacientes.

Fecha y lugar de celebración: 29 de noviembre, Colegio de Médicos de Madrid, horario de mañana

**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.



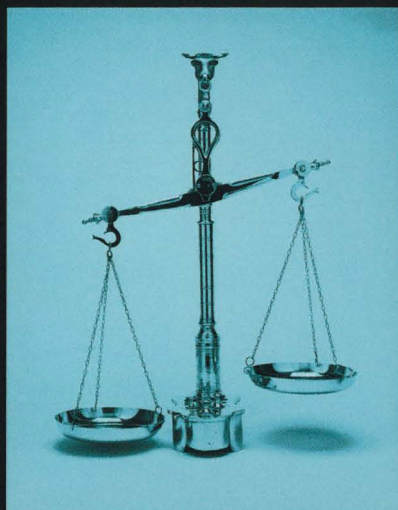
eidon se propone alcanzar los
más altos niveles de objetividad y
equilibrio científico en sus
contenidos.

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 **22**

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD