

eidon

24

número

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Salud Pública hoy

Entrevista

Manuel Oñorbe

**Desde la memoria.
Historia, medicina y
ciencia en tiempos de
la II República**

14 euros marzo-junio **2007**



24

**revista
eidon**

**FUNDACIÓN
DE CIENCIAS
DE LA SALUD**

PATRONATO

PRESIDENTE

Diego Gracia

VICEPRESIDENTE

Rodrigo Becker

SECRETARIO

José Miguel Colldefors

VOCAL

Emilio Bouza

José Cadórniga

Rafael Dal-Ré

Emilio Díez

Juan M. Fernández Santos

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

Miquel Roca

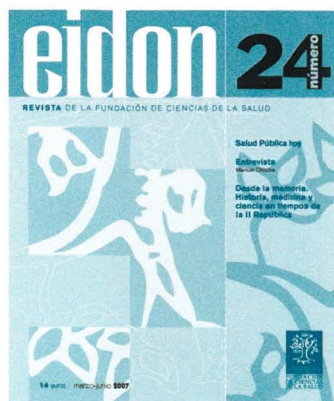
Carlos Solchaga

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
José María Bayas
Juan Gérvas
Ildefonso Hernández
Mariano Hernández
Ignacio Martínez de Pisón
Miquel Porta
Martín Rodríguez-Gaona
M^a Jesús Santesmases

REDACCIÓN
Beatriz Juanes
Rafael Pérez Ybarra
Yolanda Virseda

DISEÑO Y MAQUETACIÓN
Albarte Comunicación

FOTOGRAFÍA
Archivo y Vídeo Press

IMPRIME
Gráficas Monterreina, S.A.

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

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

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

número
MARZO-JUNIO

2

4
sumario

EDITORIAL

PLATAFORMA
DE DEBATE

SALUD
PÚBLICA
ENTREVISTA

BIOÉTICA

INVESTIGACIÓN
Y CIENCIA

VIVIR CON...

CON MANO
AJENA

EN TIERRA
DE NADIE

DEL PASADO
AL PRESENTE

CRÍTICA DE
LIBROS

AGENDA

4 Los departamentos de infección: una
asignatura pendiente

6 ¿Hacer más o hacer mejor lo que hay que hacer?
• Miquel Porta e Ildefonso Hernández
Estrategia en Salud Mental del SNS
• Mariano Hernández
La vacuna de la gripe aviar: situación actual
• José María Bayas

24 El sistema sanitario ante situaciones de crisis

30 Manuel Oñorbe
Director General de Salud Pública



36 Ética en cuidados paliativos

41 La investigación clínica en la
enfermedad de Alzheimer

46 Epilepsia

52 Consumo apropiado de alcohol en jóvenes
¿por educación o por prohibición?
• Juan Gérvas
Una ceremonia privada
• Ignacio Martínez de Pisón



60 La creatividad

64 *Ciclo Desde la memoria*
Historia, medicina y ciencia en tiempos de la
II República

79 • Medicina, historia y género. 130 años de
investigación feminista
• La enfermedad

84 Próximas actividades y cursos

Los departamentos de infección: una asignatura pendiente

El cuidado y la prevención de las enfermedades infecciosas constituyen un asunto de primera magnitud y su descuido puede tener gravísimas consecuencias. Algunos de los trabajos de este número recogen la necesidad de nuevas estrategias frente a la salud que necesita nuestro sistema y muy particularmente la mejora de la capacidad de enfrentarnos a retos de carácter epidémico de potenciales grandes dimensiones y consecuencias, incluidas las infecciones. Sin duda, la organización de la lucha contra las enfermedades infecciosas sigue siendo una asignatura pendiente de las distintas administraciones sanitarias que ha tenido España desde la transición a la democracia.

Las enfermedades infecciosas continúan siendo un problema de enorme magnitud que la era antibiótica antimicrobiana no ha logrado solventar. Las infecciones sólo han cambiado parcialmente su cara y se han adaptado a los tiempos modernos. Don Gregorio Marañón, a quien puede considerarse el primer jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del hospital que hoy lleva su nombre, no tendría que bregar actualmente con una epidemia de tifus exantemático como la que asoló Madrid en los albores del siglo XX, pero sin duda no le faltaría trabajo en la misma institución con problemas causados por microorganismos vivos. Se calcula que hoy día aproximadamente 20 de cada 100 pacientes hospitalizados tienen, en cualquier día elegido, una infección que en la mitad de los casos han traído de la calle, pero que en la otra mitad han adquirido en el centro. A este concepto tradicional hay que añadir las llamadas infecciones relacionadas con la

atención sanitaria, que son aquéllas no adquiridas en el hospital, pero sí en instituciones de cuidados para la tercera edad, como residencias o asilos, o con motivo de recibir asistencia por parte del personal hospitalario en cualquier otro sitio, como los centros de diálisis. Su interés radica en que los patógenos que las causan tienen una mayor semejanza con los que producen las infecciones hospitalarias, y son más resistentes frente a antimicrobianos. En cierto sentido, en países del mundo desarrollado, las infecciones son hoy el precio que hay que pagar por una prolongación de la vida y de la calidad de la misma.

La infección que ocurre fuera de los muros del hospital y que no precisa de su contribución es un fenómeno de menor gravedad para cada individuo, pero de consecuencias sociales y económicas enormes.

La otra infección, la que no está pero puede venir, que podríamos denominar infección epidémica de fácil transmisión y rápida diseminación, es la que nos preocupa más, por reunir, junto a los riesgos para el individuo, un componente social y sanitario de tal dimensión que puede hacer tambalear las bases de un sistema que no se ha entrenado suficientemente para estos retos.

La estructura actual basada en servicios hospitalarios con distintas competencias en el tema del diagnóstico, tratamiento o prevención de las infecciones tiene que ser mejorado. Hoy, el mayor peso de la responsabilidad de este control descansa en proporciones variables y en distintas instituciones en los servicios de Microbiología, de

El cuidado y la prevención de la infección es un asunto de primera magnitud y su descuido puede tener gravísimas consecuencias

Enfermedades Infecciosas y de Medicina Preventiva. Cada uno de estos grupos profesionales vive sus propias amenazas, que sólo se paliarían con la integración. La microbiología está inmersa en la revolución tecnológica que supone la biología molecular y la automatización, y precisa integrar a profesionales del mundo de la biología sin alterar la esencia de su orientación y dedicación al enfermo. Las enfermedades infecciosas todavía no existen en España como especialidad médica independiente, aunque sean una de las ramas más exitosas y externamente competitivas de nuestras ciencias. El infectólogo del futuro tiene que ser algo más que el internista o microbiólogo-infectólogo y la constitución de la especialidad no puede marginar de la tarea a los intensivistas, los pediatras, los cirujanos y tantos otros grupos donde se han producido áreas de conocimiento en infecciones de las que no se puede prescindir. Por tanto, no parece prudente la creación simple y tradicional de una especialidad de Enfermedades Infecciosas como otra especialidad más, sino que habría que recurrir a un concepto de acreditación que permita una estructura multidisciplinar.

El especialista en Medicina Preventiva, por su parte, se encuentra con múltiples frentes de los que la infección es sólo una parte. Conoce mejor que los anteriores facultativos el método de análisis pero ignora más de la misma materia.

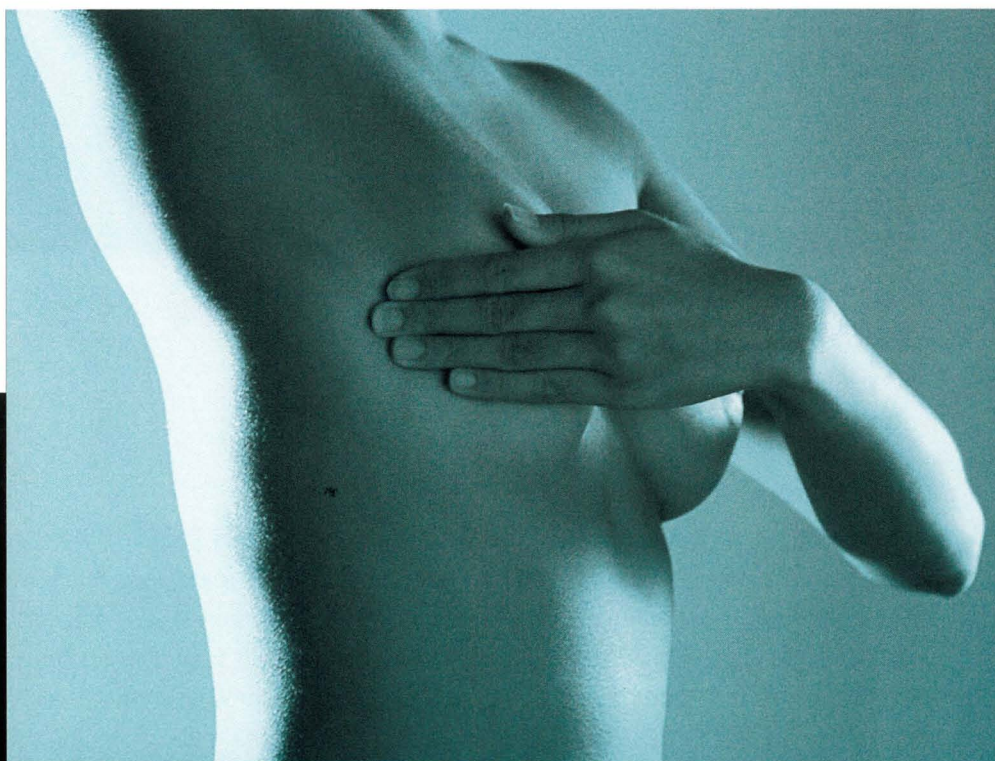
Nuestra organización ha incentivado poco la participación activa de otros sanitarios y especialistas. La contribución de la enfermería, básica y esencial, no está bien estructurada ni existe en este colectivo una clara sub-especialización en Patología Infecciosa, en cualquiera de sus vertientes. Los facultativos de los servicios de Urgencias son un elemento esencial y sin embargo, su coordinación con las otras estructuras, dista de la perfección. Y aunque la atención

primaria tiene un papel de alerta de primera magnitud, su formación en patología infecciosa y su integración y comunicación con la red diagnóstica y epidemiológica es mejorable. Con frecuencia, estos y otros colectivos, tienen conflictos derivados de la imposible precisión en la delimitación de sus funciones y de los linderos de sus propios conocimientos. En este contexto, un reciente Decreto de la Comunidad de Madrid que otorga la responsabilidad jerárquica en el control de la infección nosocomial a determinados especialistas sin el adecuado reconocimiento de la función de todos los demás ha creado un gran malestar en las distintas comunidades y sociedades profesionales.

La necesaria construcción de grandes equipos que aúnen todos los esfuerzos necesarios para el control de la infección, como problema capital de Salud Pública, pasa por la creación de departamentos de mando rotatorio y compartido en los que se obligue a convivir y a colaborar a aquellos que tienen algo que decir y que contribuyan en el control de la Infección.

Emilio Bouza

*Jefe del Servicio de Microbiología Clínica y
Enfermedades Infecciosas del Hospital Gregorio Marañón.
Patrono de la Fundación de Ciencias de la Salud*



MIQUEL PORTA SERRA

Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Barcelona. Ex -presidente de la Sociedad Española de Epidemiología (1994-1998)

ILDEFONSO HERNÁNDEZ AGUADO

Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández. Ex -presidente de la Sociedad Española de Epidemiología (2002-2006)



¿HACER MÁS O HACER MEJOR LO QUE HAY QUE HACER?

Una reflexión cultural ante las nuevas tecnologías de prevención

Aunque no siempre prevalezcan en la realidad, existen múltiples razones para que el sistema sanitario sólo lleve a cabo actuaciones de eficacia, efectividad y eficiencia bien demostradas. En los albores del siglo XXI estas razones nos parecen más importantes que nunca. El sistema sanitario debe hacer el mínimo daño posible. El sistema no debe hacer más cosas sino hacer mejor -y sólo- lo que está demostrado que vale la pena. Sin embargo, sometido a múltiples presiones externas e internas (culturales, comerciales y tecnocráticas), dolorosamente consciente de sus dificultades para cumplir un contrato nuclear con la sociedad -a saber, diagnosticar con celeridad y tratar con efectividad a las personas que solicitan ayuda por síntomas y signos de enfermedad-, el sistema genera regularmente falsas propuestas; por ejemplo, más programas de cribado.

Para un médico, un referente cultural tradicional plenamente vigente, es el principio "antes que nada, no hacer daño". Para un profesional de la salud debe de ser mucho más importante centrarse en las actuaciones médicas y sanitarias inherentes o consustanciales al sistema sanitario que en las periféricas, prescindibles, superfluas o ineficaces. La importancia de éste y otros principios relacionados -"trascendentales" incluso desde una ética laica- atañe a cualquier profesional que trabaje en el sistema de salud y a cualquier autoridad sanitaria. Que el sistema sanitario haga el mínimo daño posible debería concernir también a todo ciudadano, pues a menudo la ciudadanía -de forma más o menos consciente- participa en las presiones para llevar a cabo actuaciones sanitarias ineficaces e incluso dañinas.

La relevancia de estos razonamientos aumenta literalmente miles de veces cuando se instauran ciertas acciones preventivas dirigidas al conjunto de la población, como es el cribado poblacional, un concepto relacionado pero que es menester distinguir de la prevención clínica.¹ La razón es sencilla: las limitaciones

de una prueba de prevención secundaria se multiplican enormemente y se traducen

El sistema sanitario no debe hacer más cosas sino hacer mejor -y sólo- lo que está demostrado que vale la pena

en miles de personas afectadas cuando se aplican a centenares de miles de personas (tabla 1). Como puede verse, cuanto menor es la prevalencia de la

Tamaño de la población = 100.000 personas Sensibilidad ¹ de la prueba = 90% Especificidad ² de la prueba = 90%		
Prevalencia³ del cáncer = 1%		
	Cáncer presente	Cáncer ausente
Prueba positiva	900	9.900
Prueba negativa	100	89.100
VPP ⁴ = 8.3%		
Prevalencia del cáncer = 0,1%		
	Cáncer presente	Cáncer ausente
Prueba positiva	90	9.990
Prueba negativa	10	89.910
VPP = 0.9%		
(1) Sensibilidad es la capacidad de una prueba diagnóstica o de cribado para detectar la enfermedad cuando está presente. (2) Especificidad es la capacidad de una prueba de dar un resultado negativo (ausencia de enfermedad) en las personas que no padecen la enfermedad que se pretende diagnosticar. (3) Prevalencia es la frecuencia de la enfermedad en la población. (4) VPP es el valor predictivo positivo, es decir, la proporción de todos los resultados positivos de la prueba que se corresponden con la presencia de enfermedad.		

Tabla 1. Impacto de la prevalencia sobre el Valor Predictivo Positivo

enfermedad que queremos detectar, menor es el valor predictivo positivo (VPP). Hasta el punto de que el número de falsos positivos (y, en un sentido propio, el de falsos negativos) alcanzan cifras preocupantes incluso con pruebas de detección que poseen una sensibilidad y una especificidad tan altas (90%) como la del ejemplo. Éstas pueden sorprender no porque la aritmética sea complicada -que obviamente no lo es- sino por lo acostumbrados que estamos a razonar la prevención, sólo o mayoritariamente, en términos de individuos y, en particular, de pacientes individuales. Pero esa lógica clínico-individual no puede en modo alguno aplicarse, tal cual, cuando lo que pretendemos es realizar pruebas de detección precoz a una población. En España, el cribado poblacional de cáncer de mama disfruta de una aceptación cultural relativamente amplia, a pesar de que produce un 32%

de resultados falsos positivos por mujer tras 10 mamografías realizadas después de los 50 años; ello da una idea de la magnitud real del fenómeno descrito en el ejemplo hipotético anterior.²

Existen además otras razones primordiales para evitar ambigüedades cuando hablamos de prevención; así, por ejemplo, es sumamente importante apreciar las similitudes y las diferencias fundamentales que hay entre la detección precoz clínica y el cribado poblacional (tabla 2). Aunque en ambos casos se trata de detección precoz y de prevención secundaria, las diferencias no son banales. Por ello, los usos laxos o claramente erróneos del vocablo *cribado* y del coloquial *screening* deben evitarse, cuanto menos, en los centros académicos que enseñan a expresarse con propiedad.

Ciertamente, no es infrecuente que una prueba de detección precoz no esté claramente indicada o contraindicada.

Ejemplo: una persona de 47 años sin ningún síntoma ni signo de cáncer colorectal acude a consulta solicitando directamente una colonoscopia, preocupada y ansiosa por un diagnóstico reciente de dicha enfermedad en un amigo; el sujeto está sano y no es ético convertirle en un "paciente"; tras anamnesis, exploración y conversación (se le escucha, se le intenta disuadir...), finalmente le solicitamos la colonoscopia. Estamos en una de las

Aunque se denomine *prevención secundaria*, la detección precoz pocas veces previene la aparición de la enfermedad

habituales "zonas grises" de la asistencia médica: ¿en qué medida está indicada la colonoscopia? Estrictamente, no lo está, pero es opinable si la

decisión es necesariamente incorrecta. En todo caso, estamos ante un individuo concreto, en una consulta médica, a la que él ha acudido por voluntad propia. Sin olvidar las causas o motivos económicos de la solicitud de la colonoscopia, ni sus consecuencias económicas: si, en el peor de los casos, la colonoscopia desencadena una cascada de análisis e intervenciones, y si alguna de ellas provoca un efecto adverso, cuando menos cabrá apreciar tres hechos fundamentales: a) fue la persona quien acudió solicitando ayuda; b) el profesional sanitario actuó de acuerdo con un deber indiscutible, atender con celeridad a las personas que solicitan ayuda, y c) el efecto iatrogénico afectó a una sola persona.

Contrástese esta realidad con la puesta en marcha de un programa poblacional de cribado de cáncer colorectal (tabla 2): es el sistema de salud quien acude a la persona objeto de la prueba; el individuo no presenta síntomas ni signos de la enfermedad a detectar (ni siquiera psicológicos o emocionales), y sólo una ínfima parte de la población abordada tiene la enfermedad. En países como España la efectividad del programa nunca se ha analizado mediante el tipo de estudio adecuado, el ensayo clínico controlado; el sistema de salud sufre deficiencias graves en su capacidad de atender, diagnosticar con celeridad y tratar con efectividad a las personas que solicitan ayuda por síntomas y signos de cáncer

Detección precoz clínica ¹	Cribado poblacional ²
Se desarrolla en el contexto asistencial	Su contexto es poblacional
Es la persona quien solicita ayuda	El sistema de Salud invita a la persona a participar en el programa de cribado
¿Tiene la persona signos y síntomas? A menudo, sí; con menos frecuencia, no	¿Signos y síntomas de la enfermedad? No
Suele efectuar un diagnóstico	Nunca efectúa un diagnóstico, sólo genera una sospecha, que requiere pruebas específicas posteriores
Debe basarse en conocimientos científicos sólidos, pero existen "zonas grises" opinables y de incertidumbre	Exige pruebas sólidas de efectividad, pues los falsos positivos y los falsos negativos los sufren miles de personas
Refuerza al cribado poblacional, pues detecta casos 'de intervalo' y diagnostica a los que el cribado señala como sospechosos	Exige que funcione bien el sistema asistencial o se pierde el posible beneficio
El beneficio y el daño son en gran medida individuales	El beneficio y el daño son en gran medida colectivos
Consigue su objetivo individuo a individuo	Sólo consigue sus objetivos si la tasa de participación (colectiva) es muy alta
Su impacto poblacional puede ser bajo	Si la tasa de participación no es muy alta, no consigue detectar más casos precozmente de los que ya detecta un sistema asistencial eficiente
Ética individual	Ética comunitaria
Medicina clínica	Salud pública
En ambos casos se pretende efectuar una detección precoz. En ambos casos se trata de prevención secundaria.	

(1) La detección precoz clínica se dirige a personas que acuden a los servicios sanitarios por diversos motivos, incluidos síntomas que pudieran estar relacionados con la enfermedad objeto de detección, o incluso que demandan expresamente la práctica de la prueba de detección. Se pueden detectar factores de riesgo de enfermedad (por ej., hipertensión arterial) o enfermedades (cáncer de próstata).

(2) El cribado poblacional es la práctica de la detección precoz de la enfermedad que se ofrece activamente (a menudo mediante carta u otros medios) al conjunto de la población susceptible de padecer la enfermedad -generalmente elegida según edad y sexo-, pero que no tiene síntomas ni ha demandado ayuda médica (ejemplo: cribado poblacional de cáncer de mama).

Tabla 2. Diferencias fundamentales entre detección precoz clínica y el cribado poblacional

colorectal (los retrasos diagnósticos y terapéuticos siguen siendo muy altos en amplios sectores de la población); a veces el sistema ni siquiera trata con celeridad a los casos diagnosticados precozmente, con lo que todo beneficio aparente es ficticio, y finalmente, los falsos positivos -en especial- afectarán a miles de personas.

Sirva como ilustración un caso, desgraciadamente frecuente, descrito por la periodista Rosa Montero. “De modo que el 19 de enero de 2006 mi vecina se hizo la mamografía. Y le dijeron que los resultados se los daría su ginecóloga de la Seguridad Social el 29 de diciembre. O sea, 11 meses más tarde. Bueno, vaya, esto sí que es un poquitito menos de progreso, pensé... Julia aún no ha ido a ver si su médico tiene la maldita mamografía, que a lo peor tampoco. Además, acaban de mandarle que se haga una citología el 6 de febrero, cuyos resultados no le darán hasta el 29 de noviembre. Los españoles debemos de ser muy buenos y muy pacientes (y además estar muy sanos) para aguantar todo esto.”³

EFFECTOS COLATERALES

Los cribados poblacionales no son los únicos ni los primeros en producir efectos perjudiciales. Existen constantes presiones comerciales, carentes por completo de fundamento científico y ético, partidarias de la extensión del

La única prevención que disminuye la incidencia de una enfermedad es la prevención primaria, la que actúa sobre las causas

denominado “mercado secundario de la salud”. Se trata de productos y procedimientos dirigidos supuestamente a promover la salud, mayoritariamente ineficaces, ajenos al circuito sanitario público,

que estimulan entre otras muchas cosas los exámenes de salud. A menudo acaban en demandas de ayuda médica al sistema público, demandas que aumentan las situaciones de “zona gris” antes mencionada y fomentan el efecto de cascada clínica iatrogénica, llevando al sistema sanitario a una espiral de intervenciones innecesarias, pero a veces inevitables por precaución defensiva.⁴

Recordemos que la única prevención *strictu sensu*, la única que previene la aparición de la enfermedad -y por tanto, la única que disminuye la incidencia de una enfermedad- es la prevención primaria, la que actúa sobre las causas. Recordemos asimismo el sustancial impacto que sobre la salud del conjunto de la sociedad tienen las intervenciones no sanitarias, aquellas que, para bien o para mal, modifican el entorno social, económico o físico. Cuando son positivas, tales intervenciones se ajustan a la denominada *estrategia preventiva poblacional*, y aportan un mayor beneficio a la sociedad que las intervenciones que se hacen en la clínica mediante la denominada *estrategia preventiva de alto riesgo* (tabla 3).¹

En este punto del camino, detengámonos en la siguiente pregunta: ¿está en nuestras manos evitar algunos de los errores mencionados? Tememos que el sistema -más allá de las actitudes individuales de la mayoría de sus profesionales en sus inercias de conjunto y en las decisiones de sus élites, acaso en su cesión a presiones comerciales y sociales-, dolorosamente consciente de su incapacidad para satisfacer un contrato nuclear con la sociedad (el que en este caso hemos caracterizado como

ESTRATEGIA PREVENTIVA	
de alto riesgo	poblacional
VENTAJAS	
Intervención apropiada al individuo	Es radical
Evita la interferencia con aquellos que no están a riesgo especial	Tiene buenas posibilidades de controlar la enfermedad a nivel colectivo
Se integra en la organización sanitaria	Es apropiada para la modificación de comportamientos y estilos de vida
Hace un uso coste-efectivo de los recursos sanitarios	Puede actuar asimismo sobre los condicionantes sociales y ambientales del enfermar
La razón beneficio-riesgo mejora por la selectividad de la estrategia	Puede aportar amplios beneficios para la salud pública y el medio ambiente
DESVENTAJAS	
La prevención se medicaliza	La aceptabilidad por los individuos, los sanitarios y las empresas puede ser baja
Consigue su objetivo individuo a individuo	Problemas de factibilidad
Puede ser inadecuada desde el punto de vista conductual	Costes y seguridad
Las posibilidades de predecir el beneficio individual son escasas	
Tiene dificultades de factibilidad y costes	
Su contribución al control global de la enfermedad es reducido	

(1) La estrategia preventiva de alto riesgo es la que se realiza generalmente en el ámbito clínico aplicando medidas preventivas individuales como la detección precoz de enfermedad y factores de riesgo, consejo preventivo, inmunizaciones y quimioprofilaxis.
(2) La estrategia preventiva poblacional consiste en acciones que modifican el entorno para hacerlo más saludable. Por ejemplo, políticas económicas y urbanísticas que favorezcan el empleo estable, una vida más atractiva social e intelectualmente o la actividad física; cambios en las condiciones laborales (menor exposición a tóxicos, prevención de la siniestralidad); aplicación de la legislación ambiental; vigilancia de la contaminación química de los alimentos.

Tabla 3. Ventajas y desventajas de la estrategia preventiva de alto riesgo¹ y de la estrategia preventiva poblacional²

"diagnosticar con celeridad y tratar con efectividad a las personas que solicitan ayuda por síntomas y signos de enfermedad"), tienda a generar falsas soluciones: más programas de cribado y más *mercado secundario de la salud*, en el caso que nos ocupa. Actividades cuya efectividad casi nunca ha sido demostrada *a priori* y cuya inutilidad pronto se comprueba *a posteriori*. Por cierto, en los programas de cribado la efectividad es siempre, de forma inherente, efectividad poblacional.

Ahora bien, mientras que las componentes más estrictamente técnicas de este debate están relativamente bien acotadas,¹ la reflexión sobre el contexto sociosanitario suele ser más nebulosa. Y sin embargo esta reflexión, genuinamente cultural, nos parece imprescindible. A continuación aportamos un elemento para ella, entre otros posibles.

¿HACER MÁS O HACER MEJOR LO QUE HAY QUE HACER?

La anterior no es en absoluto una pregunta retórica. Y ya ha quedado más que insinuado: creemos que el camino no es que el sistema sanitario se empeñe en "hacer más cosas" sino en que haga mejor -y sólo- lo que debe de hacer. El sistema no debe hacer más cosas sino hacer mejor -y sólo- lo que está demostrado que vale la pena. Algunas razones de esa postura son harto conocidas, pues se remontan a mediados del siglo XX -y, por supuesto, a la Antigüedad⁵-. Pero otras son nuevas, pues en 2007 vivimos en un mundo culturalmente muy distinto de otros tiempos.

La estrategia preventiva poblacional, que transforma el entorno haciéndolo más saludable, es la que aporta un mayor beneficio a la sociedad

Un ejemplo, que leemos en el suplemento cultural de un periódico español conservador⁶: "La crisis ecológica es la expresión biosférica de una gran crisis cultural, una crisis derivada del modo en que percibimos nuestro lugar en el mundo. Buscamos el sentido de la vida en la acumulación... Liberarnos de la idolatría del consumo y del crecimiento por el crecimiento requiere transformar el imaginario personal y colectivo, transformar nuestra manera de entender el mundo y de entendernos a nosotros mismos.⁶ Un criterio para ello es abandonar la sed de riqueza material en favor de otras formas de plenitud. No se trata de ascetismo. Al fin y al cabo, la revista *Décroissance* lleva como subtítulo *Le journal de la joie de vivre*.⁷ No implica disminuir el nivel de vida sino concebirlo de otra manera. Se trata -en la línea de iniciativas que van desde el *slow food* de Carlo Petrini a la *simplicidad radical* de Jim Merkel⁸- de fomentar la alegría de vivir y convivir, de desarrollarnos en el sentido de dejar de arrollarnos unos a otros, de crecer en tiempo libre y creatividad, crecer como ciudadanos

responsables de un mundo bello y frágil." Es una reflexión cazada al vuelo, por ahí, en un periódico... como tantas otras. Es obvio que nada de esto es ajeno al sistema de salud. Obvio, aunque extraño. Pues

reflexiones de esa índole, cuando existen, casi siempre están desgajadas de la práctica profesional sanitaria y son siempre extrañas a la práctica institucional, política.

¿Hace demasiado el sistema sanitario? Hace mucho y mal. En particular, no hace bien las (bastantes) cosas que debería hacer. Pero isiempre se le pide más! Más visitas, más camas, más profesionales, más exploraciones, más cribados... Entre quienes más lo piden: los profesionales y la industria biomédica. ¿Y si le pedimos que haga mejor lo que realmente debe hacer...? Hay que cambiar ya la visión del sistema sanitario que hoy es hegemónica en el imaginario colectivo. El problema tiene una dimensión cultural tan central como las dimensiones económica, tecnológica y corporativa; profesionales e industria atizando el imaginario: más, más, más. Y por supuesto, parte de "la población" que hace caso.

En el suplemento de La Vanguardia mencionado⁶ se esbozan las ideas del economista rumano Nicholas Georgescu-Roegen (1906-1994), inspirador del decrecimiento, junto a nuestro viejo conocido Ivan Illich (1926-2002) y nuestro viejo desconocido Jean Baudrillard (1929-2007). Otros referentes: René Dubos, Serge Latouche, Gustavo Esteva, Arturo Escobar, Vandana Shiva, Raimon Panikkar, André Gorz, Cornelius Castoriadis, François Partant... o los monográficos de la revista *Silence*, como el titulado *Objetivo decrecimiento*, y los informes del *Institut d'études économiques et sociales pour la décroissance soutenable*. Dice Latouche: "Como ciudadanos modernos, nuestro imaginario está totalmente colonizado por el economicismo. La tecnociencia y los

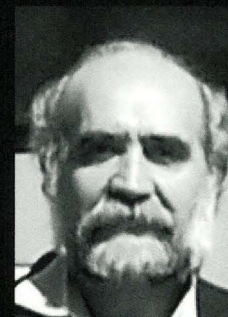
tecnócratas nos imponen formas de vida que no hemos elegido". Todo ello es tan extraño como inherente al sistema curativo-paliativo vigente.

"El decrecimiento, movimiento que en los últimos años está ganando fuerza en Francia (*décroissance*) e Italia (*decrescita*),⁷ más que un programa o un concepto es un eslogan para llamar la atención sobre cómo la economía hiperacelerada está desquiciando el mundo [también el sanitario], un timbrazo para despertarnos de la lógica fáustica del crecimiento por el crecimiento." Latouche señala sin embargo que "el decrecimiento por el decrecimiento sería absurdo", y que "sería más preciso (aunque menos elocuente) decir *acrecimiento*, tal como decimos *ateo*." ⁶

El sistema debe hacer mejor y sólo lo que debe de hacer. Y si para ello deben crecer ciertas áreas, que crezcan. En el sistema no hay que creer, es el sistema quien debe demostrar que lo que hace, vale: para las personas y para la sociedad.

Notas bibliográficas

1. RYCHETNIK L, FROMMER M, HAWES P, SHIELL A. "Criteria for evaluating evidence on public health interventions". (*Journal of Epidemiology & Community Health* 2002; 56: 119-127).
- RODRÍGUEZ ARTALEJO F. La salud pública basada en la evidencia. *Gaceta Sanitaria* 1997; 11: 201-203. ROSE G. *La estrategia de la medicina preventiva*. Barcelona: Masson, 1994. FLETCHER R.H., FLETCHER S.W. *Clinical epidemiology. The essentials*. 4ª edición. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2005. HAYNES R.B., SACKETT D.L., GUYATT G.H., TUGWELL P. *Clinical epidemiology. How to do clinical practice research*. 3ª edición. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2006. HERNÁNDEZ-AGUADO I., GIL DE MIGUEL A., DELGADO RODRÍGUEZ M., BOLÚMAR MONTRULL F., eds. *Manual de epidemiología y salud pública para licenciaturas y diplomaturas en ciencias de la salud*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2005.
2. CASTELLS X., MOLINS E., MACIÀ F. "Cumulative false positive recall rate and association with participant related factors in a population based breast cancer screening programme". (*Journal of Epidemiology & Community Health* 2006; 60:316-321.)
3. MONTERO R. Salud. *El País*, 23 de enero de 2007, p. 80.
4. PÉREZ-FERNÁNDEZ M., GÉRVAS J. "Efecto cascada: implicaciones clínicas epidemiológicas y éticas". (*Medicina Clínica* 2002; 118: 65-7). MOLD J.W., STEIN H.F. "The cascade effect in the clinical care of patients". (*New England Journal of Medicine* 1986; 314:512-4.)
5. GARCÍA S. El fracaso del eficientismo. *El País* (Supl. Salud - Mensual de biomedicina y calidad de vida) 14 de abril de 2007; p. 7. MENEU R. *Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones*. Barcelona: Masson, 2002. ORTÚN V., MENEU R., PEIRÓ S. *El impacto de los servicios sanitarios sobre la salud*. Economics and business working papers series, 752. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2004. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2072/896>. PORTA M. La influencia del medio ambiente en la salud pública. *Eidón - Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud* 2003; 13: 20-25.
6. PIGEM J. La hora del decrecimiento. *La Vanguardia* (supl. Culturas) 4 de abril de 2007; p. 2-3. PUDDU S., LEIRA O. Entrevista a Serge Latouche. "La modernidad ha traicionado su proyecto". *La Vanguardia* (supl. Culturas) 4 de abril de 2007; p. 5.
7. *Décroissance*. Le journal de la joie de vivre: <http://www.ladecroissance.net>. *Decrescita*. Per una società serena, pacifica e solidale: <http://www.decrescita.it>. *Décroissance soutenable* http://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9croissance_soutenable y *Uneconomic growth* http://en.wikipedia.org/wiki/Uneconomic_growth. *Silence*: <http://www.revuesilence.net>. Institut d'études économiques et sociales pour la décroissance soutenable: <http://www.decroissance.org>.
8. MERKEL J. Simplicidad radical. Huellas pequeñas en una tierra finita. Barcelona: Fundació Ferrer i Guàrdia - Fundació Terra; 2005. <http://www.terra.org/articulos/art01015.html> y <http://www.eco-terra.org/data/Intro.pdf>. MERKEL J. Radical simplicity: small footprints on a finite earth. Gabriola Island, BC: New Society Publishers; 2003. http://en.wikipedia.org/wiki/Jim_Merkel



LA ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE

Psiquiatra. Grupo de Expertos del Comité de Redacción de la Estrategia de Salud Mental del SNS

El documento Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobado recientemente, pretende, entre otros aspectos, actualizar el modelo de atención actualmente vigente, consolidar los logros conseguidos hasta el momento en materia de salud mental, dar respuesta a los temas pendientes y responder también a los nuevos problemas surgidos. Destaca especialmente del texto el modo en que se ha trabajado, siempre mediante verdadero consenso, hasta conseguir acuerdo por unanimidad en la elección de objetivos. Además, coincide con la Declaración de Helsinki y con el proyecto del Libro Verde de la Salud Mental en Europa.

El pasado mes de diciembre de 2006, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el documento *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Esta iniciativa del Ministerio de Sanidad, llevada a cabo en concordancia con las Comunidades Autónomas y asociaciones científicas y de usuarios y familiares, es un hito en la historia de la atención psiquiátrica y la salud mental en España y, hasta cierto punto, también en Europa.

El documento responde a varias necesidades y propósitos:

En primer lugar, actualizar el modelo de atención vigente en un momento en el que se estaba generando un desarrollo desigual, en ritmo, en presupuestos y en contenidos de los servicios y programas de salud mental en las distintas CC.AA. El documento pretende consolidar los logros conseguidos hasta el momento en materia de salud mental y transformación de la asistencia psiquiátrica en las CC.AA., dar respuesta a los temas pendientes, y responder también a los nuevos problemas surgidos, incorporando en lo posible una perspectiva de futuro. Así, por ejemplo los derivados de la creciente inmigración, de los cambios sociodemográficos, o de la también creciente demanda de los llamados trastornos menores o comunes.

Además, en estos años se han ido produciendo aportaciones en la clínica y en la organización de servicios que merecen actualización; y también en los programas de formación de profesionales, como por ejemplo el desarrollo de programas de psicoeducación y otras formas de intervención familiar ante trastornos psicóticos, o los programas de tratamiento comunitario asertivo, nuevas modalidades de rehabilitación cognitiva o laboral, o los de intervención precoz.

Tan importante o más que lo anterior, el documento pretende actualizar el acuerdo entre los implicados, desde los usuarios hasta la administración, incluyendo a los distintos tipos de profesionales, sobre todo de salud mental, de salud general y de servicios sociales. Quizás la principal aportación del documento no lo sean tanto los aspectos meramente técnicos, la formulación específica de objetivos y recomendaciones, ya de por sí importantes, sino precisamente el modo en que se ha trabajado, siempre mediante verdadero consenso, hasta conseguir acuerdo por unanimidad en la elección de objetivos.

Finalmente, coincidir o converger con la perspectiva europea en un momento crucial en cuanto a definición de objetivos y estrategias en salud mental en las instituciones europeas. En enero de 2005 tuvo lugar en Helsinki la conferencia interministerial, promovida por la Oficina Europea de la OMS y apoyada por la Comisión Europea que produjo la *Declaración de Helsinki* y, por primera vez, un Plan de Acción sobre la Salud Mental en Europa. Poco después, la Comisión Europea puso en marcha el proyecto del *Libro Verde de la Salud Mental en Europa*, documentos de referencia en la elaboración de nuestra *Estrategia*.

LA SITUACIÓN PREVIA

El primer hito importante en la modernización de la atención psiquiátrica y la salud mental en la España democrática se produjo con la publicación, en abril de 1985, del *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Aquella Comisión, constituida por técnicos que contaron con el respaldo del gabinete del ministro Ernest LLuch sentó las bases de la posterior transformación de la asistencia psiquiátrica y la salud mental que ha tenido lugar en España en estos últimos veinte años.

En él se definieron los principios rectores de los nuevos servicios de salud mental, siguiendo una orientación claramente comunitaria, reconociendo la importancia de la implicación de la atención primaria para proporcionar respuesta a los problemas de salud mental y a los trastornos más frecuentes; igualmente se reconoció la necesidad de coordinación con los servicios sociales, la cooperación interinstitucional (con departamentos de Educación, Justicia y otros), y un largo etcétera.

Aquel informe de 1985 produjo realmente impacto una vez que lo esencial de sus planteamientos adquirió alto rango jurídico con la aprobación por el Parlamento de la *Ley General de Sanidad* en 1986. La LGS, en lo referente a la salud mental y asistencia

La Estrategia en Salud Mental del SNS pretende dar respuesta a los problemas en salud mental

psiquiátrica establece en su Artículo 20 la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general, y la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales. En el mismo artículo, la Ley orienta la actuación de las administraciones sanitarias en materia de salud mental, de acuerdo con los siguientes principios: potenciar la asistencia ambulatoria y la hospitalización parcial y atención a domicilio; especial consideración de los

problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría; desarrollo de los servicios de rehabilitación y reinserción social, y coordinación de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica con los servicios sociales.

Transcurridos ya más de veinte años de aquellos hitos cabe reconocer, como lo hace el documento de *Estrategia*, luces y sombras entre los efectos de las reformas a día de hoy. Así entre los aspectos más positivos, referidos a los logros más consolidados, se encuentran :

- a) La integración de los servicios de salud mental en la red sanitaria general, influyendo positivamente sobre la calidad de la atención y la propia percepción de la sociedad en general sobre la salud mental.
- b) La reducción de la dimensión y relevancia de los hospitales psiquiátricos monográficos a favor de unidades de hospitalización en hospitales generales, y de otras alternativas de hospitalización, de acuerdo a las necesidades de los pacientes. En este sentido, no hay que olvidar que en los últimos años, tras el cierre de

En los últimos años, la salud mental está siendo llamada a ocupar un lugar preferente en la agenda política de los gobiernos y de las instituciones europeas

todos los hospitales psiquiátricos en Andalucía -cuyas antiguas funciones han sido sustituidas por nuevas redes de servicios de salud mental, incluyendo otras opciones de hospitalización-, se han ido cerrando los hospitales psiquiátricos de Asturias, Navarra y Canarias. En otras Comunidades, la sustitución de los antiguos hospitales por las nuevas redes de servicios de salud mental es más incompleta.

- c) Desarrollo de una red servicios de salud mental homologable.
- d) Formación especializada, en los servicios públicos de salud mental, de calidad (programas MIR, PIR y EIR, para la formación especializada en psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental).

Y entre los principales temas pendientes, cabe señalar la insuficiencia de recursos humanos especializados, particularmente acentuados en

áreas como rehabilitación, en psiquiatría y en psicología clínica de niños y adolescentes, psicogeriatría, psiquiatría o psicología clínica forense; el escaso desarrollo de programas para niños, adolescentes, ancianos,

población penitenciaria y población que vive en condiciones de exclusión social; la oferta poco equitativa entre las distintas CC.AA., con

diferentes desigualdades según programas y Comunidades, así como la poca colaboración entre las administraciones sanitarias y/o social autonómicas y otras administraciones; la falta de integración en la red de atención a drogodependencias en la mayor parte de las CC.AA.; las deficiencias en la organización de información (registro de recursos y de actividades), coordinación y evaluación; la insuficiente coordinación transversal en cada área sanitaria, así como el despliegue limitado de actividades promoción-prevención que en escasas ocasiones han dejado de ser meras declaraciones de intenciones, y, por último, la insuficiente participación de usuarios en la marcha de los servicios.

EL CONTEXTO EUROPEO

En los últimos años, la salud mental está siendo llamada a ocupar un lugar preferente en la agenda política de los gobiernos y de las instituciones europeas (Comisión Europea, Consejo de Europa, Oficina Europea de la OMS). Y, lo que es quizás más importante, las iniciativas no siempre surgen entre los responsables de la planificación y gestión sanitaria, sino en otras instancias que podemos llamar de política y de administración general al ver que gran parte de los logros y también de los problemas relacionados con la productividad y el bienestar de los individuos y de los grupos de población depende de la situación de la salud mental de esos grupos y poblaciones, o al menos se correlaciona estrechamente con parámetros de salud mental. Razones como estas explican que instituciones como la OCDE esté siendo muy activa en la identificación, selección y desarrollo de indicadores de salud mental para aplicar en los países miembros; o que otras instancias se interesen por los efectos de la salud mental en la economía (en 2006 la prestigiosa Escuela de Economía de Londres publicó un amplio estudio sobre la ansiedad y la depresión con propuestas radicales en cuanto al despliegue de recursos

La pérdida de productividad y los costes sociales derivados de los problemas de salud mental de la población pueden llegar a representar hasta el 4% PIB

profesionales que habría que realizar cuanto antes para afrontar la enorme prevalencia de estos trastornos en nuestras sociedades y sus efectos devastadores en calidad de vida y en productividad).

A pesar de todo, existe la percepción de que esa preocupación aún no se ha trasladado a una modificación equivalente de la financiación de acciones dirigidas a producir cambios sustanciales. Como señalaba el Comisario Europeo responsable del área de la Salud, Markos Kiprianou, en la presentación del proyecto de *Libro Verde de la Salud Mental en Europa*, tras informar que la pérdida de productividad y los costes sociales derivados de los problemas de salud mental de la población pueden llegar a representar hasta el 4% PIB, "ningún otro problema de similares dimensiones habría quedado postergado durante tanto tiempo".



La salud mental incide en la perspectiva conceptual, de valores y principios, y en la pragmática, de la eficacia y eficiencia de las intervenciones. Desde la perspectiva de los valores, trabajar por la salud mental es hacerlo por los valores de la solidaridad y la Europa Social. Desde la perspectiva pragmática, la consideración del papel nuclear de la salud mental en el conjunto de la salud toma cuerpo en esa lacónica, pero tremendamente expresiva declaración adoptada como lema desde que se formulara en la Conferencia de

Tampere de "no hay salud sin salud mental."

Para tener idea de la dimensión del problema al respecto, tomemos en consideración algunos datos como el que hasta en un 40 % de jóvenes que no trabajan, el impedimento deriva de un problema de salud mental; o que hasta el 30% del absentismo laboral por problemas de salud proviene de problemas de salud mental.

Impresiona también saber que, en la población europea, la mortalidad por suicidio es equiparable a la producida por accidentes de tráfico (y en algunos grupos de edad, aún mayor). En cuanto a la dimensión de la carga (subjética y material), se acepta que los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer, y que su impacto en calidad de vida es superior al de otras enfermedades crónicas como artritis, diabetes, enfermedades cardíacas y respiratorias.

Si se van cumpliendo los objetivos, dentro de pocos años estaremos en condiciones de disponer de uno de los mejores sistemas europeos de salud mental

La depresión es reconocida como la tercera causa de carga detrás de la isquemia y de los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6% de carga total, además de su importante influencia en la evolución de otras enfermedades generales. Como es sabido, buena parte de esta carga recae en las familias, a las que es necesario por tanto prestar un apoyo decidido, como así lo recoge nuestro documento.

SOBRE EL DOCUMENTO

Una de las características más relevantes del documento *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* es que ha sido elaborado mediante unanimidad, fundamentado en pruebas y definiendo los objetivos susceptibles de evaluación periódica. Tras un acuerdo inicial entre los representantes de las

CC.AA., los miembros del Consejo Técnico de redacción (miembros de asociaciones de profesionales de psiquiatría y de psicología clínica, de médicos de atención primaria, de asociaciones de usuarios y familiares y dos expertos designados por el Ministerio) bajo la coordinación científica del Dr. Manuel Gómez Beneyto, junto al apoyo del equipo técnico del Ministerio de Sanidad, trabajaron en el documento durante algo más

de un año, produciendo una propuesta que se pasó a discutir conjuntamente con el Comité Institucional durante los últimos meses de 2006 hasta concretar el documento que finalmente fue aprobado por el Consejo Interterritorial en diciembre del mismo año.

Además de la pretensión de máximo consenso posible, los otros dos principios rectores en la elaboración del documento han sido: apoyarse las propuestas en resultados que hayan superado las pruebas científicas de eficacia, y proponer objetivos que fueran susceptibles de evaluación para comprobar el grado de cumplimiento en distintos momentos y lugares.

También es cierto que el documento hace explícitos los valores y principios en los que se fundamenta. Se declara la aceptación de los valores de la salud mental de base comunitaria, que se concretan en una serie de principios tales como autonomía, continuidad, accesibilidad, comprensión, equidad, recuperación personal, responsabilidad y calidad.

El informe se articula en seis líneas estratégicas: promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental; atención a los trastornos mentales; coordinación interinstitucional e intrainstitucional; formación del personal sanitario; investigación en salud mental, y sistemas de información en salud mental.

Como conclusión se puede decir que el documento persigue la mejor calidad de atención y respeto a los derechos e intereses de los afectados. Y que, si se van cumpliendo los objetivos previstos, dentro de pocos años estaremos en condiciones de disponer de uno de los mejores sistemas europeos de atención a la salud mental. El mejor indicador sería el que cualquiera de nosotros o de nuestros familiares más queridos pudiéramos ir al centro de salud mental o ingresar en una unidad de psiquiatría si fuera necesario, con la misma confianza en el sistema con que ahora lo hacemos en caso de un problema cardiorrespiratorio o quirúrgico, por ejemplo. Y sobre todo si lo pudiéramos confesar con tranquilidad en una entrevista de trabajo. Sin duda hemos de aplicarnos mucho para que nos encontremos pronto en ese momento. El documento de la *Estrategia* puede ser un buen acicate para ello.

Bibliografía

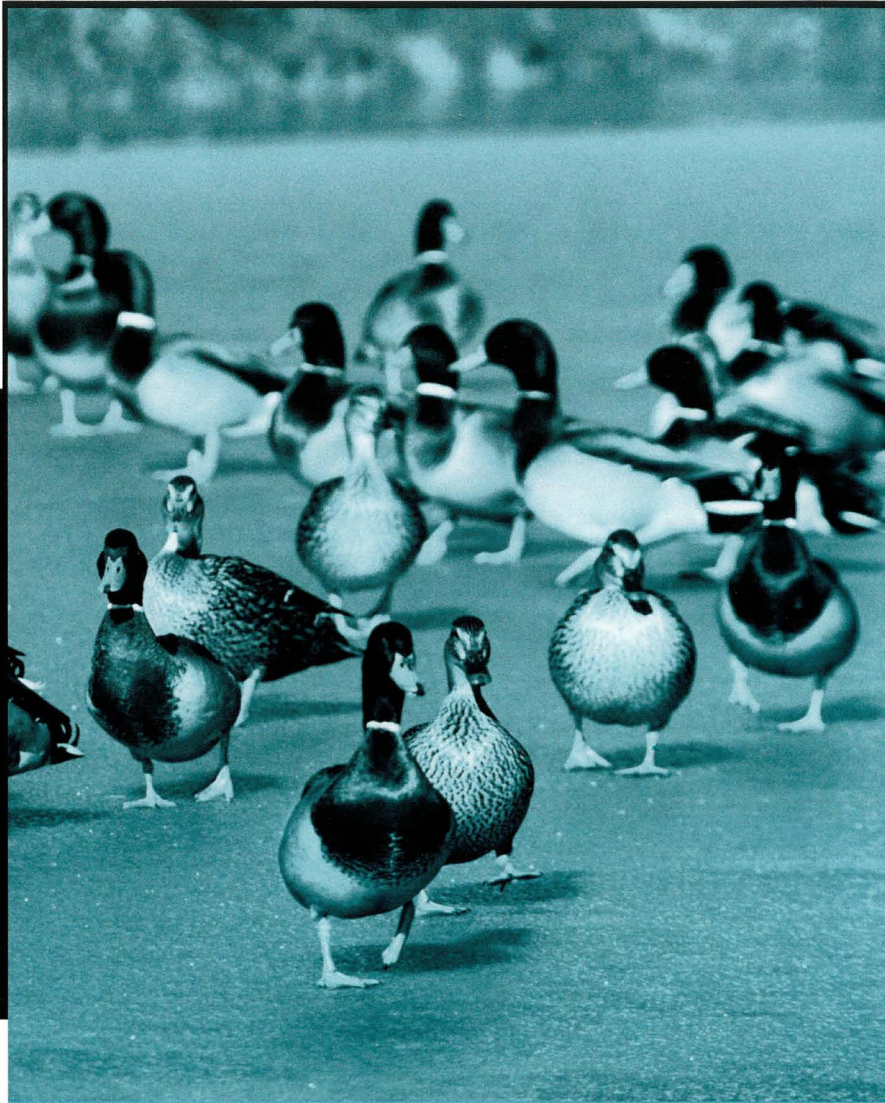
Ministerio de Sanidad, y Consumo. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, 2007

World Health Organisation. *Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions: report from the WHO European Ministerial Conference of Helsinki*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005

Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población: Hacia una estrategia en salud mental para la Unión Europea. Bruselas. Comunidades Europeas. Dirección General de Salud y Protección de los Consumidores, 2005

JANÉ-LLOPIS E., ANDERSON P. *Mental health promotion and mental disorder prevention. Alicy for Europe*. Nijmegen: Rabdoud University Nijmegen, 2005. (Versión e. <http://www.imhpa.net>)

HERNÁNDEZ MONSALVE M. "Psiquiatría comunitaria". En: *Asociación Mundial de Psiquiatría. Imágenes de la psiquiatría española*. Ed. Glosa. Barcelona 2004; pag. : 585-602.



VACUNA DE LA GRIPE AVIAR: SITUACIÓN ACTUAL

JOSÉ-MARÍA BAYAS RODRÍGUEZ

Centro de Vacunación de Adultos. Servicio de Medicina Preventiva. UASP. Hospital Clínic de Barcelona

En 1997 se identificaron en Hong Kong 18 casos humanos, con 6 defunciones, producidos por los denominados virus gripales aviarios tipo A H5N1. Desde 2003 se ha producido un incremento sostenido en el número de casos. La información oficial proporcionada por la OMS señala que desde 2003 hasta el 18 de abril de 2007 se han confirmado 291 casos de infección humana por virus gripales aviarios H5N1 y 172 defunciones (59% de los afectados). La pregunta es, ¿está el mundo preparado ante una pandemia de gripe aviar?

Aunque los orígenes de la gripe humana se remontan probablemente al Neolítico, la primera mención relativamente fiable de esta enfermedad se atribuye a

médicos hipocráticos que, en el siglo V a.d.C. la describieron como "una epidemia de tos invernal", la "tos epidémica de Perinto". A lo largo de la historia, la gripe

ha constituido una causa importante de enfermedad y de muerte. La primera gran pandemia (epidemia a escala mundial) de la que se tiene noticia debió de ocurrir hacia 1580. Desde entonces se han sucedido al menos 31 pandemias, tres de ellas en el siglo XX: en 1918, 1957 y 1968. Las pandemias se deben a cambios en la estructura antigénica de los virus de la gripe tipo A con cambios radicales (variaciones mayores) en los antígenos de la membrana de envoltura: hemaglutinina (HA), neuraminidasa (NA) o ambos, que permiten la rápida propagación de las nuevas cepas frente a las que la población no está protegida. Algunas de estas ondas epidémicas, ocasionadas por nuevos subtipos, han tenido resultados ciertamente catastróficos. Es el caso de la injustamente denominada gripe española de 1918-20, que afectó a más del 50% de la población mundial y fue responsable de más de 50 millones de muertes, de las que 140.000 se registraron oficialmente en España.

El impacto sanitario y económico de la gripe en términos de costes directos e indirectos es considerable si se tiene en cuenta que la enfermedad afecta varias veces a lo largo de la vida a sujetos de todas las edades. Por ello, aunque la letalidad (proporción de fallecidos entre los enfermos) sea reducida para la mayor parte de los grupos etarios, el número de muertes para el conjunto de la población resulta elevado. Se estima que entre 2.000 y 3.000 personas fallecen cada año en España por esta enfermedad, más del 90% de las muertes por gripe suceden en mayores de 60 años.

La persistencia de los virus de la gripe A en la naturaleza se explica por la extraordinaria variabilidad genética de su reservorio natural: las anátidas migratorias salvajes. Los subtipos de virus de la gripe A que infectan a estas aves (se han identificado hasta 16 tipos de HA y 9 tipos de NA) son estables y no sufren fenómenos de deriva genética. A partir de este amplísimo reservorio salvaje se infectan las aves domésticas (pollos, patos y pavos) y numerosas especies de mamíferos terrestres y marinos, como cerdos, caballos y felinos y, por supuesto, el hombre.

La injustamente denominada gripe española de 1918-20 afectó a más del 50% de la población mundial y fue responsable de más de 50 millones de muertes

Aunque en las aves salvajes la infección es bien tolerada, en las domésticas, las denominadas cepas de alta patogenicidad causan una elevadísima letalidad que lleva a la muerte o sacrificio de la práctica totalidad de los individuos de las granjas afectadas. Las epizootias registradas en los últimos años, fundamentalmente en el Sureste asiático, aunque también en Europa y África, están suponiendo un problema veterinario y económico de gran magnitud.

INEVITABLE E INMINENTE

En 2004, el ya fallecido Director General de la OMS Lee Jong-Wook declaró que: *"Otra pandemia gripal es inevitable y probablemente inminente"*. Aunque esta afirmación fue objeto de controversia, la realidad es que sólo en el siglo XX se produjeron tres grandes pandemias gripales: la de 1918 mediante el denominado "salto interespecie" del virus H1N1 de las aves al hombre y las de 1957 y 1968 por la emergencia, respectivamente, de virus H2N2 y H3N2 como resultado de intercambios en fragmentos de genoma (reordenación genética) entre virus humanos y virus aviarios. Cualquiera de estos fenómenos podría volver a suceder. El actual volumen de la población mundial (tres veces mayor que en 1918), la concentración de la misma en áreas urbanas y la rapidez y volumen de los viajes internacionales favorecerían extraordinariamente la propagación de la infección. Las consecuencias sanitarias, económicas y políticas podrían ser muy importantes y difíciles de precisar.

La detección precoz de los primeros casos mediante la mejora de los sistemas de vigilancia

epidemiológica será esencial para mitigar la expansión de las cepas emergentes. Existen planes que contemplan actuaciones diversas (aislamiento, cuarentena, uso de antivirales y otras) para intentar el control de la enfermedad. No obstante, hay consenso entre los expertos en que sólo la vacunación de amplios sectores de población podría paliar las consecuencias de una pandemia gripal por un tipo de virus nuevo frente al que la población estará desprotegida.

No es posible predecir con antelación la identidad precisa del virus que provocará la próxima pandemia y por tanto la fabricación de vacunas para su control. Con la información actualmente disponible se presume que será un virus A H5N1. Otros virus aviáres, como los H2, H7 y H9, han causado casos aislados en humanos con una letalidad muy reducida. Estas cepas parecen tener menor capacidad de mutar y por tanto tendrán menor potencial pandémico.



Entre 2.000 y 3.000 personas fallecen cada año en España por gripe y más del 90% de las muertes suceden en mayores de 60 años

¿VACUNAS PARA TODOS?

La fabricación de vacunas contra la próxima pandemia gripal entraña, además, otra gran dificultad, que es la actual incapacidad para producir grandes cantidades de vacuna en un periodo de tiempo breve. Este problema se ve

agravado por el hecho de que al ser la población *naïve*, es decir no haber tenido contacto anterior con estos virus gripales, se requerirán muy presumiblemente, dos

dosis de vacuna para lograr una respuesta inmune adecuada.

Las potenciales estrategias de vacunación ante una nueva pandemia son objeto de debate. Se acepta, sin embargo, que la denominada vacunación "prepandémica" con cepas prototipo, sería la más adecuada. El objetivo de la vacunación con cepas prototipo es conseguir una respuesta primaria y así, una protección individual parcial de la población primovacunada; con lo que una segunda dosis con una cepa más específica (una vez identificado el virus causante de la pandemia), conseguiría una respuesta anamnésica al actuar como una dosis de recuerdo (*booster*). Se lograría así una menor necesidad de dosis de vacuna una vez iniciada la pandemia. La



estrategia alternativa de almacenar dosis de vacuna para ser utilizada al inicio de la pandemia parece menos eficiente; las razones serían que la vida de estas vacunas es relativamente corta y que la constante mutación de los virus aviarios H5 haría que dichas vacunas almacenadas tuvieran progresivamente menor capacidad de protección frente a los virus emergentes.

Desde febrero de 2005 la OMS ha venido recomendando y ofreciendo diversas cepas a los fabricantes de vacunas. Los virus gripales H5N1 se han clasificado en dos grandes tipos.

Las denominadas cepas de la *clade 1* (Vietnam) cuyos prototipos son las A/Vietnam/1194/2004 y la A/Vietnam/1203/2004 y las cepas de la *clade 2* (Indonesia). Se han descrito 3 subclases de cepas tipo 2, cuyos prototipos respectivos son las cepas: A/Indonesia/5/2005 (*subclade 1*), A/Bar-headed goose/1A/2005, A/Whooping swan/Mongolia/2005 y A/Turkey/Turkey/1/2005 (*subclade 2*) y A/Anhui/1/2005 (*subclade 3*).

Respecto al tipo de antígeno a emplear para el desarrollo de estas vacunas pandémicas existen, teóricamente, varias opciones: virus

inactivados, virus fraccionados, subunidades, virus atenuados, etc. La tecnología para la obtención de estos antígenos ha sido, desde hace 30 años huevo embrionado. Estos métodos son muy poco eficientes para una fabricación a gran escala, fundamentalmente por la lentitud en la que se produce el crecimiento de los virus gripales (varios meses), y también por la escasa "productividad" de la técnica, así como por la capacidad de algunas cepas de matar rápidamente el embrión.

Algunas compañías están desarrollando, entre otras, tecnologías basadas en la denominada genética inversa y en el crecimiento de los virus en cultivos celulares de mamíferos. Ello permitirá acelerar los tiempos e incrementar el volumen en la fabricación de vacuna.

Un aspecto capital será conseguir el desarrollo de vacunas que empleen la menor cantidad de antígeno (hemaglutinina) posible para poder así disponer de "vacunas para todos". El empleo de adyuvantes puede jugar un papel clave. Los adyuvantes son sustancias presentes en el preparado vacunal, que incrementan la respuesta del sistema inmune permitiendo, de este modo, emplear dosis reducidas de antígeno.

Algunos adyuvantes tradicionales como las sales de aluminio han mostrado ser poco eficientes para lograr un aumento marcado de la respuesta inmune. Otras compañías están estudiando adyuvantes más novedosos, como el MF59, ya empleado en vacunas antigripales interpandémicas comercializadas; así como suspensiones de aceite en agua, empleados en diversos tipos de vacunas (antigripales y otras), algunas comercializadas y otras en investigación.

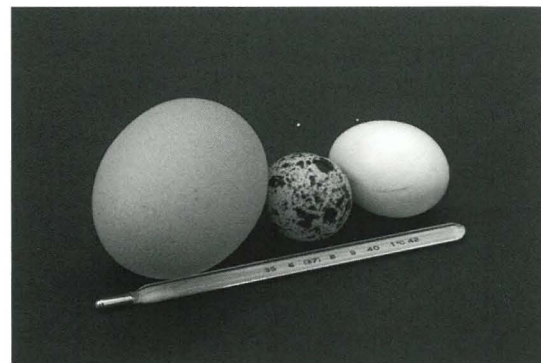
El volumen de la población mundial, la concentración en áreas urbanas y la rapidez y los viajes internacionales favorecerían la propagación de la infección

Una posible manera de ahorrar antígeno es el empleo de la vía intradérmica, ya que en la dermis existe una mayor cantidad de células presentadoras del antígeno. Así se hace por ejemplo, con la vacuna de la rabia. La vía intradérmica permite utilizar mucha menor cantidad de hemaglutinina, pero es más difícilmente reproducible. No puede emplearse con vacunas adyuvadas y es poco inmunógena en personas mayores.

Solo 11 países en el mundo fabrican vacunas antigripales y apenas un 5% de población mundial, unos 300-350 millones de personas, tiene el privilegio de poder acceder a vacunas contra la gripe interpandémica. Las vacunas interpandémicas trivalentes (2 cepas de virus de la gripe A H3N2 y H1N1 y una cepa de virus de la gripe B) emplean dosis de hemaglutinina de 15 µg de cada componente.

Aunque algunas tecnologías podrán ser de utilidad en un futuro no lejano (por ejemplo las basadas en cultivos celulares), por el momento, las vacunas con nuevos adyuvantes parecen ser las más prometedoras. Algunas investigaciones recientes señalan que dosis de 7,5 µg y de 3,8 µg de hemaglutinina consiguen tasas de seroconversión adecuadas. Estas vacunas son actualmente objeto de evaluación por las autoridades reguladoras de cara a su autorización para la vacunación "prepandémica".

Todos los trabajos publicados hasta la fecha concuerdan en los aspectos relacionados con la elevada seguridad de las vacunas desarrolladas a



partir de las cepas aviarias estudiadas. Las agencias reguladoras (Agencia Europea del Medicamento y otras) han establecido procedimientos acelerados de autorización para que, a partir de la información de inmunogenicidad y seguridad obtenida de los ensayos clínicos con cepas prototipo, se pueda disponer en tiempo reducido de vacunas fabricadas con la cepa pandémica, una vez identificada ésta.

La detección precoz de los primeros casos mediante sistemas de vigilancia epidemiológica será esencial para mitigar la expansión de las cepas emergentes

Según datos de la IFPMA (*International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations*) actualmente están en marcha al menos 31 proyectos de vacunas pandémicas prototípicas de 15 fabricantes. Veintiséis proyectos emplean virus inactivados (10 virus enteros, 10 virus fraccionados y 6 antígeno de superficie), y 4 virus atenuados. Otros 16 proyectos emplean como adyuvante

sales de aluminio, Berna-Crucell virosomas y Chiron / Novartis y GSK nuevos sistemas adyuvantes. Veinticinco proyectos emplean cultivos tradicionales de huevo embrionado y 6 sistemas de cultivo celulares. La mayoría de proyectos emplean cepas específicas de gripe aviar (H5N1 y otras).

Solo 11 países en el mundo fabrican vacunas antigripales y apenas un 5% de población mundial tiene el privilegio de poder acceder a vacunas contra la gripe interpandémica

Un informe de la OMS de septiembre de 2006 calcula que en 2008-2009 la producción de vacunas contra la

gripe pandémica no superará los 2.340 millones de dosis anuales "si nos dejamos llevar únicamente por las fuerzas del mercado". La OMS ha presentado un nuevo Plan de Acción Mundial para incrementar el suministro de vacunas contra la gripe pandémica. Este plan contiene diversas estrategias con actividades a corto, medio y largo plazo para reducir la escasez de vacunas contra la gripe pandémica. Propone aumentar el uso de la vacuna contra la gripe estacional, como forma de proteger contra esta enfermedad y estimular un aumento de la producción; incrementar la fabricación creando nuevas plantas de producción y potenciar la investigación y desarrollo para diseñar vacunas más eficaces que confieran protección con una única dosis o que induzcan una inmunidad duradera y de amplio espectro, así como aumentar la eficiencia y rapidez de la producción de vacunas. Se trata en definitiva de estar preparados frente a una gravísima amenaza que ojalá, nunca llegue a materializarse.

Bibliografía

- BAYAS J.M. "Avances en el desarrollo de las vacunas contra la gripe aviar". *Formación Médica Continuada* 2007; 14: 61-63
- BEIGEL J.H., FARRAR J., HAN A.M., HAYDEN F.G., HYER R., DE JONG M.D., LOCHINDARAT S., NGUYEN T.K., NGUYEN T.H., TRAN T.H., NICOLL A., TOUCH S., YUEN K.Y.; Writing Committee of the World Health Organization (WHO) "Consultation on Human Influenza A/H5. Avian influenza A (H5N1) infection in humans". (*N Engl J Med.* 2005 Sep 29; 353(13):1374-85)
- BRESSON J.L., PERRONNE C., LAUNAY O., GERDIL C., SAVILLE M., WOOD J., HOSCHLER K., ZAMBON M.C.. "Safety and immunogenicity of an inactivated split-virion influenza A/Vietnam/1194/2004 (H5N1) vaccine: phase I randomised trial". (*Lancet.* 2006 May 20;367(9523):1657-64)
- CAMPINS Martí M., DIEZ Domingo J. "Gripe aviar: ¿cuándo dispondremos de vacuna?". (*Med Clin (Barc).* 2006 Jun 17;127(3):93-5)
- CHEN H., DENG G., LI Z., TIAN G., LI Y., JIAO P., ZHANG L., LIU Z., WEBSTER R.G., K. "The evolution of H5N1 influenza viruses in ducks in southern" China. (*Proc Natl Acad Sci U S A.* 2004 Jul 13;101(28):10452-7.)
- NICHOLSON K.G., COLEGATE A.E., PODDA A., STEPHENSON I., WOOD J., YPMA E., et al. "Safety and antigenicity of non-adjuvanted and MF59-adjuvanted influenza A/Duck/Sin gap ore/97 (H5N3) vaccine: a randomised trial of two potential vaccines against H5N1 influenza". (*Lancet.* 2001;357:1937-43.)
- TREANOR J.J., CAMPBELL J.D., ZANGWILL K.M., ROWE T., WOLFF M. "Safety and immunogenicity of an inactivated subvirion influenza A (H5N1) vaccine". (*N Engl J Med.* 2006 Mar 30;354(13):1343-51.)
- WEBBY R.J., PÉREZ D.R., COLEMAN J.S., GUAN Y., KNIGHT J.H., GOVORKOVA E.A., et al. "Responsiveness to a pandemic alert: use of reverse genetics for rapid development of influenza vaccines". (*Lancet.* 2004;363:1099-103.)
- Banco Mundial:
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTTEMAS/EXTTOPHEANUTPOPINSPA/EXTTOPAVIFLUINSPA/0,,menuPK:1811988~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:1811953,00.html>
- Organización Mundial de la Salud:
http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/CDS_EPR_GIP_2006_1.pdf



Para superar una crisis sanitaria con éxito es imprescindible que exista una buena coordinación entre los profesionales y las administraciones y, tanto o más importante, es la transparencia informativa. Ahora no hay más crisis que antes, pero se viven "en directo" aunque ocurran a miles de kilómetros de distancia, lo que provoca una relación de preocupación en los ciudadanos que desayunan cada mañana con vacas locas, gripe aviar o envenenamientos misteriosos por polonio 210. De las crisis y de cómo tratarlas se habló en la jornada El sistema sanitario ante situaciones de crisis celebrada en Madrid el 7 de mayo.

EL SISTEMA SANITARIO ANTE SITUACIONES DE CRISIS

A lo largo de los últimos 20 años se han vivido situaciones repentinas de riesgo y alarma para la salud que poco tienen que ver con las epidemias de tiempos pasados. Desde el trágico episodio del envenenamiento masivo por aceite tóxico hasta la gripe aviar, hemos pasado por crisis como las vacas locas o la "epidemia" de meningitis. Los responsables de salud pública se han enfrentado a la contaminación de pollos y otros alimentos por dioxinas, a la irrupción en el mercado de los alimentos transgénicos o a las protestas ciudadanas ante la colocación de antenas de telefonía móvil. El elemento común entre situaciones tan diversas es que la población las percibe como de riesgo elevado y exige una respuesta inmediata a los responsables sanitarios y, por ende, a los políticos. Además, las crisis son, en el momento actual, mediáticas. Basta sólo un ejemplo. En 2003, el SARS fue el tema de salud más tratado en los medios de comunicación españoles.

Las crisis sanitarias pueden hacer dimitir gobiernos, y no las listas de espera o los déficits económicos...

Pero ¿hay ahora más crisis que antes? ¿Son más graves? No, pero se viven con mucha ansiedad. Así lo afirma Antonio Durán, consultor internacional y consejero técnico del Observatorio Europeo sobre Sistemas Sanitarios. La población está preocupada por los problemas sanitarios precisamente cuando la esperanza de vida es cada vez más alta y se ha conseguido reducir o eliminar muchas de las enfermedades que sólo hace unas décadas mataban a millones de personas. Esta sensación de "catástrofe mundial" se debe a una nueva forma de entender y plantear la noticia: "los medios de comunicación han traído a nuestras casas los problemas mundiales; Internet permite que cualquier ciudadano tenga el mismo acceso a la información que profesionales o periodistas". Curiosamente, el aumento de la formación ha producido en la población una reacción contraria a la que se esperaba: "pensábamos que se iba a potenciar el autocuidado, pero lo cierto es que los pacientes traspasan cada vez más sus problemas a los médicos y los médicos medicalizamos muchas molestias que no son estrictamente sanitarias".

Pero no todo es un cambio en las percepciones; hay razones para estar preocupados: el incremento de los patógenos emergentes es real y la mayoría provienen de animales; se desplazan rápidamente debido a los viajes internacionales o se relacionan con las nuevas formas de vida. Por eso, muchas de las crisis sanitarias más recientes se relacionan con la alimentación. Para José Manuel Freire, jefe del Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad, este tipo de crisis no depende sólo de las autoridades sanitarias, sino que implican a muchos

Las vacas locas

Desde que, a mediados de los años 90, se registraron en Reino Unido los primeros casos de la nueva variante de Creutzfeldt-Jakob (relacionada con el consumo de carne de vaca loca) esta patología ha ocasionado cerca de 150 muertes, la mayor parte en ese país. Para Miquel Porta, jefe de la Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica y Molecular del Cáncer del IMIM de Barcelona, la crisis evidenció que no se puede gestionar desde la salud pública este tipo de problemas y provocar que el ciudadano se sienta inerte.

A pesar de que no había suficientes pruebas que hicieran pensar en una epidemia que traspasara las fronteras, la población vivió una situación de alarma que repercutió en la economía. En 1996 ya se dijo que las evidencias eran insuficientes, pero la alarma mediática fue imparable y muchos españoles dejaron de comer carne de vacuno a pesar de las advertencias de las autoridades sanitarias. Hoy ¿a quién preocupa el mal de las vacas locas?

Pero ¿hay ahora más crisis que antes? ¿Son más graves? No, pero se viven con mucha ansiedad. Así lo afirma Antonio Durán, consultor internacional y consejero técnico del Observatorio Europeo sobre Sistemas Sanitarios. La población está

El polonio 210

Hasta el envenenamiento del ex espía ruso Alexander Litvinenko, pocas noticias se publicaban del polonio 210. La alarma se disparó cuando se encontraron restos de esta sustancia en restaurantes de Londres y en algunos aviones. Las autoridades británicas indicaron que el riesgo para la salud era muy bajo, pero la alarma se disparó.

José María Gervas Camacho, del Hospital Gómez Ulla de Madrid, recordó que la sanidad militar también está preparada para este tipo de emergencias. La UME (Unidad Militar de Emergencias), unidad nueva que trabaja con organizaciones civiles, será operativa en 2008 y estará formada por más de 4.000 personas. "La inteligencia sanitaria nos permite adelantarnos a la amenaza, aunque las crisis siempre desbordan lo previsto".

sectores. La gran ventaja es que de cada crisis se aprende para el futuro: "nos permiten introducir mejoras en la legislación y nuevas instituciones para prevenir y hacer frente a los problemas, como la vigilancia epidemiológica, establecida en toda la UE".

De alarma a crisis

En opinión de Antoni Plasència, Director General de Salud Pública de la Generalitat de Cataluña, las crisis se producen cuando las capacidades del sistema no son suficientes para hacer frente a una emergencia. Si no se gestionan bien, las emergencias pueden derivar en crisis, pero sabemos que disponemos de distintos elementos que impiden dicho paso: la investigación rigurosa, la participación de los técnicos y la correcta comunicación.



De izquierda a derecha, Manuel Posada y Miquel Porta

Los servicios de salud pública, adecuadamente dotados y gestionados, son un instrumento clave de confianza y garantía para la población: "las crisis sanitarias pueden hacer dimitir gobiernos, y no las listas de espera o los déficits económicos..."

Ildefonso Hernández-Aguado, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández, va más

La meningitis C

Durante la temporada 1996-1997 se planteó en España el debate sobre la vacunación antimeningocócica debido al incremento de la enfermedad meningocócica por serogrupo C. La mayoría de las Comunidades Autónomas vacunaron masivamente a la población comprendida entre 18 meses y 19 años de edad, con una vacuna ya existente contra los serogrupos A y C de *Neisseria meningitidis*. Todo ello a pesar de la indicación en contra de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS y de las limitaciones de la vacuna existente.

allá al afirmar que las crisis ponen al descubierto la debilidad de la salud pública, pero que son también una oportunidad para demostrar su necesidad y difundir la conveniencia de políticas que permitan una práctica perseverante de la salud pública y la aplicación de sus principios básicos: el respeto a los derechos humanos y una justicia social efectiva.

Técnicos y políticos

Los aspectos técnicos y políticos en la gestión de una crisis deben estar equilibrados. En opinión de Juan Gestal, catedrático de Salud Pública de la Universidad de A Coruña, los ciudadanos esperan del Gobierno que adopte todas las medidas que, de acuerdo con el conocimiento científico y la experiencia acumulada, sean razonables. No hay que olvidar que, en general, la credibilidad de los políticos es muy baja, por lo que es muy importante que se preste la debida atención a los problemas, se apliquen la

Javier Sada, Director General de Salud del Gobierno de Navarra, relató su experiencia. "En Navarra un factor fundamental para el buen manejo de esta crisis fue que se disponía de una buena información microbiológica de la enfermedad por meningitis, que permitía conocer la incidencia por serogrupos. De esta forma, en la temporada 1992-1993 la Comunidad Foral sufrió una onda epidémica de enfermedad meningocócica por serogrupo C, alcanzando una tasa por este serogrupo de 3,27 casos por 100.000 habitantes. La tasa total para esa temporada fue de 5,95. En los

soluciones técnicas más adecuadas y que los portavoces sean técnicos de prestigio.

Gripe aviar

La gripe aviar es una enfermedad infecciosa que afecta a las aves y está causada por el virus de la gripe tipo A. Es una epidemia animal conocida desde hace años, que raras veces afectaba al hombre. Sin embargo, a partir de 2003 se han registrado en Asia brotes de gripe aviar en 117 personas, 60 de las cuales han fallecido. Todos estos casos estaban ocasionados por el virus H5N1, uno de los 15 subtipos del virus de la gripe que pueden afectar a las aves y el único que ha demostrado ser peligroso para el hombre.

Ildefonso Hernández-Aguado, destacó que el hecho de que pueda convertirse en una pandemia ha hecho que se produzca una amplia respuesta en todos los ámbitos aunque como contrapartida, también ha supuesto un empuje al estudio del virus de la gripe y sus tratamientos. La gripe aviar es una de las crisis en las que mejor se puede observar la inevitable aparición de los conflictos de interés.

siguientes años, las tasas fueron sensiblemente inferiores".

La Comisión Asesora Técnica de Vacunaciones de Navarra recomendó a las autoridades sanitarias navarras la no vacunación masiva frente a la enfermedad meningocócica por serogrupos A y C, mientras no cambiaran las circunstancias epidemiológicas.

Y en muchos casos la cuestión no es tanto crear estructuras nuevas como aprovechar los dispositivos actuales. Andreu Segura, profesor de Salud Pública de la Universidad de Barcelona, cree, no obstante, que la autoridad competente debe ser capaz de evaluar la situación y hacerse responsable de las actuaciones porque los profesionales sanitarios no están demasiado formados en salud pública y menos en situaciones de crisis.

La visión técnica de la Administración la aportó Carmen Amela, directora del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo. "La mejor manera de prevenir una crisis consiste en detectar precozmente los agentes patógenos u otras amenazas para la salud pública y suprimirlos cuando todavía constituyen un problema limitado". Para esta experta, los ojos de la salud pública son los médicos de Atención Primaria. En general, se detecta un 90% de los problemas que pueden desembocar en crisis.

El síndrome tóxico

En 1981 apareció una extraña enfermedad que se extendió como un brote epidémico. En pocas semanas alcanzó la cifra nada desdeñable de más de 10.000 casos ingresados, 80 fallecidos y centenares de enfermos en unidades de cuidados intensivos. La enfermedad se bautizó con el nombre de síndrome tóxico. Fue la peor pesadilla médica de la historia reciente de España. Años después, el fraude de la colza arroja un resultado de más de 700 muertos y secuelas en los más de 20.000 afectados. Manuel Posada, jefe de la Unidad de Investigación del Síndrome de Aceite Tóxico del Centro de Investigación de Enfermedades Raras

El papel de la información

Los expertos en crisis sanitarias están de acuerdo en que el manejo adecuado de la información es la pieza clave para conducir con éxito la situación. Así lo destacó Javier Sada, Director General de Salud del Gobierno de Navarra: "La gestión de la información sobre la crisis es casi tan importante como la gestión de la crisis misma".

La población se informa a través de los medios de comunicación y, en muchos casos, la labor informativa no coincide con los intereses de gestores o políticos. Esto hay que tenerlo siempre en cuenta para no abandonar la transparencia. "La sociedad tolera muy mal la incertidumbre y la sensación de ocultación de información", afirmó.

La información no solo deberá ser veraz sino parecerlo, deberá ser exhaustiva, continua y comprensible. En ocasiones, el comunicador será el responsable político

(Instituto de Salud Carlos III) se refirió a esta "crisis" como "el primer brote epidémico en la España moderna de proporciones considerables". Se trataba de una enfermedad grave, a la que durante un tiempo se sumó la incógnita de su origen y la peculiaridad de que afectaba a las clases humildes.

Fue un epidemiólogo el que puso sobre la pista del aceite que se vendía en los mercadillos ambulantes. Se destapó uno de los mayores fraudes de la historia reciente de nuestro país y se dio el primer paso para solucionar una crisis que 26 años después sigue afectando a miles de personas.

La ola de calor

La ola de calor del verano de 2003 supuso un punto de inflexión en las crisis relacionadas con las temperaturas. Permitió evidenciar científicamente que el calor excesivo podía tener graves consecuencias sanitarias. Ferrán Martínez, director de la Escuela Nacional de Sanidad, recordó que en Francia supuso una crisis fundamentalmente política en Francia. En nuestro país se hizo un estudio epidemiológico teniendo en cuenta los registros civiles de las distintas poblaciones y los primeros datos mostraron una sobremortalidad evidente "pero el control político hizo que se diluyera el problema". Más adelante se llevaron a cabo medidas de prevención a nivel individual, aunque es evidente que también son necesarias disposiciones de intervención social en la población más vulnerable.



De izquierda a derecha y de arriba a abajo, Javier Sada, Antoni Plasència, Ildefonso Hernández, Antonio Durán, Milagros Pérez Oliva y José Manuel Freire

(sobre todo al inicio de la crisis) y en otras, el técnico cualificado o incluso el clínico. Para este experto, es fundamental "tener la tarea hecha", es decir, contar con datos adecuados, protocolos actualizados y en

El Prestige

La crisis provocada por el hundimiento del Prestige no fue solo sanitaria, también fue ecológica, económica y política, recordó Juan Gestal, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Santiago de Compostela. A pesar de los datos disponibles, en el caso del Prestige "se hizo justamente todo lo contrario de lo que había que hacer. Se alejó el barco en vez de dejarlo en la ría de Corcubión contradiciendo todos los conocimientos técnicos. Nadie valoró la magnitud de la tragedia". Esto demostró que cuando no hay un adecuado equilibrio entre la gestión técnica y la gestión política, la crisis se complica.

Las autoridades se ausentaron en pleno desastre y la comunicación en todos los sentidos se hizo de forma deplorable. Para este experto, la gestión de esta crisis es un ejemplo de lo que no debe ser la gestión de una crisis.



De izquierda a derecha, José María Gérvas, Juan Gestal y Juan Gérvas, coordinador de la jornada

funcionamiento. Todo ello genera tranquilidad dentro de la organización y credibilidad en la población.

Dos periodistas aportaron su visión de las crisis. Milagros Pérez Oliva, jefa del Suplemento de Salud de El País, reconoció que la sociedad mediática ha cambiado la concepción de lejanía y cercanía: "una amenaza de salud en el norte de Asia se puede percibir por la población tan cercana como la legionelosis de un hospital de su ciudad". De hecho, en la sociedad mediática tienen tanto valor los hechos reales como

las hipótesis si quien lo dice tiene credibilidad. En estos casos, aunque la amenaza sea hipotética, exigimos a las autoridades que actúen.

Por otro lado, los medios también pretenden atraer la atención, y si la crisis cumple ciertos requisitos (misterio, incertidumbre...) será mucho más noticiable. Afirmación que suscribe Miguel Madrid, subdirector de Diario Médico: "los gestores deben saber manejarla adecuadamente formando a portavoces que sepan divulgar de forma rápida y comprensible los mensajes".

La contaminación en Aznalcóllar

El 25 de abril de 1998 se produce la rotura de la presa de contención de la balsa de decantación de la mina de pirita en Aznalcóllar (Sevilla). Como resultado, aparece un importante vertido de agua ácida y de lodos muy tóxicos con altas concentraciones de metales pesados de gravísimas consecuencias para la región. La rotura de la presa vertió al parque natural de Doñana cinco millones de metros cúbicos de material contaminado.

Joan Carles March Cerdá, coordinador del Área de Salud Pública y Promoción de Salud de Granada, destacó algunos de los errores que encontró en esta crisis: se infravaloró la percepción de la población; no se comunicó a los ciudadanos un mensaje consensuado y, cuando se hizo, era ya muy tarde; los políticos se situaron en un primer plano dejando a los técnicos en segundo lugar. En esta ocasión, como en todas, la comunicación no fue todo lo transparente que se necesitaba.

Neumonía por *Legionella*

La neumonía por *Legionella* es una de las alarmas sociales recurrentes. Antoni Plasència, Director General de Salud Pública de la Generalitat de Cataluña, ha vivido varias de estas situaciones que califica de alarmas y no de "crisis". En el caso de la legionella, al año hay más de 50 brotes comunitarios, más de mil casos anuales notificados en los que hay una alta capacidad de detección (antigenuria) y de tipificación (biología molecular), con tratamiento accesible y efectivo.

La legionelosis está vinculada especialmente a aerosoles de torres de refrigeración/condensadores evaporativos colonizados y, a pesar de que existe un modelo preventivo-tecnológico muy exigente, la responsabilidad de mantenerlo de forma adecuada es de las autoridades sanitarias. Desde el año 2000 existe una abundante normativa que convierte a la *legionella* en "la bacteria de la Administración".

Antenas de comunicación

Los resultados de los estudios epidemiológicos no proporcionan evidencia consistente sobre una relación causal entre la exposición a radiofrecuencias y algún efecto en salud. Así de tajante fue la exposición de Mercedes Martínez, del Servicio de Epidemiología del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Sin embargo, basándonos en el principio de precaución, se ha legislado sobre las antenas, especialmente después de la agregación de tumores infantiles en alumnos del Colegio Público García Quintana de Valladolid.

En diciembre de 2000 aparece el primer caso de leucemia linfoblástica aguda; dos meses después un linfoma de Hodgkin y, en septiembre de ese curso, otro caso de leucemia en una niña. El informe epidemiológico de la Junta de Castilla y León

descarta la hipótesis de las antenas, pero no es aceptado por los padres y las cosas se complican cuando en diciembre aparece un cuarto caso. El 21 de diciembre de 2001 se clausuran las antenas por orden judicial y la Junta ordena el cierre del centro escolar.

La noticia ya está en los medios. Se decide crear una comisión de investigación junto con una representación de los padres. Los resultados no apoyan la hipótesis de una relación causal entre las antenas instaladas y la aparición del *cluster* de tumores infantiles. ¿De dónde surge, entonces, esta crisis? "Nos devuelven un miedo que se genera socialmente, por lo que habría que mejorar los sistemas de información y fomentar la capacidad de mediación de la salud pública. Las crisis, aunque puedan desencadenarse por intereses particulares, no favorecen a nadie".



De izquierda a derecha y de arriba a abajo, Joan Carles March, Ferrán Martínez, Mercedes Martínez, Andreu Segura, Carmen Amela y Miguel Madrid

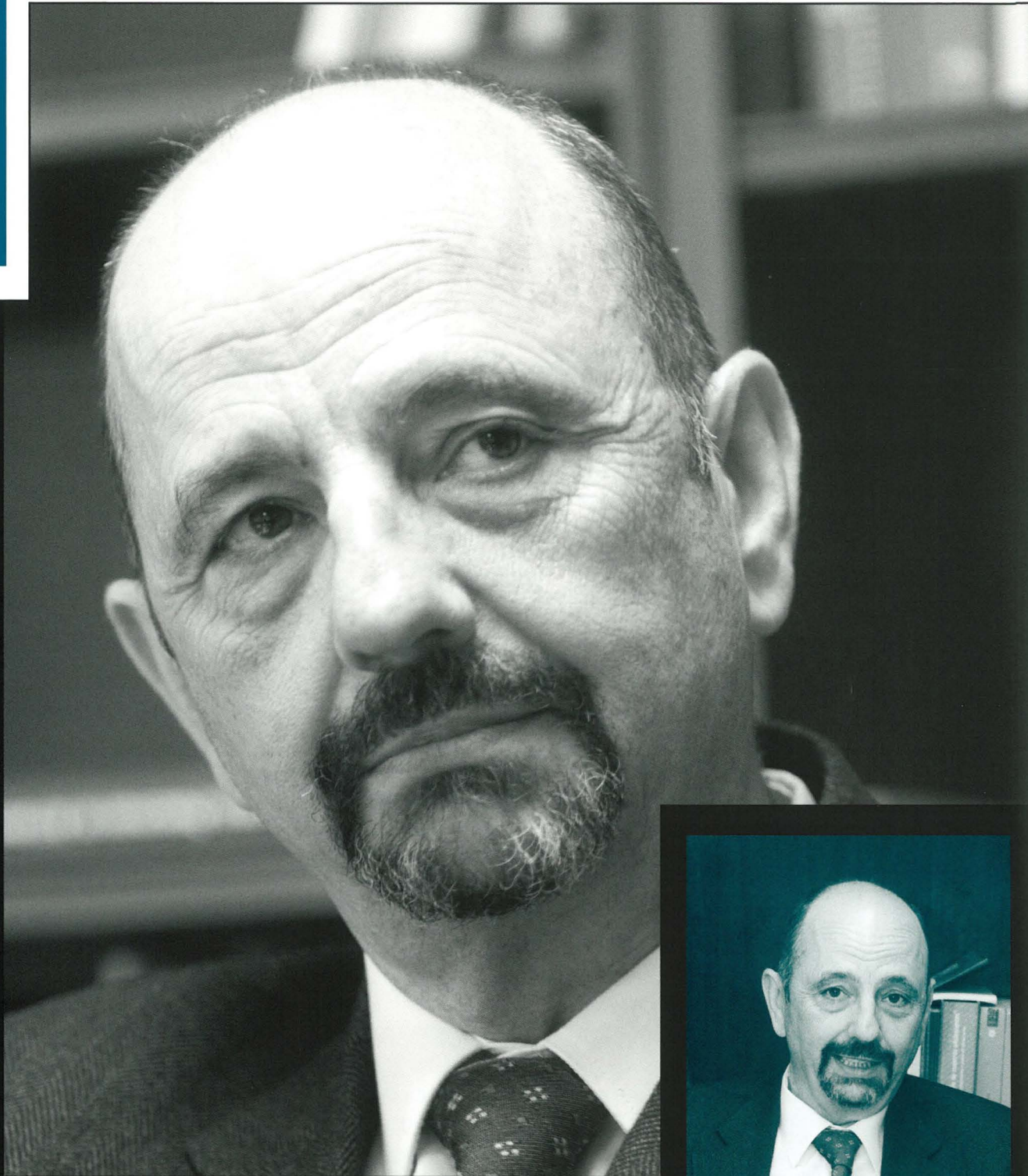
El impacto en la consulta

Desde un punto de vista clínico, las crisis influyen directamente en la consulta del médico. Miguel Ángel Ripoll, médico del Centro de Salud de Ávila, destacó que las crisis alimentarias “alimentan” también la consulta diaria. “Muchos pacientes acuden al médico por la necesidad de recibir atención médica que a veces es física, otras veces es psicosomática o simplemente por miedo. (Es que con todo esto que se oye, estoy más mala que mala. Digo yo si no me estará afectando a mi esto de las vacas locas, porque ya sabe usted que yo soy muy de carne)”.

El médico de Atención Primaria juega un importante papel en la gestión de estos problemas. La información que da debe ser coherente, coordinada, uniforme... El médico en su práctica clínica contribuye a minimizar el impacto de las crisis en la población.

Y es que muchas de esta crisis llevan a muchos ciudadanos a las consultas de los médicos o a los servicios de urgencias. Juan Gervas, médico general de Canencia de la Sierra (Madrid) ha sido testigo en muchas ocasiones: “El problema es que el sistema sanitario tiene que ofrecer servicios de muy alta calidad pero con muy poca cantidad”.

MANUEL OÑORBE



Es imprescindible un sistema
de Salud Pública unitario y
equitativo

“Las grandes epidemias siempre han estado ligadas a grandes revoluciones”

MANUEL OÑORBE

Director General Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo

Una de las más célebres anécdotas que protagonizó Gregorio Marañón se ha convertido con el tiempo en un principio de la Salud Pública. Marañón acompañó al Rey Alfonso XIII a un viaje por Las Hurdes, quería mostrar al monarca la situación de pobreza en la que vivían sus habitantes. El rey le preguntó qué se podía hacer para mejorar su pobre salud. Marañón contestó: “construya carreteras, majestad”. Manuel Oñorbe, Director General de Salud Pública, piensa que hacer carreteras, pozos o potabilizar aguas siguen siendo soluciones para mejorar la salud de los ciudadanos. En su caso, el paludismo o el bocio se han cambiado por la gripe aviar o la epidemia de obesidad que invade los países occidentales. Las carreteras de Marañón son, para Oñorbe, puentes necesarios de colaboración entre la sociedad, los políticos y los técnicos sanitarios.

Casi toda su vida profesional ha estado vinculada a la Administración Sanitaria, principalmente en Salud Pública ¿nunca se planteó ejercer como médico “tradicional”?

La verdad es que pasé consulta durante unos años, desde 1975 hasta 1977, en un centro en Moratalaz, pero ya desde entonces quería dedicarme a la epidemiología. Mi primera plaza como sanitario fue la de epidemiólogo en Guadalajara. Cuando empecé a trabajar en salud pública,

ésta aún dependía del Ministerio de Gobernación. Mi padre también se dedicó a la sanidad nacional y recuerdo que su trabajo me gustaba. Por otro lado, la salud pública era una labor social vinculada a una ideología progresista contraria a la dictadura franquista que existía en aquella época. Siempre me llamó la atención que las grandes epidemias han estado ligadas a revoluciones importantes, lo que ha motivado una estrecha relación entre el orden público y la salud pública. También reconozco un componente vocacional importante. Y no es que me disguste la clínica, pero la salud pública me ha permitido tocar muchos temas, viajar, plantear la salud desde un punto de vista colectivo, etc.

Entonces, vivió usted en la Administración una etapa muy significativa en la historia de España...

Sí, fue una etapa muy especial. Tuvimos que poner en marcha este Ministerio, en la que fue la sede de los Sindicatos Verticales; se reformó la Atención Primaria y, desde entonces, he vivido en primera línea las principales crisis de salud pública: el cólera de 1971; el síndrome tóxico en 1981; era responsable de vacunas cuando apareció la epidemia de meningitis en Madrid, el brote de legionelosis... Me tocó vivir como Director General de Salud Pública de Castilla-La Mancha la crisis de las vacas locas y la del orujo, y la gripe aviar ya en este Ministerio.

Respecto a la gripe aviar ¿aún es un problema que debería mantenernos en alarma?

A nosotros nos ha ocupado muchas horas de trabajo y gran parte de los esfuerzos se destinaron a pedir tranquilidad a la población. Tuvimos muchas presiones y hubo muchas declaraciones desafortunadas. Cuando decidimos realizar la compra de antivirales se acumuló mucha tensión. Me di cuenta de lo difícil que resulta ejercer la salud pública en un estado autonómico. Son 17 comunidades con competencias transferidas, lo que suponía que cada una de ellas tomaba la decisión de la adquisición de antivirales, pero había que llegar a unos acuerdos mínimos, sin olvidar que estábamos trabajando juntos. Ahora bien, lo que entonces fue alarma, ahora se ha dado la vuelta; parece que nos hemos olvidado de la gripe aviar y en estos momentos tenemos que comunicar que, aunque la maquinaria está preparada para responder, la amenaza sigue latente. No debemos alarmarnos, pero sí ocuparnos de que pueda aparecer.

¿Qué papel o poder juegan los medios de comunicación en las crisis?

En las que se han vivido durante los últimos años los medios de comunicación han tenido un papel crucial. Las crisis de salud pública se han convertido a menudo en un conflicto social. La gripe aviar fue portada de periódicos y cabecera de telediarios durante muchos días. Pero esa es la realidad. Los políticos y técnicos debemos ser conscientes de que los medios van a actuar casi siempre de esta manera, por lo que hay que atenderlos y conocer cómo funcionan, porque de lo contrario cualquier plan fracasará. No hay que olvidar que las crisis también originan una utilización política que a veces es honesta y otras no. Con los medios de comunicación ocurre lo mismo, pueden estar utilizando la información o, por el contrario, ocuparse de desvelar lo que a lo mejor no es bueno comunicar a determinados sectores. El político debe conocer estos factores y contar con ellos.

Parece que nos hemos olvidado de la gripe aviar y, aunque la maquinaria está preparada para dar una respuesta, esa amenaza sigue



¿Cree que hay que dar toda la información?

Hay que valorar si toda la información sirve para algo o sólo generará angustia. En las crisis siempre hay que tener transparencia, pero no hay que dar información innecesaria. Desde hace unos años, por ejemplo, existe psicosis con las olas de calor. Parece que a partir de 37° ya nos enfrentamos a una ola de calor, pero esto no es tan cierto. Es importante que los medios de comunicación tengan un interlocutor válido, un técnico, un político; siempre hay que prestarse a dar información siendo conscientes de que una crisis sanitaria puede provocar una crisis económica y política. Yo siempre pongo un ejemplo clarificador. Durante la crisis del pollo, su consumo bajó de tal manera que hizo caer dos décimas la inflación del año, y fueron justo esas décimas las que no permitieron subir el sueldo a los

pensionistas. Un asunto que sólo atañe a la salud pública como la crisis del pollo, acaba afectando a los pensionistas. No podemos obviar esta curiosa relación.

No es una crisis, pero uno de los problemas que más preocupa es la afluencia de inmigrantes ¿Cómo explica la creencia de que se benefician del sistema sin aportar nada a cambio?

Los inmigrantes, queramos o no, van a seguir llegando mientras que en Europa encuentren oportunidades que no van a tener en su país. En nuestro sistema asistencial el emigrante es un ciudadano que cotiza, que proporciona recursos al sistema. Nos encontramos con una población joven y

mayoritariamente sana que sólo solicita los servicios propios de su edad: traumatología, ginecología, pediatría... Es evidente que no alcanzan el gasto sanitario que producen los mayores y que, en conjunto, utilizan menos

La ley de Prevención del Tabaquismo ha provocado un cambio cultural que demandaba la sociedad

recursos sanitarios que los españoles, como ya han demostrado algunos estudios. Por esta línea asistencial no va a haber problemas, incluso a pesar de la reagrupación familiar.

¿Pero de qué manera influye la población inmigrante en los planteamientos de nuevas estrategias en salud pública?

A la población le preocupa enormemente que traigan enfermedades, pero tampoco es cierto. Aquí nunca volverá el cólera o el paludismo porque conocemos los remedios y se pondrían en marcha los mecanismos necesarios para acabar con estas epidemias muy rápidamente. Los extranjeros que consiguen llegar a nuestro país son los más fuertes, los más sanos, y lo que suele ocurrir es que al venir es cuando se contagian de otras enfermedades que no conocían en sus nichos ecológicos.

El problema se plantea con dos enfermedades. La infección por VIH y la tuberculosis, dos infecciones que existen en su país y también aquí. Las medidas a tomar deben tener en cuenta la afluencia de emigrantes y no olvidar la idiosincrasia de este colectivo; es decir, no se pueden establecer las mismas pautas de comunicación y de información con nuestros adolescentes sobre la prevención de las enfermedades sexuales que con los adolescentes inmigrantes. Necesitamos mediadores sociales, ONGs que conozcan sus costumbres y cultura. En el caso de otras patologías, la

sociedad está lo suficientemente preparada como para controlarlas.

¿Y qué ocurre con la vacunación infantil?

Todos los niños actualizan sus vacunas y, en caso de que haya dudas sobre cuáles han recibido y cuáles no, se adaptan a nuestro calendario vacunal.

¿Y con las mujeres embarazadas?

Ahí si tenemos más problemas. Hay ciertos grupos de edad que no accedieron a determinadas vacunas, como ocurre en el caso de la rubéola. La población de 20 años, y la más mayor, está protegida, pero las mujeres de entre 20 y 30 años no están vacunadas. Hasta el momento no había problemas porque no circulaba el virus, pero la población inmigrante ha hecho que vuelva a aparecer, con lo cual ha aumentado el riesgo. Pero de nuevo tenemos las herramientas suficientes para controlarlo, de manera que, a mi juicio, si las mujeres embarazadas se contagian de estos virus se debería a un claro fracaso del sistema.



En los últimos años se han fomentado leyes relacionadas con la salud pública ¿Podría evaluar la experiencia con la Ley de Prevención del Tabaquismo?

Lo más importante es que esta Ley ha provocado un cambio cultural. Ya no aceptamos fácilmente que se fume en el trabajo o en espacios públicos, y es que la población estaba lo suficientemente madura como para asumir esta Ley. Sin embargo, ha funcionado perfectamente en los centros de trabajo, pero no tanto en la hostelería. A mi juicio, se han intentado magnificar esas

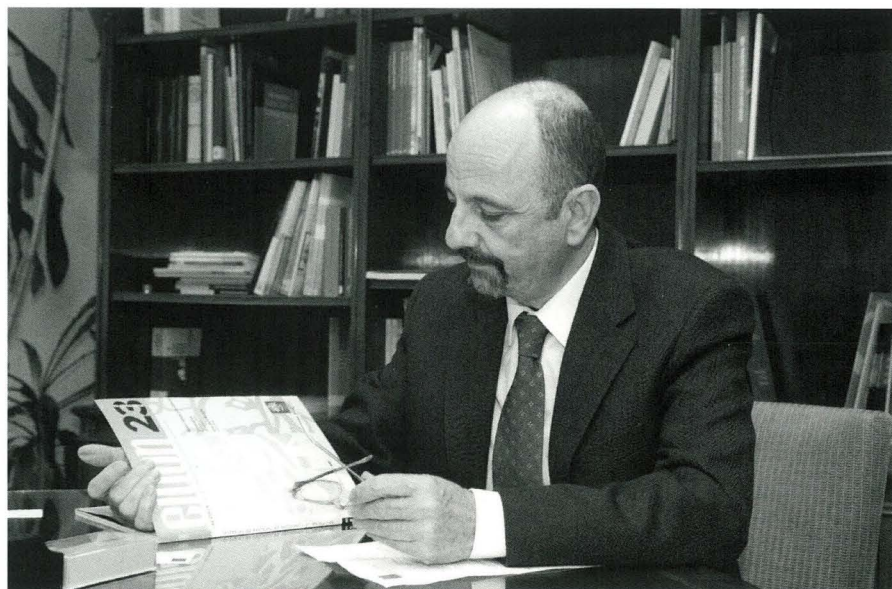
dificultades para desacreditar el conjunto.

Dentro de unos años comprobaremos su verdadera eficacia al confrontar los casos de enfermedades relacionadas directamente con el consumo de tabaco.

Donde yo creo que debemos insistir es en transmitir el mensaje de que no se trata

sólo de tener o no cáncer de pulmón, sino de mejorar la calidad de vida. Sin fumar se vive mucho mejor.

Nuestro trabajo es convencer a la gente de que llevar un estilo de vida saludable es muy gratificante



La estrategia NAOS es otra de las iniciativas más arriesgadas de este gobierno ¿cree que se podrá aplicar tal y como sería deseable?

De nuevo se trata de un cambio social y cultural. La Administración juega un papel importante, pero se necesita un cambio de costumbres y para eso hace falta tiempo. Los niños deben aprender a comer bien, a hacer ejercicio, y eso no se puede imponer.

¿Cómo se está trabajando en la prevención del alcoholismo, especialmente entre los jóvenes?

Nos preocupa no tanto la foto estática del alcoholismo en los jóvenes, sino el consumo continuado de alcohol por los menores de edad. Si todos los años aumenta el número de chavales que beben, debemos procurar parar esta tendencia porque se está convirtiendo un verdadero problema de salud. Hay que detener esa curva para evitar problemas a largo plazo, porque el alcohol causa daños muy graves en la salud física y neuronal de los menores.

Si se trata de invertir en salud ¿cuáles son las tres prioridades de la Salud Pública?

En primer lugar, las enfermedades relacionadas con el bienestar, como la obesidad, o los hábitos, como el tabaquismo. Nuestro trabajo es convencer a la gente de que llevar un estilo de vida saludable es muy gratificante, y de que no se trata de restringir cosas placenteras. No se trata de reprimir, sino

de dar la información adecuada para que los ciudadanos comprueben que se puede vivir mucho mejor.

La segunda cuestión está relacionada con la sanidad ambiental. Hasta hace poco se trataba de un tema marginal, pero en estos momentos ha pasado a un primer plano. Las aguas, las ondas magnéticas, la contaminación, los problemas derivados del cambio climático...nos preocupan y creo que van a requerir muchos esfuerzos por parte de los sanitarios.

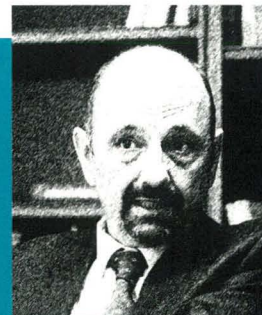
La tercera prioridad siguen siendo las crisis y emergencias. Desde los últimos años, las crisis están provocadas por enfermedades causadas por agentes

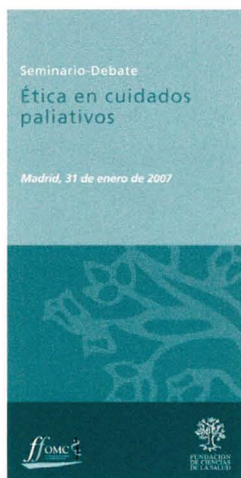
nuevos (vacas locas, la gripe aviar...). Es imprescindible organizarse para hacer frente a estas situaciones novedosas.

Y por encima de estas prioridades, la necesidad de mantener un sistema de salud pública unitario y equitativo en las 17 comunidades autónomas. Es la única manera de tomar las decisiones acertadas y actuar de forma igualitaria. La coordinación es el reto político para llevar a cabo políticas de salud pública exitosas.

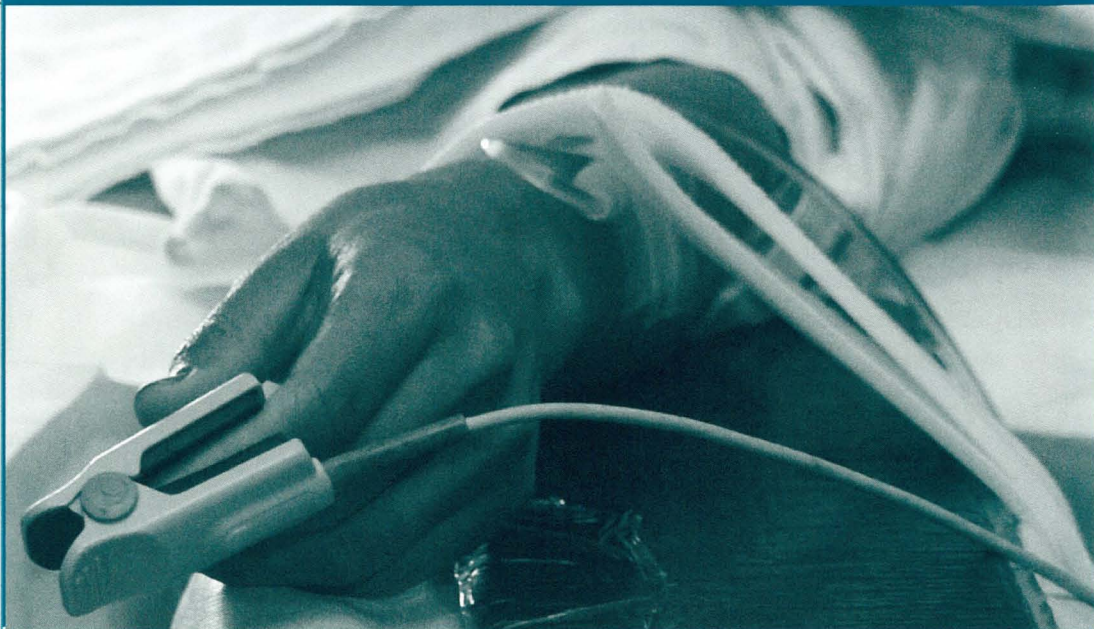
La salud pública como vocación

Manuel Oñorbe es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid y especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Toda su vida profesional ha estado vinculada a la Administración Sanitaria, principalmente en el área de la Salud Pública. Ha sido Subdirector General de Planificación Territorial, Jefe de los Servicios de Hospitales y de Promoción y Protección de la Salud de la Comunidad de Madrid, Director General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha y Jefe del Departamento de Epidemiología en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Oñorbe es también socio fundador de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, de la que ocupó la secretaría general durante seis años. Ha sido miembro del equipo editorial de diversas revistas especializadas y profesor de numerosos cursos en el Centro Universitario de Salud Pública, en la Escuela Nacional de Sanidad y en otras instituciones docentes. En el ámbito de la investigación, es autor de más de 40 publicaciones sobre las áreas de su especialización.





En 1987 se creó en España la primera Unidad de Cuidados paliativos. Actualmente es el duodécimo país europeo que más recursos dedica a esta especialidad, con un total de 261 unidades de las que 139 tienen carácter domiciliario. Sin embargo los cuidados paliativos han sido motivo de controversia durante los últimos años. Su objetivo último es el alivio del sufrimiento de aquellos pacientes y familiares que afrontan patologías irreversibles, proporcionándoles la mejor calidad de vida posible y ayudándoles a morir en paz. Sus implicaciones éticas son indiscutibles, por lo que es necesario deliberar cómo afrontar algunos de los retos que se plantean al final de la vida.



Hay un momento en el transcurso de una enfermedad grave en que el enfermo y/o su familiar escuchan una frase: "no se puede hacer más". Cinco palabras que caen como una lápida y que preconizan una muerte inminente. Es a partir de ese momento, sin embargo, cuando empieza la actividad de los cuidados paliativos, una actividad que viene a demostrar que se puede hacer mucho, muchísimo. El enfermo y sus familiares son el eje de estos equipos interdisciplinares formados por médicos, personal de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud encargados de hacer todo lo que esté en sus manos para conseguir que el enfermo afronte con dignidad y sin sufrimiento la última etapa de su vida.

Esta reflexión de Marcos Gómez, jefe de la Unidad de Medicina paliativa del Hospital Universitario de Gran Canaria, abrió el seminario debate *Ética en cuidados paliativos* organizado por la Fundación de Ciencias de la Salud y la Organización Médica Colegial. "La meta fundamental de los cuidados paliativos es la calidad de vida del enfermo y su familia -continuó-, sin intentar alargar la supervivencia, cubriendo las necesidades físicas, psicológicas y espirituales del paciente y sus familiares".

La meta fundamental de los cuidados paliativos es la calidad de vida del enfermo y su familia, sin intentar alargar la supervivencia

también por voluntarios que ayudan a humanizar la atención y están presentes cuando el enfermo está solo. Para el Dr. Gómez, los enfermos en situación terminal no sólo necesitan asistencia médica. En muchos casos es más importante la asistencia psicológica o social. "El miedo, la ansiedad o la soledad no responden a la morfina y sí a la comunicación y al diálogo. Si queremos aliviar el sufrimiento estamos obligados a actuar sobre todos los factores que intervienen, como el miedo, la preocupación por los familiares, por las cuestiones económicas o por el dolor que causa la propia enfermedad".

Disminuir el dolor

En este sentido, es esencial para los paliativistas el control de los síntomas. El insuficiente alivio del dolor continúa siendo una de las más escandalosas ineficiencias médicas para este experto. Los opioides son los remedios más eficaces, aunque los fármacos no bastan. La OMS estableció una escalera analgésica muy eficaz, pero "el dolor no se puede reducir a un mero asunto de neurotransmisores", la palabra es también un eficaz analgésico. "Yo me permito poner a esta escalera una barandilla que es el soporte emocional, la comunicación, la asistencia a las familias" afirmó el Dr. Gómez.

En este sentido, Jacinto Bátiz, jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de San Juan de Dios de Santurce, destacó que "el enfermo tiene derecho a ser aliviado de su dolor, aunque se trate de algo totalmente subjetivo. Si se queja, es que le duele y hay que saber que cada paciente es distinto y es él quien nos va a indicar el éxito de la analgesia". Y es que el paciente -continuó- necesita la mejor asistencia médica, humanizada y técnicamente exquisita al final de su vida. Hay que evitar su prolongación innecesaria, pero también su acortamiento deliberado. La calidad de vida en estas fases terminales debe ser un derecho fundamental y una prioridad en la administración: "los políticos también deben ayudar a los ciudadanos a morir con dignidad".

El encarnecimiento terapéutico

Y si se trata de morir con dignidad es necesario desterrar la idea de tratar por tratar, utilizar terapias no indicadas en fases terminales de forma desproporcionada. Es lo que se llama encarnecimiento terapéutico, que tiene como objetivo alargar la vida en una clara situación de agonía. En nuestro país se muere mal por el exceso de tecnología médica. Muchos enfermos en fase terminal acaban sus días con el suero puesto y esperando una analítica en un servicio de urgencias. ¿Por qué se repite tanto esta situación? Para el Dr. Bátiz, por la propia dificultad del proceso de morir, "los profesionales estamos educados para curar, no para que se nos muera el enfermo y a veces nos puede la demanda del enfermo o de la familia". Sin embargo, administrar tratamientos que sabemos que no van a ser eficaces puede ocasionar frustración tanto en el paciente como en el equipo médico. Sería éticamente adecuado "limitar el esfuerzo terapéutico, o lo que es lo mismo, restringir el uso de determinados tratamientos cuando se percibe una desproporción entre los resultados". Tan importante como luchar por curar es saber parar cuando no se puede hacer nada más.

Y es que los enfermos desean ser cuidados con técnica, pero también con decisiones

éticas que tengan que ver con sus valores, que no necesariamente han de coincidir con los del equipo que les atiende.

Tan importante como luchar por curar es saber parar cuando sabemos que no se puede hacer nada más



De arriba abajo y de izquierda a derecha, José María Antequera, Marcos Gómez Sancho, Ramón Bayés y Antonio Pascual, moderador, ponente, comentarista y ponente, respectivamente, de la primera mesa. En la foto inferior, un momento del desarrollo del seminario

Para Ramón Bayés, Profesor Emérito y Catedrático de Psicología Básica, es imprescindible este respeto por los valores del paciente y es una obligación del equipo médico respetar sus necesidades espirituales o religiosas. El experto ha tratado durante muchos años a enfermos en situación terminal y su experiencia le hace reconocer que la atención debe ser siempre

personalizada porque los umbrales de dolor cambian según las circunstancias psicosociales: "no necesitará la misma dosis de morfina una persona bien atendida que otra que esté sola; en muchos casos, es más eficaz una palabra o un abrazo que los medicamentos más potentes". Y es que quienes sufren no son los cuerpos, sino la persona.

La sedación terminal

La sedación paliativa es otra forma de aliviar el sufrimiento de los pacientes que se encuentran en agonía. Se define como la administración de fármacos para disminuir el nivel de conciencia del enfermo y aliviar así los síntomas refractarios, siempre que se tenga el consentimiento de los pacientes o de los familiares.

Los aspectos más técnicos de esta práctica fueron abordados por Antonio Pascual, director de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, que afirmó que no todos los pacientes en cuidados paliativos reciben sedación. De hecho, las indicaciones son muy variables: dolor, delirio agónico, sufrimiento emocional o angustia existencial...

Miguel Casares, presidente del Comité de Ética Asistencial del Hospital de Getafe, de Madrid, recordó que la sedación terminal es un tema polémico, que en los últimos años ha acaparado los medios de comunicación. "A determinados colegas se les ha sometido a una especie de juicio público cuando este debate nunca debió salir del ámbito sanitario, ya que ha habido intereses políticos que han malinterpretado totalmente la situación". A su juicio, los médicos han cambiado el proceso de la muerte y se ha pasado de morir en el domicilio a hacerlo en los

hospitales de una forma deshumanizada. Y como también se ha medicalizado ¿qué se puede hacer ante un enfermo terminal con dolores insoportables? “Hay que tratarlo, si es posible en las Unidades de Cuidados

Paliativos. Pero la sedación nos compete a todos los médicos, no sólo a los paliativistas. Si no podemos curar hay que proporcionar calidad de vida”.

La sedación se da en pacientes en los que se prevé que la muerte va a ser inminente (como máximo seis o siete días), con lo que es frecuente que se confunda con una forma de eutanasia suave. Sin embargo, para este experto, hay varios aspectos que las distinguen. “La sedación terminal sólo se realiza en los pacientes en situación agónica

La sedación compete a todos los médicos, no sólo a los paliativistas. Si no podemos curar hay que proporcionar calidad de vida

mientras que la eutanasia puede hacerse en más tipos de pacientes. El objetivo de la sedación es aliviar los síntomas refractarios y, los de la eutanasia, provocar la muerte;

en la sedación se revisa la dosis y los fármacos para conseguir el mayor bienestar, en la eutanasia se busca la dosis adecuada para morir. No es lo mismo, ni desde el punto de vista médico ni ético”.

Tratar de forma subjetiva

Javier Barbero, psicólogo clínico del Servicio de Hematología del Hospital Universitario La Paz, afirmó que los cuidados paliativos no son la solución a



De izquierda a derecha, Diego Gracia y Juan José Rodríguez Sendín durante la presentación de la Guía de Ética en Cuidados Paliativos

todos los problemas del final de la vida. Un 8% del dolor no se evita técnicamente. Y es que quizá sea necesario tratar al paciente de una forma subjetiva, una manera de actuar a la que no están acostumbrados los profesionales sanitarios, ni siquiera los expertos en cuidados paliativos. “Ahora nos hemos centrado en el control de los síntomas, pero debemos tener en cuenta la situación individual de cada paciente. Es posible que

Cómo actuar con las familias

Uno de los problemas éticos que se plantean en las Unidades de Cuidados Paliativos es la relación con los familiares. “Son dadores y receptores de cuidados” por lo que es necesario enseñarles a cuidar y cuidarse. “Todo lo que hagamos por los familiares va a redundar en el enfermo; por eso no se puede separar al enfermo de los familiares, ni dejar de contar con ellos en todo momento” afirmó el Dr. Marcos Gómez. Otro problema al que se refirió es la llamada “conspiración del silencio”. Es muy frecuente que el equipo médico se encuentre con familias que no quieren decir la verdad al enfermo, a pesar de que está demostrado que no beneficia ni al paciente ni a los familiares. No es lo mismo morir expresando las emociones que disimulando y aceptando el engaño.

algún paciente con dolor insoportable en situación preagónica no quiera recibir sedación porque prefiere despedirse de su hija que llegará al día

siguiente". A su juicio, la subjetividad de los pacientes está en primer lugar y sólo se puede captar esa subjetividad cuando se da una relación muy horizontal con el enfermo, una relación en la que indudablemente aparecen las emociones que pueden

La subjetividad de los pacientes está en primer lugar y sólo se puede captar esa subjetividad cuando se da una relación muy horizontal con el enfermo

condicionar una decisión basada en la angustia. Éste es también el reto de las personas que se ocupan de los enfermos terminales, saber qué hacer con los

sentimientos que nos provoca la vida y la muerte.

El seminario de debate sobre Ética en cuidados paliativos se celebró en Madrid el día 31 de enero de 2007

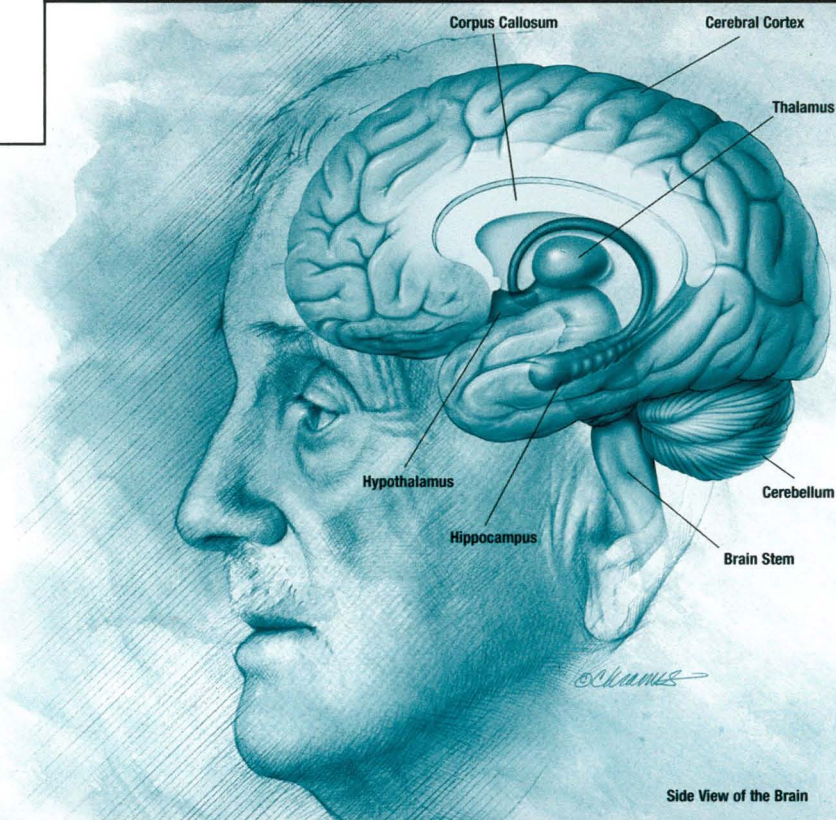


De arriba abajo y de izquierda a derecha, José Antonio Seoane, Jacinto Bätz, Javier Barbero y Miguel Casares, moderador, ponente, comentador y ponente, respectivamente, de la segunda mesa. En la foto inferior, Isacio Siguero en el acto de clausura

Una guía necesaria

Diego Gracia, presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud, y Juan José Rodríguez Sendín, secretario general de la OMC, presentaron durante este acto la *Guía Ética en cuidados paliativos*, un volumen que pretende orientar al colectivo médico en un manejo más adecuado de los principales problemas éticos que se plantean en este tipo de pacientes. "Era necesario elaborar materiales específicos que puedan ser de utilidad para los profesionales sanitarios", expuso el doctor Gracia, quien destacó el carácter práctico de la publicación. El texto consta del análisis de 28 casos clínicos y se complementa con un CD en el que se recogen, entre otras cosas, la legislación vigente en este ámbito y los consensos nacionales e internacionales.

La *Guía de Ética en cuidados paliativos* es la segunda de colección *Guías de Ética en la Práctica Médica*, un proyecto de colaboración Fundación de Ciencias de la Salud - Organización Médica Colegial.



Side View of the Brain

La investigación clínica en la enfermedad de Alzheimer. Realidades y retos

Junto a las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, las demencias en personas mayores constituyen los tres problemas sanitarios más importantes de España. El imparable aumento de la población anciana supone también el crecimiento de este tipo de patologías. Dentro de ellas, la enfermedad de Alzheimer es la gran protagonista. Se estima que en España hay más de 400.000 personas afectadas por este mal, que se ha convertido en el reto sanitario más relevante del siglo XXI y uno de los desafíos más importantes de la investigación biomédica.

El 4 de noviembre de 1906, en la XXXVII Conferencia de Psiquiatría celebrada en Tübingen, el patólogo y psiquiatra Alois Alzheimer presentó una comunicación



(Sobre una enfermedad específica de la corteza cerebral) en la que describía una inusual enfermedad. En el trabajo se recogía simultáneamente la historia clínica de una mujer, Aguste D, de 51 años, que presentaba pérdida de memoria, desorientación, alucinaciones y demencia. Había ingresado en 1901 en el Hospital de Frankfurt a causa de un cuadro clínico caracterizado por un delirio de celos, seguido de una rápida pérdida de memoria acompañada de alucinaciones, desorientación temporoespacial, paranoia, alteraciones de la conducta y un grave trastorno del lenguaje. La paciente falleció por una infección pulmonar cinco años más tarde.

Esta muerte prematura permitió a Alzheimer realizar el estudio anatomopatológico de su cerebro y encontró que la corteza cerebral era más estrecha de lo normal, había disminuido el número de neuronas en el córtex cerebral y, junto a cúmulos de proteínas, se veían unos ovillos o filamentos neurofibrilares en el citoplasma de las neuronas. Hoy en día éstas siguen siendo las características histopatológicas principales de la enfermedad de Alzheimer.

En el mundo, 25 millones de personas padecen Alzheimer. Probablemente, en los próximos 20 años, se registrarán unos 70 millones de casos nuevos

En 1907 Alzheimer publicó sus hallazgos con amplios detalles clínicos y dibujos de las lesiones cerebrales que se han hecho internacionalmente famosos. Ahora, cien años

después, sabemos que alrededor de 25 millones de personas en el mundo padecen la enfermedad de Alzheimer y, probablemente, en los próximos 20 años, se registrarán unos 70 millones de nuevos casos. En España existen casi 400.000 afectados y para el año 2025 se calcula un incremento de casi el 30% de la población con respecto a la que había en 1980.

Nadie duda ya de que el Alzheimer es un grave problema en muchos sentidos: clínico, asistencial, de investigación pero también ético, y sólo con esta mirada poliédrica es posible enfrentarse a la enfermedad con éxito. Actualizar los conocimientos sobre la enfermedad de Alzheimer bajo este prisma fue el objetivo de la jornada científica que organizó la Fundación de Ciencias de la Salud, con el auspicio de la Confederación Española de Familiares de Alzheimer y otras demencias (CEAFA), de la Fundación Reina Sofía y de la Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer (AFALcontigo).

Nuevas investigaciones

En los nuevos conceptos sobre la patogenia y sus implicaciones terapéuticas, profundizó José Manuel Martínez Lage, profesor honorario de Neurología de la Universidad de Navarra: "las investigaciones actuales se centran en la



De izquierda a derecha, José Manuel Martínez Lage, Rafael Blesa, Blanca Clavijo y Diego Gracia

búsqueda de marcadores diagnósticos capaces de detectar la enfermedad en personas asintomáticas, ya que las primeras lesiones cerebrales aparecen 15 años antes de que se perciban los primeros síntomas clínicos". Para eso, se buscan biomarcadores bioquímicos o de bioimagen y, especialmente durante los últimos años se está avanzando en conseguir el bloqueo de los procesos moleculares que causan la destrucción neuronal que provoca la enfermedad.

Los dos hallazgos fundamentales en la enfermedad de Alzheimer son un enmarañamiento de las fibrillas de las neuronas, conocido como *ovillos neurofibrilares*, y el depósito de una sustancia viscosa de tipo proteico llamada *beta-amiloide*. Estos ovillos neurofibrilares y la beta amiloide aparecen implicados en el desarrollo de la enfermedad. Una de las novedades más importantes de las investigaciones recientes es el hallazgo de que muchas patologías neurodegenerativas comparten un

La moneda del Alzheimer tiene otra cara que ya no ignora ni la comunidad científica ni las autoridades sanitarias: los familiares y cuidadores

parecido mecanismo patogénico, determinadas proteínas, diferentes en cada enfermedad, se pliegan defectuosamente y se acumulan, lo que ha llevado a trabajar en líneas terapéuticas que ya empiezan a dar frutos. "Se está trabajando en fármacos que influyan en el colesterol neuronal y los hallazgos más significativos se refieren a la llamada *apolipoproteína E* (ApoE), que interviene en los mecanismos de movilización y distribución del colesterol para la reparación de las células nerviosas en el curso de su desarrollo y después de una lesión, de la *proteína tau*, que en su forma "normal" contribuye a la formación de la estructura

Responsabilidades y dudas del familiar / cuidador

La moneda del Alzheimer tiene otra cara que ya no ignora ni la comunidad científica ni las autoridades sanitarias: los familiares y cuidadores. Blanca Clavijo, Presidenta de AFALcontigo, es la portavoz de las personas que conviven y se ocupan de los enfermos de Alzheimer. "Los familiares tienen que enfrentarse a una serie de decisiones para las que muchas veces no están preparados. Un cuidador debe tener determinadas características, y no todos los familiares son capaces de realizar esta tarea". Los familiares y los enfermos reciben un diagnóstico que les cae como una losa. La soledad es el primer escollo con el que tropieza el cuidador, además del miedo y la incertidumbre.

Clavijo afirmó que muchos de los familiares prefieren que el enfermo no conozca su diagnóstico, lo que provoca que familiares, pacientes y personal sanitario se muevan en una especie de teatro, una actitud que puede tener graves consecuencias en el futuro de la familia, ya que a partir del diagnóstico hay que tomar decisiones importantes, y siempre conviene contar con el paciente antes de que pierda totalmente sus facultades. "Tiempo e información" son las dos peticiones de Blanca Clavijo para las familias.

Las investigaciones actuales se centran en la búsqueda de marcadores diagnósticos capaces de detectar la enfermedad en personas asintomáticas

existe cierta desacreditación de los fármacos ahora disponibles, siguen siendo medicamentos clínicamente eficaces.

Aspectos biológicos, médicos y sociales

Pero si la situación es esperanzadora desde el punto de vista de la investigación básica, no lo es así desde el punto de vista social. Rafael Blesa, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, recordó que cada enfermo tiene una familia alrededor que también queda afectada de múltiples formas. Un reciente estudio hecho sobre 1.100 cuidadores concluyó que cada cuidador dedica más de 10 horas diarias a esta tarea, la mayoría no tienen acceso a la información sobre esta patología y cuando necesitan ayuda, deben pagarla de su bolsillo.

Y junto a los problemas de tipo social, las implicaciones genéticas de la enfermedad siguen preocupando a clínicos y bioeticistas: "Aunque el principal factor de riesgo es el envejecimiento, se ha demostrado que un alelo del gen de la apolipoproteína E juega un papel relevante en este ámbito, haciendo avanzar la aparición de esta enfermedad de 5 a 10 años en las personas portadoras", señaló.

Los estudios realizados durante 2006 han sido muy clarificadores. Algunos han confirmado la enorme prevalencia de patología vascular en 5 familias que presentaban un Alzheimer familiar de inicio temprano, y se ha podido comprobar que se trata de dos enfermedades que participan de una patogenia común.

También se ha demostrado que las personas que durante años habían tomado antiinflamatorios reducían considerablemente el riesgo de padecer la enfermedad, lo que ha motivado estudios prospectivos para conocer los mecanismos fisiopatológicos de esta relación.

adecuada de los microtúbulos. En cambio, cuando es anómala, bloquea la acción de la proteína tau sana". Mientras que los científicos siguen avanzando en distintas líneas de investigación, para Martínez Lage, aunque



De arriba abajo, José Luis Molinuevo, Pablo Simón y Eduardo Gutiérrez Rivas

Otro de los grandes retos terapéuticos es la inmunización. A primeros de 2001 se empezaron a hacer algunos trabajos, pero un porcentaje de los pacientes tratados tuvieron encefalitis por lo que se interrumpieron los ensayos. No obstante se pudo estudiar el cerebro de estos pacientes y en todos se comprobó que la cantidad de amiloide era más baja, lo que demostraba que la vacuna sí tenía algún efecto positivo.

Ética y genética

Uno de los aspectos más controvertidos ha sido el debate surgido sobre las determinaciones genéticas. José Luis Molinuevo, del Hospital Clinic de Barcelona, aclaró algunos conceptos: "Los genes cuya variación produce la aparición de una enfermedad pueden ser determinantes, mientras que aquéllos cuya variación no produce la aparición de enfermedad, pero si el riesgo de que pueda aparecer, pueden indicar susceptibilidad. En la enfermedad de Alzheimer, el más conocido es la ApoE4". Esto significa que, dependiendo del tipo de gen, los aspectos éticos son completamente diferentes. En el primer caso, es perfectamente ético hacer consejo genético, pero no ocurre lo mismo con los genes de ApoE4, que no implica que necesariamente se desarrolle la enfermedad.

Para este experto, uno de los aspectos más novedosos relacionados con la enfermedad es la farmacogenética, el estudio de los genotipos y cómo influyen en la eficacia de un tratamiento. ¿Se deben hacer estudios de farmacogenética? La realidad es que pueden ayudar a aumentar la efectividad de los fármacos, y esto permitirá desarrollar algunos específicos para determinados grupos de población. Pero esta teoría se complica cuando se relaciona con el manejo de la información. "Imaginemos que se ha realizado un estudio que demuestra que un determinado fármaco no es muy eficaz para un grupo de pacientes con un determinado genotipo. Lo lógico sería no utilizar ese fármaco en la práctica clínica, pero ¿se quedaría tranquila la familia? ¿No pedirían que se tratara a pesar de los resultados? Para poder pasar de la farmacogenética a la práctica clínica tendrán que organizarse por programas pilotos para ver qué efecto genera esta información" concluyó Molinuevo.

El diagnóstico precoz es la prioridad sanitaria más importante; le sigue a muy poca distancia la asistencia social y los problemas éticos que acarrea

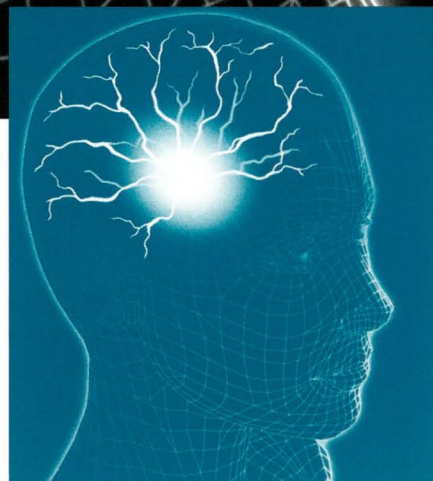
La complejidad del consentimiento informado

También existen diferencias en el ámbito de la investigación y la clínica respecto a la aplicación del consentimiento informado. Para Pablo Simón, de la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada, el consentimiento informado debe ser un proceso dialogado y enmarcado en un proceso comunicativo: "no debe convertirse en una mera entrega de papeles".

Los criterios para evaluar la incapacidad se basan principalmente en dos: si el sujeto es capaz de expresar una decisión y si puede comprender las cuestiones más relevantes. Cuando los resultados de los diferentes test que se utilizan para dicha evaluación demuestran la incapacidad del enfermo, podemos hacer uso de las voluntades anticipadas, teniendo en cuenta siempre que "el consentimiento informado no es sólo un requisito legal y que, además, la legislación no nos da todas las respuestas, por lo que es necesario el diálogo para conocer como actúan los familiares y cómo se evalúa la capacidad de decisión de un paciente".

La jornada La Investigación Clínica en la enfermedad de Alzheimer: Realidades y retos se celebró en Madrid el 29 de Noviembre de 2006

VIVIR
con...



EPILEPSIA

Según los datos aportados por la OMS, existen más 50 millones de epilépticos en el mundo de los cuales unos 400.000 se encuentran en España. Pero a pesar de ser tan frecuente, la epilepsia tiene todavía mucho de enfermedad estigmatizante. Los enfermos se quejan de las restricciones que se imponen en su vida diaria y los investigadores avanzan para encontrar nuevos tratamientos que redunden en un aumento de la calidad de vida de los afectados.

En los últimos años se han producido importantes avances en el conocimiento de los mecanismos básicos de la epilepsia que han dado lugar a hipótesis innovadoras de trabajo para el desarrollo de nuevos fármacos o nuevas técnicas terapéuticas. Además, métodos diagnósticos como el registro vídeo-EEG prolongado y las diversas técnicas de resonancia magnética

han permitido conocer antes y de forma más profunda la enfermedad. El reto está en encontrar fármacos antiepilépticos con menos efectos secundarios y avanzar un poco más en los tratamientos quirúrgicos de determinadas epilepsias no controladas con fármacos. Con el objetivo de realizar una puesta al día desde todos los puntos de vista (la ciencia básica, la clínica y los propios pacientes) varios expertos y familiares de enfermos se reunieron en la jornada *Vivir con epilepsia* en la que se escuchó con claridad las necesidades de los propios enfermos.

LOS AVANCES EN LA INVESTIGACIÓN

Desde hace varios años Lidia Alonso-Nanclares trabaja en el equipo dirigido por el Dr. Javier de Felipe del grupo de Neuroanatomía del Instituto Cajal. Antes de exponer los avances que se están llevando a cabo clarificó lo que sería una definición consensuada de epilepsia: "La epilepsia se puede definir como un síndrome crónico que se caracteriza por una hiperactividad sincrónica e intermitente de grupos de neuronas, lo que provoca la aparición de crisis epilépticas".

Gracias a las técnicas de imagen, la epilepsia también se puede "ver" en el cerebro: "en un cerebro humano, en condiciones normales, se distingue una parte más oscura, la corteza cerebral, organizada en columnas corticales, que integran la información que recibimos del mundo externo. Cuando se produce una alteración de los circuitos corticales se inducen modificaciones en el procesamiento de la información y, por tanto, en la función cortical. Estas modificaciones de los circuitos pueden dar lugar a la aparición de alteraciones y patologías como el retraso mental, la enfermedad de Alzheimer, la esquizofrenia o la epilepsia". Sin embargo, se desconocen los mecanismos patológicos que dan lugar a la aparición de estas enfermedades.

La epilepsia, confirmó esta experta, se asocia frecuentemente (30% de los pacientes) a la presencia de diversos tipos de lesiones. Los tumores son

una de ellas, aunque se sabe que un tumor no siempre provoca crisis epilépticas, incluso cuando está localizado en las mismas estructuras cerebrales. Esta particularidad ha hecho que los científicos se pregunten cuáles son las alteraciones de los circuitos sinápticos necesarias para inducir epilepsia, y por qué algunos pacientes responden al tratamiento con fármacos, mientras que otros no. Si un 20-30% de los pacientes no responde al tratamiento farmacológico, en estos casos la cirugía se plantea como una alternativa para paliar o eliminar las crisis.

Bajo esta premisa se ha descubierto que la esclerosis del hipocampo es la alteración más encontrada. En estos casos se observa una pérdida de células en determinadas regiones y se pueden ver claramente zonas donde hay pérdida neuronal. Sin embargo, esta esclerosis no es una entidad única y de hecho las alteraciones no son iguales en todos los pacientes. "Actualmente estamos analizando estas diferencias en las

alteraciones con el objetivo de correlacionarlas con los resultados previos a la cirugía. Hemos observado que, en muchos casos, la lesión está exclusivamente

en el hipocampo y la corteza es normal; incluso aunque muestre actividad epileptiforme se considera que es una actividad propagada desde el hipocampo debido a que existen numerosas conexiones entre éste y la corteza lateral".

La experiencia de muchos cirujanos refleja que si la resección incluye la corteza lateral el paciente



tiene mejor pronóstico, es decir, las crisis disminuirán o cesarán más, que si sólo se eliminase el hipocampo. “Esto nos hizo pensar que existen alteraciones en la corteza lateral de los pacientes epilépticos que no se detectan mediante las técnicas convencionales y eso explicaría por qué algunos pacientes con esclerosis que han sido operados continúan teniendo crisis después”. Los trabajos del grupo de Alonso-Nanclares intentan caracterizar estas zonas de corteza que contienen las alteraciones para identificarlas antes de la cirugía. El objetivo es poder modificar los límites de la resección para que la intervención sea más eficaz y quede restringida a las zonas de la corteza que pueden intervenir en la aparición de la epilepsia.

Otro de los estudios que se están llevando a cabo en el laboratorio es la vascularización en la corteza cerebral de pacientes epilépticos, mediante el marcaje con fosfatasa alcalina. La importancia de estos trabajos es que tienen una aplicación directa en el tratamiento de la epilepsia ya que puede ocurrir que la resonancia magnética no muestre alteraciones aparentes, pero al analizar el hipocampo en el laboratorio se observe

esclerosis con pérdida en la vascularización del hipocampo.

ABORDAJE INDIVIDUALIZADO

El camino de un enfermo epiléptico se inicia cuando aparece la primera crisis. Los síntomas llamativos y alarmantes pueden bloquear a las personas que permanezcan al lado del enfermo, por lo que los neurólogos se esfuerzan en recordar lo que se debe y no se debe hacer ante una crisis. Así lo apuntaba el Dr. Gil-Nagel: “no hay que intentar restringir los movimientos ni introducir objetos en la boca o administrar bebidas o alimentos. Hay que evitar por todos los medios posibles que se haga daño, esperar pacientemente a que termine la crisis colocando al paciente sobre un costado”.

La importancia de los cuidadores

Existe un número importante de epilepsias, normalmente en la infancia, relacionadas con retrasos psíquicos de diverso grado y que continúan posteriormente a lo largo de la vida, lo que hace necesario la labor de un cuidador.

En este caso, la presidenta de la Federación Española de Epilepsia destacó que las consecuencias que suponen los cuidados de un epiléptico grave, físicas y emocionales, suponen una carga que rompe todas las estructuras, creando un verdadero caos familiar. “Se debe facilitar la comunicación con el enfermo: escuchar y compartir sus sentimientos y emociones y tratarle con ternura, cariño y comprensión, sin olvidar que el 80% de los cuidadores experimentan estrés, cansancio, agotamiento, ansiedad problemas de salud, enfados, depresión. La familia debe apoyarse, unirse, dialogar en común y discutir la mejor forma de cuidar al enfermo”.

Las primeras crisis han de conducir al paciente a un servicio de urgencias y de allí al neurólogo, donde se plantea una pregunta común a todos los especialistas. ¿Debemos establecer tratamiento ante una primera crisis? "Como argumento a favor, el más evidente es el riesgo de que se repita esa crisis y que pueda provocar algún tipo de accidente; en contra, los efectos

adversos de la medicación y la evidencia de que no ofrecemos a nuestros pacientes un tratamiento curativo, sino una *protección* que tendrá que suspenderse en un momento determinado".

Uno de los problemas es conseguir el equilibrio en las restricciones en las actividades cotidianas para evitar riesgos

Sin embargo, para este experto no hay dudas a la hora de instaurar un tratamiento ante la primera crisis cuando el EEG muestra actividad epileptiforme, aparece una lesión cerebral en la resonancia magnética o el TAC, en la exploración o en determinadas situaciones especiales como la repercusión que pueda tener en el ámbito social del enfermo o, incluso, en el laboral.

La epilepsia cambia la vida del enfermo, pero ¿existe evidencia de que sean necesarias las restricciones que padecen con frecuencia? Además de establecer el tratamiento más adecuado, uno de los problemas que más preocupa a los neurólogos es conseguir un equilibrio con las restricciones en las actividades cotidianas de los pacientes para evitar riesgos. Tradicionalmente, continuó Gil-Nagel, la lista de restricciones es muy larga: se recomienda a los enfermos procurar no tener falta de sueño, evitar las tensiones y el estrés, la estimulación luminosa intermitente, la cafeína, el ejercicio físico... pero la evidencia demuestra que algunas de estas limitaciones quizá no deban seguirse de manera tan estricta.

Se sabe que la falta de sueño total puede desencadenar crisis en algunos enfermos (sobre todo en la epilepsia generalizada primaria) pero la carencia de sueño parcial (haber dormido pocas horas o mal) no tiene una influencia marcada. ¿Cuáles deben ser, entonces, las recomendaciones? "Es aceptable



Francisca Lozano, Presidenta de la Federación Española de Epilepsia



Antonio Gil-Nagel, Neurólogo. Especialista en Epilepsia, Hospital Ruber Internacional



Lidia Alonso-Nanclares, Grupo Neuroanatomía, Instituto Cajal. CSIC

trasnochar, pero si es posible recuperar el sueño perdido". Respecto al estrés, sabemos que puede precipitar una crisis en una pequeña proporción de enfermos, pero la eliminación total del estrés no es posible ni deseable. También se ha comprobado que las técnicas de relajación tienen una utilidad limitada en la prevención de crisis.

EPILEPSIA Y ALCOHOL

El alcohol es otra de las restricciones que normalmente se impone a los enfermos de epilepsia. Es cierto, afirmó el doctor Gil-Nagel, que muchos estudios han relacionado la aparición de crisis en alcohólicos en abstinencia o con una intoxicación aguda grave, pero hay escasez llamativa de estudios sobre la relación con el consumo moderado de alcohol. A pesar de ello, las restricciones están muy extendidas. Uno de los trabajos que analizó este hecho estudió en la consulta a un grupo de enfermos que no bebían alcohol antes o lo hacían de forma esporádica. Dos veces por semana durante 16 semanas tomaron 1-3 bebidas durante 2 horas (naranja y vodka con naranja). Los resultados no mostraron cambios en la frecuencia de crisis. "Aunque el abuso de alcohol es nocivo para las personas con y sin epilepsia, parece que su consumo en cantidades moderadas (hasta dos copas) no tiene por qué causar problemas".

La relación de la estimulación luminosa con las crisis es una preocupación muy frecuente; ¿hay que evitar las luces, los videojuegos? A pesar de todas las noticias divulgadas sobre lo peligroso de la estimulación luminosa, un estudio realizado en 1999 con 212 enfermos con epilepsia no fotosensible demostró que no se producía un aumento de las crisis. Esta evidencia, "nos hace recomendar que, si no existe una respuesta fotoparoxística en el EEG, no es necesaria ninguna precaución", afirmó. En los casos en que haya respuesta fotoconvulsiva, basta con poner en marcha medidas como ver la

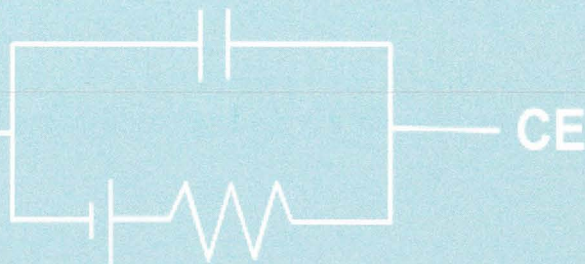
televisión a determinada distancia, evitar la luz intermitente o utilizar pantallas de plasma. En cuanto al consumo de cafeína no hay evidencia de que el consumo moderado (una o dos tazas de café al día) empeore las crisis.

Por último, los enfermos epilépticos suelen hacer ejercicio con mucha cautela, pero para el Dr. Gil-Nagel las crisis en relación con ejercicio son muy raras y más podrían preocupar los riesgos de accidentes en algunos deportes: "el ejercicio es beneficioso, se debe animar a todos a practicarlo".

Y es que, para este experto, la imposición de restricciones generales en enfermos con epilepsia dificulta su integración social. Como en todo lo que tiene que ver con el abordaje de esta enfermedad, es necesario llevar a cabo un estudio individualizado que particularice, también, las restricciones.

HACIA LA ACEPTACIÓN Y LA INTEGRACIÓN

Hay un sentimiento común a todas las personas que han tenido una crisis epiléptica: "Ha destruido mis ilusiones". Cualquier crisis significa un quiebre en las actividades cotidianas del individuo. "Produce un impacto en la calidad de vida del paciente y desencadena diferentes respuestas emocionales tanto en la persona con epilepsia



como en la familia. Se repiten sentimientos como angustia, desasosiego, ansiedad descontrol... y es que el enfermo, además de a sus propios prejuicios y miedos debe enfrentarse también al rechazo de la sociedad". Estas fueron las palabras de Francisca Lozano, Presidenta de la Federación Española de Epilepsia y madre coraje, de una niña con una epilepsia grave.

Si la primera crisis es un hito en la vida del enfermo y de los familiares, el diagnóstico puede sumir en la desesperación. "Cuando se diagnostica una epilepsia -afirma Francisca-, la vida familiar, laboral y social se altera por completo". La primera reacción es de negación y por eso se busca

una segunda opinión "esperando que otros especialistas nos digan lo que queremos escuchar". Pero la experiencia dice que el miedo y la incertidumbre son pésimos compañeros de viaje y, a pesar de la rebeldía inicial, con la aceptación se

El enfermo, además de a sus propios prejuicios y miedos, debe enfrentarse también al rechazo de la sociedad

acaba superando los primeros miedos. La familia, en esta situación, juega un papel fundamental. Cuando apoya al enfermo y acepta la enfermedad como una etapa más de la vida transmite la tranquilidad que el enfermo necesita.

Pero aunque se superen los escollos familiares, pueden persistir problemas con los amigos, el trabajo... La epilepsia siempre ha estado condicionada al rechazo social, a menudo debido al desconocimiento de la propia patología.

Francisca se refirió también a problemas menos subjetivos: "la epilepsia produce una carga económica y social muy importante en la familia y en la sociedad. Un epiléptico tiene unos gastos extra de 275 euros mensuales y no debemos olvidar que en muchos casos los ingresos hospitalarios provocan más gastos, se produce absentismo laboral, bajas prolongadas".

Francisca tiene claro, por propia experiencia, que el primer paso para aceptar la enfermedad es confiar en el equipo de profesionales que atienden al enfermo y acudir a las asociaciones de pacientes: "si aceptas tu enfermedad, los obstáculos desaparecen".

La conferencia Vivir con epilepsia se celebró el 16 de noviembre de 2006

Consumo apropiado de alcohol en jóvenes ¿por educación o por prohibición?

Toda recomendación sanitaria lleva implícita un juicio acerca del valor de la salud y del precio a pagar para conservarla o mejorarla. Entre salud y libertad, en muchos casos, parece como si se impusiera la salud.

El debate sobre los límites de la libertad individual y los de las recomendaciones sanitarias ha tenido su mejor ejemplo en la renuncia del Gobierno al desarrollo del anteproyecto de la *Ley de Medidas Sanitarias para la Protección de la Salud y la Prevención del Consumo de Bebidas Alcohólicas por Menores*, la *Ley Anti-alcohol*. Más allá del enfrentamiento técnico sobre si se necesitaba una nueva ley, o si bastaba con la simple modificación de la vigente *Ley del Vino y de la Viña*, la discusión se ha centrado en si se deberían poner barreras específicas a la publicidad y promoción del consumo de bebidas alcohólicas en los menores de edad, o si deberíamos fiar el consumo responsable a la educación. Es decir, las pautas saludables en jóvenes, ¿se logran por la educación, por la prohibición, o por una mezcla de ambas?

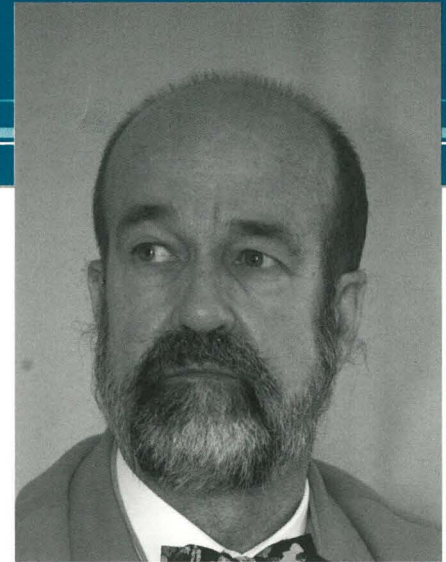
Las pautas saludables en jóvenes, ¿se logran por la educación, por la prohibición, o por una mezcla de ambas?

A veces la salud se pretende imponer por ley. Existen países en los que la salud es un derecho constitucional; la actual constitución brasileña lo hace constar explícitamente. Por el contrario, no se refleja tal derecho en la constitución española, ni existía en el proyecto de constitución europea. En realidad, nadie puede ofrecer la salud como quien oferta la libertad de expresión o de movimientos. Si la salud fuera un derecho constitucional, el sufrimiento, las enfermedades y la muerte serían anticonstitucionales. Otra cosa es el derecho al acceso a los cuidados necesarios para restablecer la salud, o las normas que intentan evitar daños para la salud derivados de la actividad industrial, por ejemplo.

La salud es un bien difícil de definir, pero que supone un potencial para realizar actividades acordes a la edad y circunstancias del sujeto. Ese potencial nos es dado desde la concepción por la genética y por el ambiente. Lo

Juan Gérvas

Médico General, Equipo CESCA, Madrid



lógico es la protección y promoción de dicho potencial para lograr su efectiva y máxima realización. En la promoción y protección de la salud entra el derecho a la atención clínica, al acceso a un servicio sanitario, pero también se encuentra, por ejemplo, la normativa acerca del transporte de mercancías peligrosas, que trata de evitar daños potenciales. Es frecuente que la promoción y protección de la salud entre en conflicto con las libertades individuales. Por ejemplo, la normativa sobre vacunaciones, que a veces exige alguna pauta específica para la escolarización, o para conceder visados. También las normas sobre la habitabilidad de la vivienda, que se imponen con unos mínimos insoslayables. O la legislación sobre el consumo de drogas, que limita estrictamente el consumo de algunas (tabaco y marihuana) y prohíbe el comercio de muchas (como cocaína y heroína). También la normativa acerca del uso de cinturón de seguridad, o el suministro de agua potable con condiciones fijas y universales.

Estos ejemplos demuestran la imposición de normas y conductas que en la persecución de una mejor salud limitan parcialmente la libertad personal.

Valores sociales

Como toda legislación, la promoción y protección de la salud refleja los valores sociales imperantes en su época. Por ello, las limitaciones previamente señaladas a las libertades personales resultan cambiantes. Así,

La deriva biopolítica transforma las situaciones excepcionales que regulan conductas personales en un entramado de leyes que definen campos en los que se pierde la libertad individual

el desarrollo de las teorías eugenésicas a comienzos del siglo XX justificó muchas normas hoy inaceptables, como la castración obligada de algunos individuos con problemas físicos y/o mentales no sólo en Alemania, sino también en EE.UU. y Suecia. Estas normas son expresión de una deriva biopolítica, en la expresión de Michael Foucault. Es decir, son reflejo de una injerencia pública justificada por el bien común, o incluso personal, en la conducta individual mediante regulación normativa de hábitos y comportamientos.

La deriva biopolítica transforma las situaciones excepcionales que regulan conductas personales en un entramado de leyes y normas que cada vez definen más campos en los que se pierde la libertad individual, sin que quede claro el beneficio en salud ni pública ni personal. En concreto, en los menores de edad ¿hay que limitar, prohibir o educar para el mejor consumo de bebidas alcohólicas? En un ejemplo extremo, ¿es correcto prohibir conductas

ancestrales como dar anís, u otras bebidas alcohólicas, a los lactantes para calmar su llanto? En general, ¿qué límites marcar en la promoción del consumo de bebidas alcohólicas en niños y adolescentes? La respuesta depende del punto de vista considerado y del contexto social y cultural de un entorno geográfico concreto.



La sociedad adopta posturas muy diversas ante el alcohol. Así, se ha calculado en los 30 países de la OCDE el *Índice de Políticas sobre el Alcohol*, mediante la valoración nacional de normas y reglamentos respecto a las bebidas alcohólicas y su disponibilidad, contexto de uso, precios, propaganda y manejo de vehículos. Con un máximo de 100 puntos en las condiciones ideales de mejor política de uso de las bebidas alcohólicas, la media es de 42 puntos en el conjunto de los países de la OCDE. La puntuación máxima la obtiene Noruega, con 67 puntos, y la peor Luxemburgo, con 14. España obtiene 41 puntos. Tras Luxemburgo, de peor a mejor, se sitúan Suiza, Alemania, Austria, Francia, Portugal, Dinamarca, Italia, Holanda, Chequia, Reino Unido, Grecia, Irlanda y España.

El *Índice de Políticas sobre el Alcohol* es criticable, pero necesitamos instrumentos de este estilo que pongan en contexto los hechos para entender,

por ejemplo, el reciente fracaso de la *Ley Anti-alcohol* en España. Pues, aunque el consumo de vino en España ha descendido a la mitad en los últimos 30 años, el de bebidas alcohólicas (vino, cerveza y licores) ha aumentado

Conviene distinguir la educación, que depende más de la familia y de la sociedad, de la formación, que depende más de la escuela

en los jóvenes. También ha cambiado la forma de beber, hasta convertir el "botellón" en un problema médico, social y de orden público. Como es natural, el consumo de alcohol se asocia al tabaquismo, igual que en los adultos, y no

resulta extraño que sean los adolescentes el grupo en que crece sin control el número de fumadores de tabaco.

Educación, formación

Habría que preguntarse por las razones profundas de ese doble aumento de consumo de drogas legales, por las raíces de un cambio

radical de conducta. Tal vez el análisis nos lleva a proponer medidas simples y difíciles, como mejora de la educación formal hasta el nivel de Finlandia y Japón, préstamos y viviendas accesibles para facilitar la independencia de los jóvenes, fomento y prestigio de la formación profesional, y otras que se salen del marco de este texto.

Si aceptamos que los niños no deberían consumir alcohol (lo que suele depender de padres y familiares conscientes), cabe fiar el consumo apropiado del alcohol por los jóvenes a los programas de educación, a las actividades rutinarias o específicas de formación para un uso razonable del alcohol en adolescentes. Conviene distinguir a este propósito la educación, que depende más de la familia y de la sociedad, de la formación, que depende más de la escuela. Con la simple formación no basta, pues el conocimiento no transmite *per se* actitudes y formas de comportamiento. La educación tiene más posibilidades, en cuanto ayuda a que el adolescente adquiera pautas de conducta que le facilitan el dar respuestas adecuadas en las situaciones en que se

CON MANO **ajena**

consume alcohol. Pero la familia tiene muchas posibilidades de fracasar si la sociedad lleva otros derroteros. La reducción en el consumo de alcohol no puede basarse en una política exclusiva sobre tal consumo. Hay que contar con los dispositivos sanitarios y comunitarios, por

ejemplo. Así, el consejo del médico de cabecera, cuando es oportuno y adecuado, tiene eficacia a este respecto, aunque no tan clara como contra el tabaquismo. En otro ejemplo, las noches de viernes y sábados tienen que llenarse de alternativas lúdicas en las que el alcohol no sea necesario. Es decir, habría que potenciar los locales y la actividades en fines de semana que, siendo lúdicas, no se asocien al consumo habitual del alcohol. Por ejemplo, todo tipo de deportes para que los jóvenes puedan practicarlos y competir; también el cine y el teatro, y hasta el mantener abiertas las bibliotecas y fomentar en ellas la discusión y el debate.

El discurso previo prende con facilidad. Conviene, no obstante, la evaluación. En un problema aparentemente más concreto, como la evitación del embarazo indeseado en adolescentes, han fracasado todas las intervenciones intentadas. Son inútiles tanto las clases específicas sobre sexo, como las clínicas en escuelas, los centros de planificación familiar y los programas basados en la comunidad. De hecho, algunas intervenciones evaluadas, como los programas para promover la abstinencia sexual, se asocian a más embarazos indeseados. No basta con la buena intención. El consumo de alcohol es una conducta compleja en nuestra sociedad y no se logrará un consumo responsable en jóvenes con medidas simples y con intervenciones y actividades bien intencionadas. Se impone la evaluación y la precaución.

En este marco de evaluación y precaución hay que integrar las medidas legales, no tanto de prohibición como de limitación. Es decir, precisamos de una *Ley Anti-alcohol* que promueva el consumo responsable a través de un conjunto de medidas de sentido común respaldadas por planes de evaluación y de

Precisamos de una *Ley Anti-alcohol* que promueva el consumo responsable a través de medidas de sentido común respaldadas por planes de evaluación y de investigación

investigación que permitan la adaptación al medio y ambiente concreto (y, llegado el caso, el abandono de las intervenciones inútiles y peligrosas). Las bebidas alcohólicas comportan un riesgo para los adolescentes

que justifica la intervención pública específica para limitar su propaganda, comercialización y consumo en este grupo de población. Renunciar a dicha intervención es renunciar a defender la salud pública, sin lograr a cambio mayor libertad individual, sino mayor dependencia de una droga dura, con todas sus consecuencias.

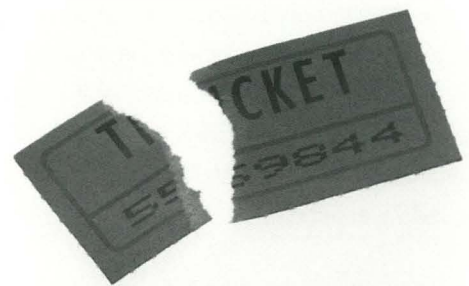


Una ceremonia privada

En verano es cuando más voy al cine. Me gustan la oscuridad de las salas, ese frescor como de iglesia que las altas paredes retienen, la rara sensación de alivio que me embarga en cuanto ocupo mi butaca, siempre una butaca de pasillo, siempre que puedo en el pasillo derecho. Suelo ir a la sesión de las nueve, cuando menos gente hay, y si he visto todas las películas de la cartelera recurro a la filmoteca o a los pocos cineclubs que mantienen su programación en estas fechas.

Lo que voy a contar me ocurrió en la filmoteca. Aquel día, dentro de un ciclo titulado "Cine y deporte", ponían una película sobre un modesto equipo de fútbol que, contra todo pronóstico, lograba el triunfo en el campeonato de la Liga. Había oído hablar de ella, pero no porque gozara de especial prestigio entre los críticos e historiadores cinematográficos sino porque era una de las pocas películas que se habían rodado íntegramente en la ciudad, y en su momento, finales de los años cincuenta, ese rodaje había constituido todo un acontecimiento local. El hecho de que nunca la hubieran reestrenado ni pasado por la televisión me había llevado a creer que acaso se formarían largas colas de gente a la entrada de la filmoteca.

Había algo chocante en su actitud, algo extemporáneo que inducía a pensar en la Gran Vía de Madrid y en los estrenos de antaño



Nada más lejos de la realidad. Llegué con un cuarto de hora de antelación y no había nadie esperando ante la taquilla. Me acomodé después en mi butaca junto al pasillo y fui contando la gente que entraba: una pareja de novios, un hombre con gafas, tres chicas con aspecto de estudiantes...

Ellos entraron a las nueve en punto. Me llamaron la atención por su atuendo demasiado formal (él llevaba un traje de lino, elegante aunque pasado de moda, con un pañuelo gris asomándole por el bolsillo; ella, un vestido

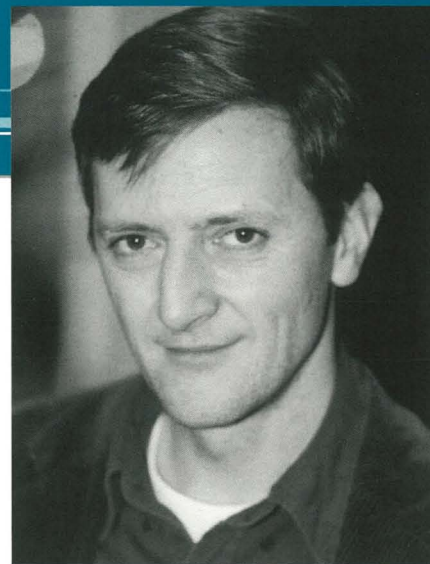
Ignacio Martínez Pisón

Escritor

estampado y un hilo de perlas a juego con los pendientes) y por la ceremoniosa perplejidad con que se comportaban. Les vi detenerse en mitad del pasillo y mirar a todas partes como esperando la llegada del acomodador. Les vi también avanzar unos pasos cogidos del brazo, consultarse un instante con la mirada y decidirse finalmente por unos asientos en la fila anterior a la mía. Había algo chocante en su actitud, algo extemporáneo que inducía a pensar en la Gran Vía de Madrid y en los estrenos de antaño, con los flashes de los fotógrafos lanzando destellos y Ava Gardner recorriendo entre aplausos una alfombra interminable. Se apagaron las luces, y el hombre, de unos setenta años, rodeó con el brazo derecho el hombro de la mujer.

La película no podía ser más rancia y previsible: unos jóvenes que sueñan con un triunfo inalcanzable, el desánimo en el que les sume la inesperada lesión de un delantero, la aparición de un nuevo entrenador (sacerdote, por cierto) que les devuelve la fe en la victoria... A su nulo interés se añadía el engorro de tener que aguantar los frecuentes comentarios del matrimonio de la fila anterior. Eran comentarios hechos siempre a media voz, breves preguntas que intercambiaban entre ellos, exclamaciones apenas contenidas, y las aisladas protestas de los otros espectadores sólo servían para que

Estaban allí para convocar su juventud, la época en que fueron felices y hermosos, y la melancolía que teñía sus palabras me sedujo



© Rui Sousa 2004

guardaran silencio durante un minuto y luego volvieran a hablar como si tal cosa.

- Mira a Tono, siempre con el pañuelo en la manga -murmuraba él.
- Y ése, ¿no es Esteban? -preguntaba ella.
- Esteban, Varona, Currito, Salas... -recitaba él de corrido, mientras en la pantalla aparecían los jugadores entrando en el vestuario.

Hablaban como si estuvieran solos. Rememoraban anécdotas de un pasado risueño (¿te acuerdas de cuando le robaron la ropa a Cardoso y tuvo que subir al autobús envuelto en una toalla?, ¿y de cuando Quimet encontró entre el público a su hermano, al que no veía desde hacía años?), y las protestas de los espectadores fueron poco a poco espaciándose hasta acabar extinguiéndose. De algún modo, todos los que estábamos allí habíamos llegado al convencimiento de que el espectáculo carecería de sentido sin esos

comentarios, de que ese hombre y esa mujer formaban parte de la película y la ennoblecían, de que habían convertido una anodina sesión de cine en algo único e irrepetible.

- ¿Y ése?, ¿cómo se llamaba?, ¿Amando?
- Amando no, Amador. Al año siguiente se fue cedido al Hércules.
- Sí, Amador, ya me acuerdo. Se casó con una morena guapetona y tuvieron gemelos.

Pasaban unos segundos y volvían a hablar. A veces discutían, pero sin ganas, deseando darse mutuamente la razón.

- ¡Tú!, ¡ése eras tú!, ¡el que le ha dado con el pecho!
- No era yo. Era Ochoa.

- Que sí. Que seguro que eras tú.
- Era Ochoa. Siempre nos confundían.
- ¡Qué va a ser Ochoa!

Estaban allí para convocar su juventud, la época en que fueron felices y hermosos, y la melancolía que teñía sus palabras me sedujo con tal intensidad que hasta me cambié de butaca para oírles mejor. Lo hice del modo más discreto posible. Me sentía como un intruso, como si estuviera asistiendo a una ceremonia privada a la que no había sido invitado.

En algunas ocasiones, el hombre comenzaba una frase y la mujer la completaba:



CON MANO **ajena**

- A Eutimio pocos lograban quitarle el balón...
- Y nadie nunca consiguió tirarlo al suelo.

En otras, sus frases se encabalgaban y entretejían, y lo hacían de un modo extrañamente armonioso, como si en realidad no hablaran dos personas diferentes sino una sola con dos voces distintas.

- Con las primas de aquella temporada Tinín se compró un coche...
- Un MG descapotable. Le gustaba tanto la velocidad...
- Qué lástima lo de Tinín...
- Con lo divertido que era...

En algún momento comprendí que lo que estaban convocando no era su pasado sino a sus muertos. Supongo que lo comprendí cuando escuché los primeros sollozos. A partir de ese instante, si decían un nombre, no decían Esteban sino pobre Esteban, y si decían Ochoa o Eutimio lo hacían para recordar cómo habían muerto: de cáncer Ochoa, de un infarto Eutimio. Y la mujer sollozaba con más fuerza y el hombre la consolaba con caricias.

- Ése sí que eras tú -dijo ella después.
- Sí. Ése era yo.
- No me digas que era Ochoa.
- No te lo digo. Era yo -dijo él, con la voz ya entrecortada.

Desde entonces hasta el final de la película no volvieron a hacer ningún comentario. Lloraban nada más. Lloraban los dos, y su llanto, aunque débil, se hacía audible por encima de los diálogos y la música, por encima del ruido de las carreras y los balonazos, por encima también del ensordecedor griterío con que el estadio celebraba la victoria de su equipo.

En algún momento comprendí que lo que estaban convocando no era su pasado sino a sus muertos. Supongo que lo comprendí cuando escuché los primeros sollozos

Terminó la película. Pasaron los créditos y se encendieron las luces, pero nadie en la sala se movió. Permanecimos inmóviles hasta que la

pareja se levantó. La mujer se enjugaba las lágrimas con el pañuelo gris del hombre.

- Pero tú estás igual -dijo ella-. No has cambiado nada. Un poco menos de pelo, pero nada más.

A pasitos cortos llegaron hasta el pasillo. Allí se detuvieron para darse un beso y cogerse del brazo. Se hicieron también algún arrumaco. Se comportaban como si fueran una pareja de jovencitos, pero a mí me parecieron más viejos que al principio, unos ancianos. Recorrieron despacio el pasillo hasta llegar a la salida y desaparecer detrás de la cortina. Sólo entonces nos levantamos los demás y fuimos lentamente abandonando la sala.



Ciclo de Entierra de Nadie

CONVERSACIONES SOBRE CIENCIAS Y LETRAS

LA CREATIVIDAD

En tierra de nadie: conversaciones sobre ciencias y letras pretende reunir en un mismo foro dos puntos de vista que en los últimos siglos han evolucionado a la vez que se alejaban. Sin embargo, las ciencias y las letras mantienen muchos espacios comunes y se podría decir que responden a un mismo impulso de conocimiento de la realidad. La creatividad es uno de estos temas de conversación que acorta una vez más las distancias.

¿Cómo llega el ser humano a realizar una obra de arte? ¿Cómo consigue formular una ley científica o descubrir algo que cambiará el futuro? ¿Por qué el hombre es capaz de hacer, inventar o pensar con originalidad? Se han dado numerosas explicaciones sobre la creatividad, tanto desde un punto de vista filosófico, como psicológico e incluso biológico, y en lo que coinciden todas es que la actividad creadora del ser humano es una característica peculiar de su condición.

Albert Einstein, paradigma de científico creativo expresaba así este impulso creativo: "No tengo ningún talento especial. Lo que soy es

apasionantemente curioso... [y es más] cuando me examino y examino mi método de pensar, creo casi llegar a la conclusión de que el don de la fantasía [la imaginación] ha significado más para mí que mi talento para asimilar el conocimiento absoluto".

Para hablar sobre la creatividad en dos ámbitos tan dispares -pero tan unidos- como la ciencia y la literatura se reunieron dos ilustres "creativos". Alberto Galindo es Catedrático de Física Matemática de la Universidad de Zaragoza y de Física Teórica de la Universidad Complutense de Madrid. Entre sus libros, trabajos dedicados al análisis funcional, la teoría de grupos y álgebras de Lie, los grupos y mecánica cuántica, la teoría de campos, las partículas elementales... En la actualidad, es presidente de la Academia de Ciencias Exactas, Físicas y



De izquierda a derecha, Luis Mateo Díez, José Miguel Colldefors y Alberto Galindo

Naturales. Frente a él, o mejor dicho, a su lado, el escritor y académico Luis Mateo Díez, uno de los narradores más reconocidos en el panorama literario actual. Premio Nacional y Premio de la Crítica, su obra ha sido traducida a numerosos idiomas y es un punto de referencia en la novela contemporánea.

Dos *auctoritas* en ámbitos muy diferentes que, sin embargo, encontraron mucho espacio en común.

José Miguel Colldefors, patrono de la Fundación de Ciencias de la Salud y moderador de la mesa, recordó una cita de Steiner muy significativa: “existen cuatro dominios en los que los hombres parecen elevarse por encima de su propia condición: la música, la poesía, las artes, la metafísica especulativa y las matemáticas puras”. Y es que este ciclo, *En tierra de nadie*, pretende superar la polarización de las dos culturas. “Ha habido que lamentar cierta displicencia mutua entre ciencias y letras, una pelea entre hermanos que ha durado demasiado tiempo” afirmó el moderador, pero si uno profundiza en la mente del científico o del humanista es posible que encuentre un punto en común que destaca entre otros: la creatividad. Y es que, como afirmó Goethe, “los matemáticos tienen la reputación completamente falsa de llegar a conclusiones infalibles, pero puede que sean sólo el producto de una imaginación libre y creadora”.

¿CON IMAGINACIÓN BASTA?

Alberto Galindo reconoce que todos los científicos han conocido épocas de brillante creatividad y épocas de melancólica sequía. Y todos reconocen que “el relámpago de la creación llega a los científicos en

situaciones inesperadas: mientras dormita, mientras pasea o cuida a sus hijos”. Pero la imaginación en solitario no es suficiente. Para un científico, la imaginación de forma aislada te lleva a redescubrir caminos ya explorados, de la misma forma que tampoco el esfuerzo por sí solo es suficiente.

Y es que la ciencia *per se* crea progreso, se basa en un concepto de avance: “la ciencia es una empresa colectiva - afirmó Galindo- en la que se avanza porque uno aprovecha lo andado por el otro; nos apoyamos sobre hombros de gigantes o sobre millares de tumbas. Es una especie de trabajo en cadena, pero eso no es un demérito para la ciencia, porque una vez que se hace, ahí queda para la eternidad. En cambio, las aportaciones artísticas son más brillantes, pero también más fugaces. Puede que las tragedias de Esquilo terminen pasando, pero los principios descubiertos por Newton permanecerán siempre. Si Newton no hubiera existido, tal vez llevaríamos un siglo de retraso, pero si Cervantes no hubiera escrito, la cadena literaria no se habría roto, aunque se hubiera perdido una obra maestra”.

Peter Medawar en su libro *La amenaza y la gloria* define la creatividad como “la facultad de la mente o espíritu que nos permite dar existencia desde la nada a algo bello, ordenado o significativo”. Para el matemático, no hay diferencia cualitativa entre la creación artística y la científica pues el acto de creación es esencialmente el mismo en todos los contextos. “La ciencia es la poesía de las ideas lógicas, decía Einstein, y es que a los científicos nos gusta pensar que tenemos un humilde rincón en el Parnaso junto a los músicos y a los poetas”.

LA VERDAD Y LAS PALABRAS

La ciencia no sabe qué es la verdad. En la ciencia natural no hay certezas. El fin de la ciencia es meterse



el mundo en la cabeza, pero no tanto para conocer las verdades sino para crear otros modos de entender las cosas. No en vano

Voltaire afirmó que había mucha más imaginación en la cabeza de Arquímedes que en la de Homero.

Y es que una condición esencial para la condición científica es mantener la proporción adecuada entre disciplina y fantasía, como si se tratara de una mezcla entre el espíritu clásico y el romántico.

Para Galindo, entre la ciencia y la poesía hay un parecido formal, ya que ambas buscan encajes de palabras o símbolos para transmitir las ideas. "Criaderos de estrellas, viento solar, quintaesencia que acelera la expansión del universo... son términos científicos que connotan imágenes poéticas y que nunca serían rechazadas por un poeta".

Las palabras son el vehículo que permite transmitir los conocimientos científicos. "Gauss era lingüista, y otros muchos científicos han transmitido sus ideas a través de la poesía. Sólo a partir de la revolución industrial se enfrentan la ciencia y la poesía. Dicho enfrentamiento llegó a hacer decir a Newton que la poesía era una especie de tontería ingeniosa". Pero en el fondo, científico y poeta persiguen el mismo fin: conocer el mundo. "Los científicos, lo hacemos porque queremos sentirnos seguros, pretendemos comprender el mundo, evitar la sorpresa. La ciencia se ocupa más de responder el cómo, aunque los científicos también guardan en su corazón la pregunta del por qué, sin respuesta".



"Los científicos han conocido épocas de brillante creatividad y periodos de melancólica sequía"

"A los científicos nos gusta pensar que tenemos un humilde rincón en el Parnaso junto a los músicos y a los poetas"

ESCRIBIR DESDE LA NADA

Luis Mateo Díez recurrió al Diccionario para iniciar su conferencia y allí encontró la primera acepción que se da al vocablo *crear*: "producir algo de la nada". Si en la ciencia esta nada está llena de deudas (la experiencia de los que antes crearon) en la literatura "un autor puede tener un mayor grado de originalidad, romper con lo que puede haber de herencia, permitirse no sentarse en la propia tradición a pesar de que, como creador de ficciones, uno utiliza las palabras y el lenguaje que posee una larguísima historia que ha llegado al autor a través del aprendizaje".

Pero es cierto que el escritor para crear se instala en la nada, "un ámbito interior que parece el fondo de un pozo del que se extrae un mundo, una realidad concreta. La imaginación es un resorte rescatador de cosas que están en la nada y que sólo existen cuando alguien las saca". Para Mateo Díez, la imaginación no proviene de la nada más absoluta, sino de un poder que algunos tienen no se sabe muy bien por qué: "la imaginación se nutre de la propia experiencia de vivir. Es el fermento de la memoria".

"La ciencia es una empresa colectiva en la que se avanza porque uno aprovecha lo andado por el otro; nos apoyamos sobre hombros de gigantes"

A diferencia del científico, el escritor se mueve en una estructura más misteriosa, pero se acerca al científico en tanto que también quiere meterse un mundo en la cabeza.

Sin embargo, el escritor no se retira del mundo (como podría hacer el científico en su laboratorio), sino que escribe desde el compromiso de la propia vida. "Eso es lo que me puede dar suficientes resortes para crear otras vidas de ficción. Los personajes de mis novelas no existen, pero tienen que ver con muchos seres humanos que yo he conocido y conmigo mismo" afirmó Luis Mateo Díez.

El escritor tiene una especie de libertinaje creativo que le hace jugar con sus personajes, con sus situaciones y que le aleja de la concepción creativa del científico, que cuenta con un límite que es la propia naturaleza, un material que no se puede trastocar ni alterar.

EL OBSERVADOR LITERARIO

Descubrir es esencial en la investigación científica y el escritor, aunque de otra manera, también indaga. "El arranque creativo suele estar en una imagen. Un buen creador de ficciones suele ser un gran observador, un mirón que sostiene siempre una tensión de alerta. Esa idea se desarrolla en el fluido de las propias palabras que establecen una trama y se expanden. El creador y el científico crean en la soledad y desarrollan un trabajo basado en el esfuerzo personal, "somos personas que tenemos deudas profundas con el tiempo y la sociedad en que vivimos" destacó Mateo Díez.

Y es que existe un impulso creador que incita a escribir o a investigar, como si en la vida siempre hubiese un vacío que llenar irremediablemente, aunque no se reconozca, aunque nadie lo espere o necesite. En esto se distinguen los escritores y científicos: en muchas ocasiones hacen lo que necesitan sin ningún grado de reconocimiento: "uno escribe aunque no tenga lectores ni editores y otro investiga aunque no se vea una aplicación inmediata". La creatividad, no tiene barreras.

La mesa redonda sobre La creatividad se celebró en Madrid, el 15 de junio de 2006

"La imaginación se nutre de la propia experiencia de vivir. Es el fermento de la memoria"

"El creador y el científico crean en la soledad y desarrollan un trabajo basado en el esfuerzo personal"

"El escritor para crear se instala en la nada, un ámbito interior que parece el fondo de un pozo del que se extrae un mundo"



DEL PASADO **al presente**

Historia, medicina y ciencia en tiempos de la II República



La II República llegó en primavera, como una explosión floral. El voto popular decidió sustituir a la monarquía y Alfonso XIII, sólo 36 horas después de conocer los resultados, renunciaba al trono y abandonaba España. Había nacido, en medio del clamor popular, la II República. Los políticos de este nuevo gobierno eran herederos del espíritu regeneracionista del 98, y accedieron al poder con intenciones reformadoras acordes con su vocación intelectual. "La República aspira a transformar la realidad española hasta lograr que España sea una auténtica democracia. Y no lo será mientras la mayoría de sus hijos, por falta de escuelas, se vean condenados a perpetua ignorancia". Así rezaba uno de los primeros decretos del Gobierno provisional. Se proponían cambiar España pero no tuvieron el tiempo necesario para lograr sus objetivos. Su intento, sin embargo, ya ha pasado a la historia con letras de plata.

"Las elecciones celebradas el domingo, me revelan claramente que no tengo hoy el amor de mi pueblo. Mi conciencia dice que ese desvío no será definitivo, porque procuré siempre servir a España, puesto el único afán en el interés público, hasta en las más críticas coyunturas. Hallaría medios sobrados para mantener mis regias prerrogativas, en eficaz forcejeo con quienes las combaten. Pero, resueltamente, quiero apartarme de cuanto sea lanzar a un compatriota contra otro, en fratricida guerra civil".

Éstas fueron las palabras con las que se despidió el rey Alfonso XIII cuando conoció el resultado abrumador a favor de la instauración de la República. Era el 14 de abril de 1931, una fecha que la historia reciente se empeñó en olvidar a golpe de

silencio y desprecio. Este año se celebra el 75 aniversario y la II República se ha convertido en objetivo libre de prejuicios para historiadores y estudiosos. Alejados de puntos de vista parciales, nadie pone en duda que en esos años se vivió una auténtica edad de plata cultural. Escritores, pintores, músicos y científicos se multiplicaron en un escenario propicio a la innovación y a la creatividad. Había que sacar a España de la oscuridad, y los intelectuales habían pasado a ocupar puestos de relevancia en los distintos gobiernos.

Recuperar esta etapa ha sido el objetivo de la tercera edición del ciclo *Desde la memoria*, una mirada a un periodo que se inició, en palabras de Javier Puerto, director del ciclo, "con tremendas expectativas, que finalizó de la peor de las maneras posibles y a la que es difícil acercarse sin exponerse a remover viejos fantasmas".

La historia social

Una de las razones por las que la II República sigue manteniendo el interés de los historiadores es porque se trata de una de las experiencias democráticas más recientes de nuestra historia. Juan Pablo Fusi, catedrático de la Universidad Complutense de Madrid, recordó que la II República llegó impulsada por un vigoroso movimiento popular cuya manifestación más evidente fueron las elecciones municipales del 12 Abril de 1931. "Nunca se supo el resultado real de esas elecciones. No se realizó el recuento último porque, a medida que se iban viendo los resultados y se constataba el fracaso de las candidaturas monárquicas, el rey Alfonso XIII decidió abandonar España rápidamente, lo que permitió que se proclamara la República sólo dos días después". Fue una proclamación pacífica, en la Puerta del Sol madrileña, y con una ceremonia muy emocionante: Maura, el más conservador del gobierno provisional, hace cuadrarse a la Guardia Civil en el edificio de Correos diciendo "paso al gobierno de la República".

Sin embargo, y a pesar del apoyo popular, para el profesor Fusi "la II República no consiguió estabilizar la política, no fue un régimen de consenso y tampoco logró satisfacer muchas de las expectativas".

Al primer tercio del siglo XX se le ha denominado la Edad de Plata de la cultura española por la calidad y el protagonismo de los intelectuales, literatos y artistas

¿Cómo era la España republicana? Tenía entonces unos veintitrés millones de habitantes y sólo entre Madrid y Barcelona se repartían millón y medio. En los años veinte se había acelerado el

primer proceso de modernización (carreteras, automóviles, electrificación...) y regiones como Cataluña y Madrid habían experimentado cambios considerables. En 1930 más del 50% de la población activa española

trabaja en la industria o en el sector de servicios; el 42 % vivía en ciudades de tipo medio, el 15% en ciudades de más de 100.000 habitantes, y sólo el 34% en núcleos de menos de 5.000 habitantes. A pesar de este evidente proceso de cambio, España no se podía considerar ni siquiera un país semindustrial. Según Unamuno, España en 1933 era un país de "pequeña burguesía urbana y rural", y Azaña afirmaba que convivían ciudades de gran modernidad con zonas profundamente atrasadas.

El espíritu reformador

Durante los sucesivos gobiernos republicanos siempre se mantuvo la idea de reforma. Una reforma, explicó Fusi, que se concretó en cuatro grandes proyectos: la reforma agraria, la militar, la territorial y la educativa y social. La República fomentó numerosas iniciativas para impulsar la cultura: las Misiones Pedagógicas (1931), la Universidad Internacional de Verano (1933), el teatro universitario "La Barraca", la Feria del Libro... y tantas otras que aún hoy continúan vigentes.

DEL PASADO **al presente**

Escritores, pintores, músicos y científicos se multiplicaron en un escenario propicio a la innovación y a la creatividad. Había que sacar a España de la oscuridad

La reforma agraria pretendía la división de los latifundios y la creación de una sociedad de propietarios medios para luchar contra el atraso rural. La territorial procuró acabar con el centralismo y dar autonomía a

las regiones, y la militar creó un ejército subordinado al poder civil y adecuado al momento. Pero la reforma más profunda y contundente fue para muchos la de la educación y de la sociedad: "se introdujeron medidas laicistas como el divorcio, tal vez en respuesta a la excesiva influencia de la Iglesia, a la que el nuevo Gobierno culpaba del atraso del país". La Constitución de 1931 introdujo la prohibición de la enseñanza de las órdenes religiosas, la libertad de cultos, la supresión de presupuesto del clero y una serie de medidas encaminadas a la secularización de la sociedad y a disminuir el poder moral que tenía la Iglesia sobre la sociedad a través de sus órganos educativos.

Fue precisamente la naturaleza excesivamente reformadora de estos cuatro proyectos lo que provocó parte del proceso de polarización política y social que se dio en esta etapa. "La reforma agraria -afirmó el profesor Fusi- exigía la ruptura de los latifundios y tenía una carga ideológica contra la aristocracia que encarnaba el régimen monárquico. Pero la transformación era también técnicamente muy compleja y exigía enormes gastos presupuestarios; se pretendía conseguir 60.000 pequeños propietarios y apenas se llegó a 5.000; el gobierno de derechas de la CEDA la interrumpió".

Sin embargo, la reforma militar se planteó muy bien técnicamente. Se aspiraba a reducir el ejército y a cambiar su distribución territorial, por lo que se optó

La Constitución, aprobada en diciembre de 1931, reflejó el ideario republicano:

- **Soberanía popular. Se declaraba al nuevo estado español como una República democrática de trabajadores de todas clases.**
- **Sufragio universal masculino y femenino. Tras un largo y complejo debate en las Cortes, las mujeres españolas obtuvieron el derecho de voto.**
- **Extensa declaración de derechos y libertades.**
 - **Derechos civiles: divorcio, equiparación hijos legítimos e ilegítimos.**
 - **Derecho a la educación.**
- **Por primera vez en nuestra historia, se establece el derecho de las regiones a establecer Estatutos de Autonomía.**
- **Se establece un estado laico:**
 - **Separación de la Iglesia y el Estado.**
 - **Desapareció el presupuesto de culto y clero.**
 - **Prohibición de ejercer la educación por parte de instituciones religiosas.**
 - **Libertad de conciencia y cultos.**

Historia, medicina y ciencia en tiempos de la II República

por retirar a aquellos que no mostrasen su adhesión a la República.

La reforma territorial también estaba bien programada. La República definía a España como un estado integral y reconocía el derecho a la autonomía de las regiones, pero jamás utilizó la palabra nacionalidad. España era una nación con tres regiones con una identidad acusada: Cataluña, País Vasco y Galicia, pero no contemplaba que el resto de las regiones pudieran llegar a la autonomía. Por último, Fusi reconoce que la reforma de la sociedad y de la educación era necesaria pero que chocó plenamente con la Iglesia. Esto propició, en parte, que en las elecciones de 1933 triunfara la derecha, una derecha prácticamente inexistente al inicio de la República y que fue reconstruyéndose a través de la CEDA como partido católico.

La CEDA era un partido socialcristiano que nunca se sintió identificado con la República. La respuesta a su llegada al poder fue la Revolución de Octubre de 1934 en Asturias, promovida por el Partido Socialista. "La revolución dejó unos 1500 muertos y el mito obrero asturiano, sin embargo fue un desgraciado error de la izquierda" opinó Fusi.

A pesar de ello, el Frente Popular ganó las elecciones de febrero de 1936 y mantuvo la idea de volver al espíritu de 1931. Fue el principio del fin de la República. Los militares empezaron a conspirar a partir de este triunfo y su postura se afianzó con el asesinato de Calvo Sotelo el 13 de julio de 1936. El

El primer bienio republicano, el llamado reformista o social-azañista, sentó las bases de profundas reformas en la organización y la asistencia sanitaria



De izquierda a derecha, Juan Pablo Fusi, Pablo Martín Aceña y Josep Lluís Barona

fracaso del golpe de estado motivó la Guerra Civil: 500.000 muertos y 450.000 exiliados permanentes. Un dramático final para la edad de plata.

La revolución sanitaria

Josep Lluís Barona, catedrático de Historia de la Ciencia de la Universidad de Valencia se centró en la situación de la sanidad durante los años de la II República, una de las áreas que más reformas tuvo. El primer bienio republicano, el llamado reformista o social-azañista, sentó las bases de profundas reformas en la organización y la asistencia sanitaria, impulsadas principalmente desde la dirección general de sanidad por Marcelino Pascua. La difícil situación de la población rural no sólo protagonizó importantes conflictos sociales, también puso en primer plano la sanidad rural como un elemento prioritario de acción política.

La conferencia europea de higiene rural celebrada en Budapest (1930) y Ginebra (1931) por la Sociedad de Naciones, fue una iniciativa del gobierno español. "Al proponer la conferencia internacional, el gobierno pretendía acordar los principios fundamentales para la más eficiente organización de la salud pública y la asistencia sanitaria en las comunidades rurales", destacó Barona.

DEL PASADO **al presente**

Conviene recordar que a comienzos del siglo XX, el 80% de la población española vivía en un ámbito rural. El resto, la urbana, es la que vivía en las capitales de provincia, a menudo en poblaciones que apenas alcanzaban unas decenas de miles de habitantes. Tanto en un caso como en otro, lo habitual eran las escasas infraestructuras de salud pública (sistemas de alcantarillado y aguas potables, separación de aguas sucias, luz eléctrica y unas viviendas saludables). El 22 de abril de 1932 se publicó una orden ministerial que introducía cambios en el modelo de organización sanitaria de las áreas rurales. 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 fomentar la higiene de los hábitos de vida mediante la educación y la propaganda, sin olvidar la coordinación de políticas sanitarias públicas.

Los inspectores sanitarios y los gobernantes del primer bienio republicano (1931-1933) asumieron que la atención sanitaria era muy deficiente, incapaz de satisfacer las necesidades de la población, como expresaban los indicadores epidemiológicos, claramente negativos en comparación con otros países europeos. Se evidenció la necesidad de desarrollar políticas de medicina social fundamentadas en la coordinación entre asistencia médica y atención social.

La política sanitaria del primer gobierno republicano desencadenó 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 un colectivo importante de médicos que formaron un *lobby* sanitario interno, que ejerció un papel crucial en su estrategia política. La *Asociación de Médicos y Farmacéuticos Titulares* tenía también un gran peso e influía en la posición política de radicales y republicanos, que enfocaban la sanidad desde la óptica del ejercicio profesional liberal.

Además de poner en marcha un sistema estatal de servicios médicos públicos, la II República también intentó extender la asistencia sanitaria a

todos los sectores de la población. Para los que no podrían pagar una asistencia médica -obreros, campesinos y jornaleros-, seguía vigente la ley de beneficencia de 1855. En algunas zonas rurales las carencias favorecieron soluciones como el sistema de igualas, mediante el cual las familias pagaban un honorario o tasa fija a los facultativos para recibir asistencia médica. A pesar de todo, 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 sanidad durante el gobierno del Frente Popular

El 4 de noviembre de 1936 el gobierno del Frente Popular creó un nuevo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, que no tenía precedentes, adjudicándole competencias que antes se encontraban principalmente en los ministerios de Gobernación y Trabajo. Al iniciarse la Guerra Civil, el movimiento anarquista desplegó

una fuerte actividad revolucionaria en el campo sanitario. Su objetivo era la descentralización con una red sanitaria de base comarcal y planes locales, y un modelo de acción sindical que tuviera un control efectivo de las directrices del ministerio.

La creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social llegaba en plena guerra, por lo

Historia, medicina y ciencia en tiempos de la II República



Asistencia sanitaria a los niños refugiados

que proyectos políticos más ambiciosos tuvieron que quedar relegados a la urgente tarea de "cuidar de la salud de España, procurar que la guerra no produjera epidemias y no las extendiera". Pero la campaña militar arruinaba las arcas públicas y la capacidad financiera del Ministerio era ínfima. Sin embargo, quiso destacar Barona, "resulta muy significativo que las condiciones de salud de la población apenas experimentaran un deterioro palpable durante la primera etapa de la guerra. Durante el periodo de estancia del gobierno en Valencia, la sanidad civil apenas sufrió cambios, mientras que la sanidad militar fue reorganizada por el inspector médico Planelles, uno de los técnicos más prestigiosos, desde Madrid".

El 14 de enero de 1937 se publicó el decreto de creación del Consejo Nacional de Asistencia Social. Esta iniciativa representaba una ideología de protección social pública inédita en la historia de España y que se recuerda con nombre propio: Federica Montseny. La primera ministra de sanidad española contraponía la eugenesia propugnada por el fascismo a una sociedad proteccionista inspirada

en los valores cristianos, y hacía de ello un programa de acción política, a pesar de sus escasos recursos.

A comienzos de 1937 diversas comisiones internacionales de expertos sanitarios visitaron el país. La más importante, la Sociedad de Naciones, afirmó que las infraestructuras sanitarias constituían una organización bien consolidada en todo el territorio. "Al estallar la guerra -concluyó Barona- el sistema sanitario español contaba con unos 20.000 médicos formados en diez facultades de medicina. Se creó la cartilla sanitaria del combatiente y dos casas de reposo para combatientes. Después, se propuso transformar a fondo las condiciones de acogida, sustento y educación de los niños abandonados". Así lo expresaba Montseny: "Yo quería que desaparecieran los asilos, que desaparecieran las inclusas; yo quería que desapareciera la tristeza de los hijos sin padre y de los hijos sin madre".

Pero a pesar de todas estas reformas, Barona reconoció que "la intensa crisis social y sanitaria provocada por la Guerra Civil colapsó el normal funcionamiento de los servicios sanitarios, deterioró la alimentación y el estado de salud de la población, que experimentó un espectacular retroceso durante la posguerra".

El resurgir de la ciencia

"La II República tuvo una vida breve pero eso no fue obstáculo para que se pusieran en marcha un buen número de iniciativas sociales y novedades políticas. En lo que a la ciencia se refiere, sus aportaciones fueron mucho menores". Para José Manuel Sánchez Ron, catedrático de Historia de la Ciencia de la Universidad Autónoma de Madrid, la razón de esta diferencia está, en primer lugar porque era necesario consolidar el incipiente rumbo que había tomado desde principios de siglo la investigación científica en España. Aunque no se había prestado el apoyo necesario como para acercarse a las grandes naciones, sí se habían instalado pilares importantes que era preciso seguir cuidando. En segundo lugar, muchos de los políticos de la República fueron "intelectuales de letras", aunque Negrín y Giral destacaron en el ámbito de la bioquímica y la fisiología, y las preocupaciones iniciales de la República en el ámbito de la educación fueron por otras direcciones. Había que superar una etapa de la historia de España en la que la educación estaba en manos de la iglesia y de los grupos más reaccionarios y por eso el

gobierno consideró más urgente reformar las enseñanzas primaria y secundaria que la superior, que es donde se mide realmente la salud científica de un país.

Aún así, se llevaron a cabo algunas reformas muy importantes. Una de las instituciones centrales de la regeneración científica fue la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas, que se crea en 1907 pero que encuentra el clima propicio para su consolidación en la II República. Muy relacionada con la Junta, se constituyó también la Fundación de Investigaciones Científicas y Ensayos de Reforma, cuya principal contribución fue la creación de centros de investigación dentro y fuera de la capital, como los Institutos de Investigaciones Vinícolas o de Economía.

También, en febrero de 1932 se inaugura el Instituto Nacional de Física y Química que sustituía al viejo Laboratorio de Investigaciones Físicas fundado en 1909 y dirigido por Blas Cabrera. "Era un paso hacia la internacionalización de la ciencia en España -reconoció Sánchez Ron- la joya

Entre 1900 y 1936, en la ciencia española se produce un salto cuantitativo y cualitativo de una envergadura desconocida desde el siglo XVI

de la corona de la ciencia española, la culminación de una línea de política científica. Aquellos físicos y químicos habían elevado el nivel de investigación española", si bien, con modelos de investigación bastante estereotipados, según palabras de científicos extranjeros que visitaban el centro.

Las ciencias biomédicas tuvieron mejor salud que las ciencias fisicoquímicas o matemáticas. A pesar de que la escuela de Cajal fue maltratada durante el régimen de Franco, especialmente en los primeros años, la bioquímica prospera en

España, lo que no evitó a Pío del Río Ortega escribir al Presidente de la Junta de Ampliación de Estudios para poner de manifiesto la falta de centros neurológicos y la necesidad de buscar recursos en otros países.

Y tal vez porque el espíritu de la República era reformar, algunos científicos se vieron conducidos a entrar en la vida política, algo que posiblemente no habían imaginado ni deseado, pero que de alguna forma motivó la aparición de una joven tradición científica que se truncó pocos años después con la Guerra Civil.

La hemorragia del exilio

Si para Sánchez Ron la reforma científica no fue tan acusada como en otras áreas, Luis Enrique Otero Carvajal, Vicedecano de Estudiantes y Extensión Universitaria de la Universidad Complutense de Madrid, defiende que para evaluar la situación de la ciencia en este periodo hay que hacer referencia a la llamada edad de plata de la ciencia española,



De izquierda a derecha, José Manuel Sánchez Ron, Gonzalo Anes y Luis Enrique Otero Carvajal

Historia, medicina y ciencia en tiempos de la II República

relacionada directamente con la Junta de la Ampliación de Estudios.

Entre 1900 y 1936, en la ciencia española se produce un salto cuantitativo y cualitativo de una envergadura desconocida desde el siglo XVI. Sólo durante la Ilustración se intentó dar un paso hacia Europa, pero el temor a sus aires innovadores de las elites políticas y religiosas frustró este intento de avance. La sombra llegó hasta el siglo XIX, lo que supuso grandes dificultades para que entraran en España las nuevas corrientes científicas. Así ocurrió cuando González Linares explicó en la Universidad la *Teoría de la Evolución* y le expulsaron de su cátedra junto a otros profesores. En 1876 este grupo de docentes crea la Institución Libre de Enseñanza, encabezada por Giner de los Ríos.

La solución a los males del país es la apuesta por Europa y por la modernidad. Ya no vale mirar al pasado sino al futuro. Todos los partidos están de acuerdo en que la mejor manera de sacar a España del atraso es a través de la educación, por lo que hay una apuesta clara por elevar el nivel educativo. En este contexto ideológico, la Junta de Ampliación de Estudios es un excelente medio para modernizar los sistemas educativos, ya que permitió a muchos jóvenes conocer las universidades europeas. Supuso la siembra de los cimientos para la aparición de los estudios científicos: "fue innovadora en una Universidad anquilosada en la repetición memorística y con alergia a los planteamientos modernos de la Ciencia, con el corsé de un catolicismo radical", destacó Otero Carvajal.

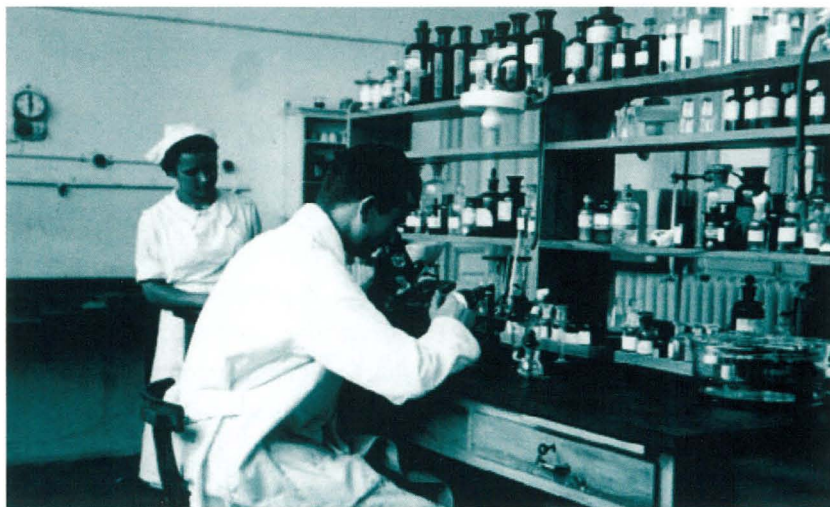


Imagen de un Instituto Provincial de Higiene

Los jóvenes becados se convirtieron en los años 20 y 30 en profesores y catedráticos de las universidades, lo que generó un fuerte rechazo en los sectores más conservadores. "Pero lo cierto es que los estudiantes que salían al extranjero adquirieron un nivel muy superior a los que se quedaron aquí, y los más conservadores se dieron cuenta de que estaban perdiendo el futuro", afirmó este experto.

Con la caída de la República, muchos de los intelectuales y científicos con un ideario moderno -liberal o conservadores, daba lo mismo- se encontraron en tierra de nadie, "sospechosos para los sublevados y para los republicanos". La "depuración" promovida por el gobierno franquista tuvo un marcado carácter ideológico y fue más allá del compromiso político. Se persiguió todo

lo que representaba la modernidad que defendía la Junta. Una circular del 7 de diciembre de 1936 y que firmaba José María Pemán, presidente de la Comisión de Cultura y Enseñanza, reflejaba claramente las intenciones del nuevo gobierno: "el carácter de la depuración que hoy se persigue no es sólo punitivo, sino también preventivo; es necesario

garantizar a los españoles que no se volverá tolerar a los envenenadores del

El fusilamiento del maestro fue una especie de acto ritual promovido por los franquistas para terminar con la propagación de los ideales educativos de la República

alma popular, catedráticos y profesores que a través de instituciones como la llamada Libre de Enseñanza forjaron generaciones incrédulas y anárquicas". Otro texto que ejemplifica los postulados ideológicos de la España nacionalista, el preámbulo de la Ley de 1939 por el que se crea el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, va más allá: "tal empeño ha de cimentarse ante todo en la restauración de la clásica y cristiana unidad de las ciencias destruida en el s. XVIII"; se pretendía restituir la ciencia española a la situación previa a la de Newton. Las palabras de Ibáñez Martín, Ministro de Educación, en 1940 son también esclarecedoras: "habíamos de desmontar el tinglado de una falsa cultura que deformó el espíritu nacional con la discordia, sepultada la Institución Libre de Enseñanza y sepultado su último reducto, la Junta, era vital para nuestra cultura amputar los miembros corrosivos, limpiar los elementos nocivos y, si alguna depuración necesitaba minuciosidad y entereza, era la del profesorado". Y lo lograron. En la universidad de Madrid, 267 profesores fueron sancionados, la mayoría separados de la enseñanza para siempre. De los 128 catedráticos en activo en julio de 1935, el 44% fueron sancionados: el 60% de medicina, 50% de ciencias, 42% derecho, 40% farmacia y 28% de filosofía. Se destruyeron todas las escuelas científicas o grupos de trabajo que tuvieran cualquier relación con la Junta. Profesores y discípulos sufrieron esta depuración. España no podía sufrir una peor hemorragia.

La creación intelectual

Al primer tercio del siglo XX se le ha denominado la Edad de Plata de la cultura española por la calidad y el protagonismo de los intelectuales, literatos y artistas del período. Este brillante grupo de intelectuales ha sido tradicionalmente clasificado en generaciones: la del 1898, la de 1914 y, finalmente, la de 1927. La Institución Libre de Enseñanza y otros organismos ligados a ella, como la Residencia de Estudiantes y el Instituto-Escuela, tuvieron un gran protagonismo en esta eclosión cultural. Intelectuales como Machado, Juan Ramón Jiménez, Julián Besteiro o Fernando de los Ríos proceden de estas instituciones.

Juan Carlos Mainer, catedrático de Literatura Contemporánea de la Universidad de Zaragoza, recordó que "la derecha más tradicional española solía decir que uno de los defectos de la II República era que se trataba de una República de intelectuales". Y lo fue en cierta medida. Su nacimiento viene

La obra del Socorro Rojo Internacional en Valencia

Una de las obras más meritorias y eficientes realizadas por el Socorro Rojo Internacional en Valencia es la de atender el Sanatorio Hospital Popular, en la Misericordia.

Desde luego, mucho antes de llegar al pie del edificio, se percibe todo una atmósfera de alegría y esperanza.

La construcción, en la que se trabajan los niños, es sencilla y moderna—es de una gran belleza. Viene hecha de doble cemento y alambres de alambre de longitud. El mar está a menos de un kilómetro de allí.

El Hotel Comedia Puerto se levantó del edificio, conservándolo y entregándolo al S. R. I. en mejores condiciones que aquellas en que fue encontrado. En el hotel continúan prestando sus servicios como en el momento de su construcción.

Hemos recorrido lentamente el edificio, en el que todo es método y organización, claridad y alegría. Cientos de niños, como en un jardín, se divierten en los patios, hacen cursos en esta hora lejana y dulce. En este Sanatorio Hospital se atiende principalmente a los niños de la zona y de otras zonas. Se han instalado toda suerte de operaciones de cirugía infantil.

Visto desde el mar, se ve al puerto, amablemente facilitado por el personal del establecimiento. En estos momentos hay hospitalizado un número de niños. Se han practicado y se practican, se han puesto y se ponen, se han hecho y se hacen aplicaciones de vacunas antídicas. Se han hecho cursos de higiene, de nutrición, de fisiología, de anatomía, de fisiología, de fisiología.



Recorte de prensa sobre la asistencia social y sanitaria a los niños refugiados

acompañado de un manifiesto de la Agrupación al Servicio de la República constituida por intelectuales y profesionales entre los que se encontraba Ortega y Gasset, Gregorio Marañón y Ramón Pérez de Ayala. Pero también había voces en contra. Wenceslao Fernández Flores, que en un principio acogió la República con moderado entusiasmo, publicó en 1933 una novela "Aventuras del caballero Rogelio de Amaral", en la que aparece un descarnado análisis de los protagonistas de la República: "unos señoritos de ateneo incultos que han ocupado el poder por la inhibición de los que lo ocupaban y siguen organizando la vida política en

Historia, medicina y ciencia en tiempos de la II República

función de sus manías y de sus intereses personales”.

Durante la República, la vida intelectual se promovió desde la educación. “Las escuelas se llenaron de niños y, si no había maestros suficientes, los cursillistas se ocupaban de la educación. Todos ellos fueron expulsados tras el golpe de estado”, destacó Mainer. Si para algunos republicanos el asesinato del cura párroco simbolizaba el final de una sociedad que se odiaba, el fusilamiento del maestro fue una especie de acto ritual promovido por los franquistas para terminar con la propagación de los ideales educativos de la República.

Las Misiones Pedagógicas se ocuparon de difundir la cultura entre una población mayoritariamente analfabeta. Se formaron bibliotecas ambulantes, se dieron conferencias, charlas, recitales de poesía, proyecciones de películas, exposiciones con reproducciones de obras del Museo del Prado... Las misiones pedagógicas que se llevaron a cabo por el mundo rural modificaron muchos de los puntos de vista de la sociedad. Para Mainer, “la huella más importante es la creación de una cultura de Estado, unos valores nacionales que se traducían en las artes”.

El adjetivo “republicano” era sinónimo de bueno, de moderno. Incluso, era republicana la obra de muchos artistas que no eran afines a la República como los cuadros del falangista Ponce de León o la revista Cruz y Raya de Bergamín. Lo republicano carecía de ese tono pasado de moda, cursilón, que había tenido

La República no implicó ninguna alteración en la enorme producción artística que se fraguó en el primer tercio del siglo XX, aunque lo que sí propició fue su difusión a través de la educación



De izquierda a derecha, José Carlos Mainer, María Tena y Francisco Calvo Serraller

la vida en los años de la dictadura o de la monarquía. El ideal republicano también llegó a la poesía más pura. En palabras de Juan Ramón Jiménez, era necesaria la “constitución de un estado poético en el que todos estaríamos en nuestro lugar, extremistas o transigentes de cada idea, donde la poesía tendría la virtud de llevarnos a todos nuestro propio centro”.

Las artes plásticas

Al contrario que en el ámbito literario, muchos de los artistas plásticos que fraguaron su obra en la II República pasaron gran parte de su vida fuera de España. “Las vanguardias estaban en París, y muchos de los artistas vivieron allí” recordó Francisco Calvo Serraller, catedrático de Historia del Arte de la Universidad Complutense de Madrid.

Pero a pesar de esta evidencia, la arquitectura vive en los inicios del nuevo siglo el período de apogeo del modernismo en Barcelona. Doménech y Montaner construye el Palau de la Música Catalana, y Antonio Gaudí marca la trama urbana de la ciudad con obras como la Casa Milá, la Casa Batlló y la Sagrada Familia.

En la pintura y la escultura conviven grandes artistas ligados a la tradición figurativa del escultor Mariano Benlliure o los pintores Zuloaga y Romero de Torres, con figuras clave en el desarrollo del arte mundial del siglo XX como Pablo Picasso. Junto a él, inician por entonces su carrera pintores como

Juan Gris, Joan Miró o Salvador Dalí, y escultores como Pablo Gargallo. En el cine, destaca la figura de Luis Buñuel, muy ligado a la generación de 1927. También es la época más brillante de la historia de la música española. Figuras como Isaac Albéniz, Enrique Granados y, sobre todo, Manuel de Falla marcan un momento muy brillante de nuestra música.

Pero no hay que olvidar que los artistas de la vanguardia plástica española, conscientes de que el mercado español es inexistente y muy hostil respecto a cualquier elaboración vanguardista, se marchan a París: "el objetivo de cualquier artista español con inquietudes, capacidad y ambiciones era irse fuera de España para medir sus fuerzas", afirmó Calvo Serraller. Para este experto, no existe una relación causal entre un régimen político y el florecimiento o decadencia de las artes: "En España, a mayor decadencia, mayor número de genios". La República no implicó ninguna alteración en la enorme producción artística que se fraguó en el primer tercio del siglo XX, aunque lo que sí propició fue su difusión a través de la educación.

Pero a pesar de los esfuerzos por difundir la nueva cultura, al pueblo le gustaba el arte más tradicional. Preferían, sin duda, al pintor Julio Romero de Torres "un personaje progresista y republicano que durante años se asoció con el franquismo por el mero hecho de ocupar la cara de un billete de 100 pesetas, y sin embargo su entierro fue verdadera manifestación obrera".



De izquierda a derecha, Javier Puerto, Enrique Moradiellos y Carmen Iglesias

Después de la Guerra, muchos de los artistas se vieron obligados a realizar cambios en su obra para garantizar su propia supervivencia: "tuvieron que ponerse camisa azul y hacer obras contra su propio sentir".

José Giral Pereira

La II República fue protagonizada por muchos intelectuales entre los que destacaron dos científicos, José Giral y Juan Negrín. Giral fue elegido presidente del gobierno de la República Española en el exilio en 1945. Antes, fue Ministro de Marina y tomó parte activa en el gobierno del Frente Popular. Javier Puerto retrató al personaje y profundizó en sus aportaciones a la II República.

Hijo de emigrante soriano y madre cubana, regresó a España presumiblemente después del desastre de 1898. Cursó la carrera de Farmacia y la de Ciencias en su rama de Químicas. En la Universidad formó parte de la Unión Universitaria, grupo que intentaba la regeneración de la enseñanza superior, alentado por Unamuno y Giner de los Ríos.

Pronto se trasladó a Salamanca y en 1914 abrió una farmacia junto a la Plaza Mayor que frecuentaba Unamuno. La admiración hacia Don Miguel había empezado en sus años de estudiante y en Salamanca se estrecharon los lazos. Giral participó en la huelga general revolucionaria convocada por la UGT en 1917, y después de que lo detuvieran, en Salamanca se corrió el rumor de que: "en la farmacia de Giral, hacían bombas".

En 1920 se marchó a Madrid y adquirió una farmacia. La rebotica la instaló en el entresuelo, en donde tenía una biblioteca muy bien dotada, una

Historia, medicina y ciencia en tiempos de la II República

excelente hemeroteca y el laboratorio de análisis químicos. Durante la dictadura de Primo de Rivera, organizó allí una serie de tertulias republicanas a las que también acudía Manuel Azaña: "allí -recordó Puerto- constituyen Acción Republicana. Pese a su discreción, fue conducido al arresto carcelario al menos en siete ocasiones".

Su relación con Azaña es cada vez más estrecha. En 1930 Gregorio Marañón abandona la presidencia del Ateneo y le sustituye Azaña, gracias al apoyo de Valle Inclán, a los jóvenes socios del Ateneo y a Giral, que era presidente de su sección de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales. El 7 de agosto se reúnen allí Lerroux, Azaña, Alcalá Zamora, Álvaro de Albornoz, Marcelino Domingo y Giral para preparar el encuentro de San Sebastián, en donde se llegó al pacto del mismo nombre, mediante el cual se coordinaban las acciones revolucionarias necesarias para derrocar la monarquía, se aceptaban las reivindicaciones autonomistas en el nuevo régimen y se establecían puentes de contacto con las organizaciones obreras.

En abril de 1931 Giral fue designado Consejero de Estado y, en octubre, Azaña pasa a Presidente del Consejo de Ministros y nombra a José Giral ministro de Marina. Su elección fue muy mal recibida por los conservadores y las fuerzas antirrepublicanas. "Comenzó el ninguneo de un personaje no demasiado hablador, algo tímido, pero extraordinariamente comprometido". Tras la derrota electoral de 1933 a favor de la derecha, nace Izquierda Republicana y Giral aparece en su Consejo

Nacional. El 25 de abril de 1935 es nombrado académico de la Real Academia Nacional de Medicina, en el homenaje, sus antiguos amigos, como Obdulio Fernández le aconsejan dejar la política y dedicarse a la cátedra. Su deriva hacia la izquierda no estaba bien vista, menos aún tras los sucesos revolucionarios de Asturias. Pero Giral contesta: "la Ciencia, que libera de supersticiones y prejuicios, me ha dado armas para la lucha política, con la precisión de sus métodos, y una y otra actividad tienen en común el ansia creadora, que es la constante inquietud del espíritu".

En 1936, con el Frente Popular al poder, Giral vuelve al Ministerio de Marina.

Negrín se convirtió en el máximo antagonista de Franco y llegó a personificar el espíritu de resistencia del bando republicano

Se rodeó de fieles republicanos, masones como él, que se mantuvieron firmes tras el golpe de Estado. El 18 de julio aceptó la presidencia del Gobierno tras haber dimitido Casares Quiroga y Martínez Barrio tras conocerse el golpe militar. A partir de ese momento tomó decisiones motivadas por la situación de guerra: licenció a

los soldados para evitar el fortalecimiento de los rebeldes y creó los batallones populares que luego serían el ejército republicano; estableció los tribunales populares, en un intento de acabar con el baño de sangre de la retaguardia; clausuró las organizaciones religiosas contrarias a la República, inició una cierta nacionalización bancaria y dio orden de sacar las divisas para pagar las armas republicanas. "Pese a la fugacidad de su gobierno, pese a sus terribles errores, pese a la mucha sangre que fue incapaz de detener, fue el primero en oponerse, con todas sus fuerzas, al golpe fascista. Con Negrín pasó a ser Ministro de Estado y encaminó todos los esfuerzos del Ministerio de Asuntos Exteriores a conseguir la ayuda de las democracias europeas, con el deseo de liberarse de la dependencia soviética. Poco a poco confluye con Azaña en la necesidad de alcanzar una paz a toda costa, frente a la posición de Negrín, partidario de mantener el esfuerzo de guerra a cualquier precio" defendió Javier Puerto.

Desde el exilio, Giral continuó luchando por la República. En 1945 es elegido Presidente del Gobierno de la República en el exilio y consigue el aislamiento internacional del régimen franquista en la ONU y la salida de embajadores de España. Giral fue un político al que le habría gustado dedicarse más a la ciencia. Su legado "una vida de compromiso, no meditada, sino urgida

por las circunstancias y un ejemplo de amor al ideario republicano. Prevalece su ejemplo de tolerancia con otras ideologías democráticas y, sobre todo, de oposición firme a la barbarie, pese a que los franquistas le presentasen durante años como protagonista del salvajismo desatado por ellos mismos", concluyó Javier Puerto.

Juan Negrín

Enrique Moradiellos se centró en la figura de Negrín, un personaje controvertido, al que se acercó con una mirada exenta de prejuicios.

Juan Negrín, prestigioso médico y fisiólogo, ocupó la jefatura de gobierno de la República española durante la mayor parte de la Guerra Civil. "En esa calidad el Dr. Negrín se convirtió en el máximo antagonista del general Francisco Franco y llegó a personificar el espíritu de resistencia del bando republicano con tanto fervor e intensidad como el caudillo llegó a representar

al enemigo vencedor -afirmó Moradiellos-. Un médico frente a un militar. Un dúo de antagonistas". Tanto Negrín como Franco habían nacido en 1892 (el primero en febrero, el otro en diciembre), ambos contaban con 44 años en el primer año de la contienda civil, ambos portaban consigo la aureola de un prestigio profesional fuera de toda duda (el uno en la ciencia, el otro en las armas), personificaban las dos grandes corrientes ideológicas en pugna por la hegemonía dentro de España (la modernización europeizante y democratizadora frente a la introspección ultranacionalista y reaccionaria) y ambos suscitarían, en mayor o menor medida, el entusiasmo de sus partidarios bélicos y el odio acérrimo de sus enemigos.

Representantes del gobierno español ante la Sociedad de Naciones



Historia, medicina y ciencia en tiempos de la II República

Negrín nació en Las Palmas en el seno de una familia de honda formación católica. Recibió una educación esmerada y estudió durante 10 años en Alemania, donde descubrió su pasión por la investigación científica. Era, además, un políglota, capaz de hablar alemán, inglés y francés con perfección y de manejar el ruso y el italiano con soltura. Con el aval de Ramón y Cajal y bajo el amparo de la Junta para Ampliación de Estudios, Negrín se estableció a mediados de 1916 en Madrid como director de un Laboratorio de Fisiología General creado expresamente para él en la Residencia de Estudiantes. Se sumaba así a la nómina de investigadores (también amigos personales) de primera fila que protagonizarían la edad de plata de la Ciencia española: Blas Cabrera; Antonio Madinaveitia; Pío del Río Hortega, etc.

Durante su estancia en Alemania, Negrín había madurado posturas políticas próximas a la socialdemocracia germana de claro matiz progresista que le llevaron a ingresar en el Partido Socialista Obrero Español en la primavera de 1929. Como tantos otros intelectuales de la época consideraba que el régimen republicano era el más idóneo para acometer la necesaria modernización política y social del país. A partir de entonces, Negrín fue abandonando la investigación científica en favor de la actividad política. En 1931 fue elegido diputado socialista por su ciudad natal, y siguió en primera línea durante todo el quinquenio republicano. Cuando estalló la guerra, Negrín se dedicó durante las primeras semanas a ayudar, como oficial de enlace, a las milicias republicanas que defendían Madrid del avance nacionalista en los altos de Guadarrama, pero pronto fue llamado por la dirección del PSOE para tareas más relevantes.

El oro de Moscú

A principios de septiembre de 1936 Negrín se convirtió en ministro de Hacienda de un nuevo gobierno de coalición frentepopulista presidido por Largo Caballero. Su decisión más importante (y polémica) como ministro de Hacienda fue la de utilizar las reservas de oro del Banco de España para sufragar el pago de las armas, los servicios y los suministros requeridos por una República aislada diplomáticamente y carente de recursos propios. "Al margen de la maraña de críticas y deformaciones interesadas provocadas por esta decisión, resulta evidente que las medidas dictadas por Negrín fueron decisivas y posibilitaron la supervivencia económica y financiera de la República", aseguró Moradiellos.

El momento culminante de la carrera política de Negrín llegó en mayo de 1937. Las fuerzas de seguridad republicanas aplastaron una rebelión anarquista en Barcelona. Esta crisis fue el punto culminante de la división interna en el bando republicano. Como resultado, Azaña llamó al doctor Negrín para hacerse cargo de la jefatura de un nuevo gabinete republicano. Ante el imparable avance de la ofensiva franquista durante el mes de enero de 1939, Negrín dispuso que las fuerzas militares republicanas sirvieran como escudo protector de una retirada masiva relativamente ordenada y gradual hacia la frontera francesa. Como resultado de la primera iniciativa, el 9 de febrero de 1939, poco antes de la llegada de las tropas nacionalistas, más de 400.000 republicanos españoles (civiles y militares) cruzaron la frontera y entraron en Francia como exiliados políticos. Entre ellos figuraba el presidente de la República, Manuel Azaña.

La historia recuerda a Negrín por su deseo de no rendición. En una tensa reunión celebrada en Albacete el 16 de febrero de 1939 con los mandos militares dice: "como el enemigo no quiere pactar, la única solución es resistir. Pedir la paz significa provocar una catástrofe". También se le recuerda por su pretendida simpatía hacia el comunismo, aunque la decisión de apoyar a las democracias europeas cuando estalla la II Guerra Mundial revela la falta de veracidad de esta leyenda.

Negrín dimitió oficialmente de su cargo de jefe del gobierno de la República en el exilio en México el 17 de agosto de 1945. Dispuso que a su muerte (en noviembre de 1956), su familia entregase a las autoridades españolas toda la documentación concerniente al envío de las reservas de oro a la Unión

DESDE LA MEMORIA



Comité Científico

D. Javier Puerto *Director del Ciclo*

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

D. Gonzalo Anes

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

D. Diego Gracia

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

D^a Carmen Iglesias

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

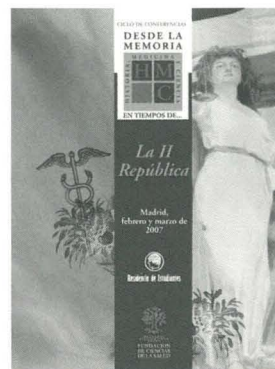
D. José M. Sánchez Ron

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

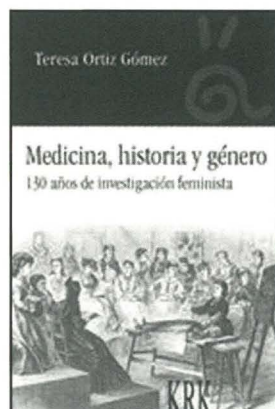
D^a María Tena

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

Soviética durante la guerra civil para probar que había sido gastado íntegramente en aras del bando republicano. "Por supuesto, las autoridades franquistas silenciaron que su contenido desmentía el socorrido mito propagandístico del oro español robado por los republicanos y despilfarrado en Moscú. Así, fue tejiéndose la espesa malla de silencio, olvido e incomprensión que aún hoy sigue envolviendo en gran medida la figura política y humana del doctor Negrín".



Las conferencias del ciclo Desde la memoria, iniciativa conjunta con la Residencia de Estudiantes, se celebraron durante los meses de febrero y marzo de 2007



Teresa Ortiz

**MEDICINA, HISTORIA Y GÉNERO.
130 AÑOS DE INVESTIGACIÓN
FEMENINA**

Oviedo, KRK, 2006, 368 Pág.
ISBN: 978-84-96476-52-3

Como en la mejor Escuela

Por María Jesús Santesmases

Teresa Ortiz ha hecho acopio de saber y de buenas prácticas narrativas para ofrecer un producto bibliográfico sin precedentes en España: un libro que introduce, condensa y guía por la historia de los estudios sobre mujeres en la

historia de la medicina y sobre la historia de los estudios feministas de medicina y salud de las mujeres. Y todo eso toma la forma de una autobiografía intelectual.

Teresa Ortiz es no sólo una de las especialistas españolas pioneras en estudios de medicina y género, que ha explorado la historiografía sobre mujeres y medicina con éxito y resultados influyentes, sino que además ella misma ha construido su biografía profesional como agente en una especialidad, la del feminismo en historia de la medicina, sobre la que ha enseñado y estudiado en España durante años. Se ha hecho parte de la genealogía que ha contribuido a construir.

Esa reflexividad es uno de los principales valores del libro, porque se detecta carente de redundancias y circularidades de ninguna clase y se centra en explicaciones sobre cómo se construyen tanto el recurso intelectual y

retórico del feminismo en historia de la medicina como el análisis de sus

componentes conceptuales y prácticos. Con material intelectual de intensidad emotiva, la narración se mueve en ese terreno delicado y apasionante entre el saber académico y la experiencia personal.

Siglo XX: mujer e igualdad

Los estudios feministas tienen una misión original, cual era -y se mantiene- recuperar a las mujeres que han contribuido a construir el conocimiento actual, en este caso sobre medicina. De una aparente complementariedad sencilla como es la supuesta entre hombres y mujeres parece haber derivado una categoría jerárquica que subordinó a las mujeres e hizo líderes a los hombres. Llegado el momento de escribir sobre historia de la medicina, las mujeres no parecían haber contribuido. Y

cuando quisieron entrar en las facultades de medicina se produjeron muchos tipos de oposiciones que trataron de evitarlo. Pero las mujeres crearon mecanismos propios

de acceso y el mito de la igualdad fue extendiéndose con éxito desigual, y

**Con material intelectual
de intensidad emotiva, la
narración se mueve en
ese terreno delicado y
apasionante entre el saber
académico y la
experiencia personal**

parcial, a lo largo del siglo xx. Ese es el siglo que Teresa Ortiz repasa para ofrecer vías que le permiten explicar cómo el feminismo académico emergió como área de influencia en la cultura disciplinar de la reconstrucción histórica de la medicina y la salud.

Como el repaso es reflexivo, Ortiz es parte de su relato y no se constituye como agente ajena ni neutral. Ha buscado, y lo sigue haciendo, a las mujeres y sus opiniones sobre mujeres y a los hombres que se han ocupado de mujeres; ha construido historias coherentes, ha dado coherencia al curso de la historia de los estudios feministas. Repasa con detalle el proceso que ha permitido incorporar a la academia la experiencia social de las mujeres. La sociedad y la clínica, las bibliotecas y los laboratorios son lugares en los que se producen experiencias de género. La polisemia del término género incluye atributos ideales adjudicados a las personas divididas en dos grupos: masculino y femenino. Ortiz se desplaza, tras el género, al cuerpo, que centra en la actualidad buena parte de las más sugerentes conceptualizaciones feministas al tomarse inmerso en la cultura que los crea y carecer de carácter estable. Y al de autoridad, en cuya elaboración el trabajo del colectivo italiano Hipatía ha tenido tanta influencia, y para el que propone relaciones de disparidad sin dominio, basado en el reconocimiento entre mujeres.¹

Las páginas que dedica a las conexiones entre la medicina, su historia y la de las mujeres son algunas de las más

La sociedad y la clínica, las bibliotecas y los laboratorios son lugares en los que se producen experiencias de género

instructivas: desde las mujeres médicas que hablan de sí como precursoras de la historia de las mujeres en la medicina, Ortiz evoca su propio proceso de aprendizaje a la búsqueda de fuentes para una

reconstrucción genealógica de esa historia, sin dejar de lado las contribuciones que se han hecho a este asunto desde España. La inclusión de identidad y subjetividad como categorías culturales es uno de los objetivos de estos estudios que ella menciona y que contribuyen a transformar, o siquiera modificar, las formas de pensar el saber científico y médico, el social y el profesional.

El movimiento feminista en la historia de la medicina no emerge en solitario. Aunque su historia es larga -Ortiz muestra 130 años de ella- estuvo en compañía especialmente desde los años 70 cuando surgieron los que desde la sociología y en general las ciencias políticas se denominaron nuevos movimientos sociales. Aunque algunas autoras han querido relacionar el surgimiento -o resurgimiento- del feminismo como producto de ambientes progresistas -en los que hombres considerados hoy y ayer de izquierdas tenían influencia política y académica-, lo cierto es que los movimientos de mujeres han tenido apoyos de hombres concretos y singulares, pero suelen carecer de apoyos sociales intensos.² Ese movimiento, hoy dividido por lo menos entre el feminismo de la diferencia y el de la igualdad, ha contado sobre todo con un número creciente, y que se hizo cada vez más inspirador para las generaciones siguientes, de mujeres que se apoyaban entre sí y en sus

discípulas, con el respeto y el estímulo con el que, por ejemplo, P.J. Harvey parece seguir a Marianne Faithful.

Trabajo académico

Pese a haberse convertido el mundo de las mujeres feministas en uno cada vez más necesitado de apoyos internos de tipo recíproco, se han dado y se siguen produciendo dentro de él debates extraordinariamente intensos. Y sin embargo, Ortiz soslaya esa división. Ese silencio sugiere que ella está interesada en analizar y presentar la inspiración que el feminismo ha proporcionado al trabajo académico -de historia de la ciencia y de la medicina- más que cualquier debate interno. Este es el único aspecto en el que el libro de

Teresa Ortiz recuerda muy vagamente a otros manuales de introducciones a temas y metodologías de trabajo: una

intención de presentar un cuerpo único de conocimiento aunque muy diverso en temas, preguntas y respuestas. Y seguramente esa es la forma de

presentar un conjunto de saberes y prácticas que se ha sometido -y se sigue sometiendo- a cuestionamientos graves y que tanto tarda todavía en instalarse en las estructuras académicas e investigadoras formales.

Se trata, por lo demás, de una estupenda monografía que genera deseo de saber más y analizar mejor, de seguir las sugerencias bibliográficas y centrarse en las lecturas que se mencionan y cuyas referencias están en una larga lista incluida al final de la obra. El libro cumple el ambicioso objetivo que su autora dice haberse fijado: el de la historiadora de la medicina dedicada a los estudios de género que,

comprometida con su tiempo, toma parte activa en él, lo pone en cuestión y ofrece alternativas para una transformación sensata. Ver el orden de su

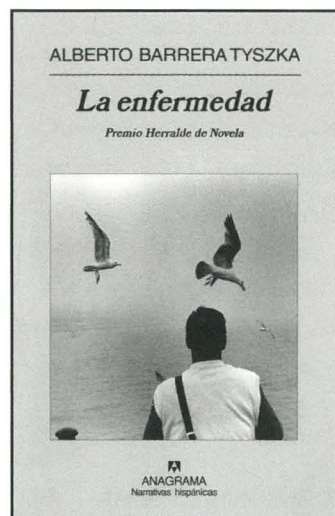
pensamiento y su maestría impresos como referencia para el pensamiento feminista actual sobre medicina y ciencias y sobre la historia de las

ciencias, incluidas las de la salud, resulta muy relajante. Al optar Teresa Ortiz por publicar esta guía introductoria, detallada, personal y precisa, reparte su propio saber adquirido por medio del reconocimiento a todo lo que ella misma aprendió de tanta gente especialista. Al hacerlo, desarrolla su maestría como en la mejor escuela.

Notas bibliográficas

¹ Hipatia (1998): *Autoridad científica. Autoridad femenina* (Madrid: Horas y horas). Trad. Laura Tróbal.

² RENTETZL, María: "Gender, politics, and radioactivity research in interwar Vienna. The case of the Institut for Radium Research", *Isis* 95: 359-393, (2004); RICHMOND, Marsha: "The Domestication of Heredity: The Familial Organisation of Geneticists at Cambridge University, 1895-1910", *Journal of the History of Biology* 39: 565-605. (2006).



Alberto Barrera Tyszka

LA ENFERMEDAD

Anagrama, 2006, 168 págs.
ISBN: 84-339-7141-9

Por Martín Rodríguez-Gaona

En *La enfermedad*, libro ganador del último premio Herralde de novela, el escritor venezolano Alberto Barrera Tyszka construye una historia alrededor de la manera en que procesamos, desde las sociedades contemporáneas, la conciencia de la muerte. El matiz más evidente, con respecto a otras épocas, sería el constatar que tanto nuestra sensibilidad como nuestros esquemas de valores están programados para evadir la

reflexión y la convivencia con un hecho que acompaña y define la propia existencia humana. No es el menor mérito del libro lograr que este análisis sea hecho con iguales dosis de profundidad e ingenio, logrando proponer una lectura alejada de lo banal pero al mismo tiempo entretenida.

La trama de *La enfermedad* explora los efectos que sobre una relación familiar crea el diagnóstico de un cáncer terminal. La situación es altamente paradójica puesto que quien vive esta circunstancia es un médico, Andrés Miranda, el que a pesar de lidiar profesionalmente con casos similares día a día, es incapaz de procesar la fría contundencia científica cuando ésta es aplicada al

caso de Javier, su anciano padre. Profundizando en las curiosas coincidencias del destino, la noticia le llega al mismo tiempo en que en su consultorio se establece una peculiar relación epistolar con Ernesto Durán, un enfermo aparentemente hipocondríaco y al borde del desequilibrio, que le exige una relación más estrecha, un tratamiento menos distante con respecto a su dolencia. Los equívocos y las peculiares

situaciones producidos por este interlocutor inesperado servirán de contrapunto a la historia de los Miranda y, en cierta forma, les brindará la respuesta que infructuosamente anhelan para tan difícil circunstancia.

La enfermedad, en los dos momentos que articulan su historia, ilustra cómo la conciencia de la desaparición física carga de sentido los actos más nimios de cualquier existencia, aunque probablemente esa búsqueda de sentido no sea más que un ineficaz e improvisado atenuante frente a lo irremediable. En un

La enfermedad ilustra cómo la conciencia de la desaparición física carga de sentido los actos más nimios de cualquier existencia

primer instante, la paradoja profesional que vive Andrés Miranda lo lleva a reconocer no sólo la fragilidad de la vida ("Es un azar que nos encontremos vivos") sino también la vulnerabilidad de los

sistemas éticos (la honestidad a toda prueba que él había sostenido como base de su relación con los pacientes). Es decir, la enfermedad desnaturaliza la imparcialidad profesional del médico y le obliga a contrastar todos sus principios.

Revisión del pasado

Un segundo nivel es el que la muerte inminente obra en la relación entre padre e hijo. Aquí se inicia una revisión del

pasado compartido, un proceso- simbolizado por un viaje a Isla Margarita- que muestra la otra cara de unos afectos supuestamente consolidados y que revela zonas tomadas íntegramente por el dolor, el fracaso y el misterio. Pese a la cercanía, Barrera Tyszka parece decirnos que nuestros seres queridos reservarán siempre un plano vital en el que, a nuestro pesar, serán irremediablemente unos desconocidos.

Otro aspecto relacionado al duelo que se va configurando en la conciencia del doctor Miranda es que todas sus percepciones empiezan a estar condicionadas por la desaparición de su padre. De esta forma, se encuentra viviendo su propia cotidianidad de manera distinta, con una ambivalencia que va de la intensidad a cierta depresión (su relación matrimonial se torna más esencial, mientras que se muestra totalmente escéptico frente a las desigualdades de la sociedad venezolana, representadas por las dificultades de Merny, la mujer que contrata para ayudar a su padre).

Formalmente, Barrera Tyszka se muestra como un novelista solvente, seguro de sus recursos, que emplea en

función de una historia de planteamiento ajustado y sobrio, confiando en la exactitud y en la fidelidad de sus propósitos antes que en la exhibición de una arquitectura narrativa sorprendente. La aparente modestia de la voz narradora de *La enfermedad* resulta un acierto, pues pese a asumir con autoridad un discurso especializado -el propio de un diagnóstico y un tratamiento oncológicos- su carácter tentativo le permite compartir con el lector el estupor del protagonista, para quien todo su conocimiento y experiencia resultan inútiles en una situación en la que el afecto sobrepasa sus defensas profesionales.

Nueva dimensión

De otra parte, es también saludable que la novela de Barrera Tyszka evite seducir por temas explorados ya infinitas veces por otros narradores latinoamericanos, como los vinculados a exotismos regionalistas o políticos. Su énfasis en la dimensión de

los sentimientos lo acerca a obras de inspiración más clásica, como la de Chejov o Julio Ramón Ribeyro, y le confiere una naturalidad que hace compatible que una

historia desarrollada en Caracas pueda

aspirar, legítimamente, a tener un calado universal.

Alberto Barrera Tyska ha escrito una novela cuya mayor ambición discursiva es recordarnos una verdad que, si bien todos sabemos, constantemente ignoramos. Y lo hace de una manera inteligente, pues su obra, a pesar de la gravedad del tema, se lee con agilidad, sorteando tanto lo macabro como el sentimentalismo, riesgos en los que podría haber caído fácilmente. El doctor Andrés Miranda conoce el proceso que acabará con la vida de su padre y, por supuesto, los lectores también sabemos que ese es un camino que nadie dejará de recorrer. Sólo que al ser vivido en primera persona -en la experiencia directa o en la ficción artística- ese hecho natural puede cobrar otro significado: un acontecimiento para el que, con suerte y con esfuerzo, quizá encontremos el tono y las palabras adecuadas que nos permitan ofrecer el consuelo de una despedida.

Su énfasis en la dimensión de los sentimientos lo acerca a obras de inspiración más clásica, como la de Chejov o Julio Ramón Ribeyro

agenda

AGENDA

La Fundación de Ciencias de la Salud se suma a los actos de la Semana de la Ciencia con una jornada dedicada a la Imagen molecular. Continúa asimismo con sus encuentros en humanidades y sus tareas formativas en torno al objetivo de desarrollar una labor de impulso de todo aspecto relacionado con las ciencias de la salud.

Para más información:

www.fcs.es

JORNADAS Y CONFERENCIAS

Jornada sobre Imagen Molecular

Coincidiendo con la Semana de la Ciencia, el objetivo de esta jornada es ofrecer una visión de los avances en imagen molecular aplicados al diagnóstico, enfocados desde los puntos de vista científico, técnico y económico. Bajo la dirección de José M Mato, Patrono de la Fundación de Ciencias de la Salud y Director General del CIC bioGUNE y CIC biomaGUNE, la jornada se organiza en torno a dos mesas. En la primera se tratarán los temas de la producción de radiofármacos y las técnicas que se utilizan en el diagnóstico pre-clínico y participan Bengt Langstrom, de la Universidad de Uppsala; Ana Catafau, directora del Centro de Imagen en Psiquiatría de GlaxoSmithKline; Peter Morris, de la Universidad de Nottingham; y Kevin Brindle de la Universidad de Cambridge. La segunda sesión será una mesa redonda sobre estos temas y participarán Manuel Desco del Hospital Gregorio Marañón, Carlos Arús de la Universidad Autónoma de Barcelona, Iván Peñuelas, de la Clínica Universitaria de Navarra e Ignasi Carrió, Hospital Santa Creu y Sant Pau. Moderan las mesas, respectivamente, Emilio Diez, director del Centro de Investigación Básica de GlaxoSmithKline y Patrono de la Fundación de Ciencias de la Salud y Manuel Martín Lomas, director del CIC biomaGUNE.

La jornada se organiza en colaboración con el CIC biomaGUNE y el British Council.

Fecha y lugar: Madrid, 5 de noviembre, Auditorio de la Residencia de Estudiantes, c/ Pinar 21-23, a la 09:30 h.

Jornada científica *Clostridium difficile*: un Patógeno Emergente

El *Clostridium difficile* es patógeno responsable del 25% de las diarreas relacionadas con la toma de antibióticos. Bajo la dirección de Emilio Bouza, jefe de Servicio de Microbiología del Hospital Gregorio Marañón y patrono de la Fundación de Ciencias de la Salud, esta jornada pretende actualizar la epidemiología, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades causadas por este patógeno, tanto a nivel nacional como internacional.

Fecha y lugar: Madrid, noviembre, Auditorio de la Residencia de Estudiantes

En tierra de nadie, conversaciones sobre ciencias y letras

Dos nuevas ediciones de *En tierra de nadie: conversaciones sobre ciencias y letras*, una iniciativa conjunta con la Residencia de Estudiantes que pretende reunir dos puntos de vista que en los últimos siglos han evolucionado a la vez que se alejaban. En esta ocasión, los temas a tratar serán: **El dolor**, con Carlos Belmonte, director del Instituto de Neurociencias de Alicante, y Joan Margarit, poeta. Modera: Alicia Gómez Navarro, directora de la Residencia de Estudiantes; y **La percepción de lo real**, con Antonio Colodrón, psiquiatra y José M. Merino, escritor, moderados por Alberto Galindo, Presidente de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales.

Fecha y lugar: Madrid, octubre y noviembre, Residencia de Estudiantes, a las 19:30 h.

FORMACIÓN

Introducción a la Bioética en la Práctica Clínica

Curso organizado por la Fundación de Ciencias de la Salud y la Agencia Laín Entralgo dirigido a profesionales del área del IMSALUD de Madrid, cuyo objetivo es desarrollar una base de conocimientos teóricos y habilidades que permitan detectar y abordar los conflictos éticos del trabajo diario, con el fin de mejorar la calidad asistencial. Curso dotado de 5,7 créditos de la Agencia Laín Entralgo.

Dirigido por: Diego Gracia, Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud.

Fecha y lugar: del 28 al 31 de mayo, sede de la Agencia Laín Entralgo

Programa de Formación en Comunicación y Salud

Comunicar malas noticias a los pacientes y a sus familiares es una tarea que forma parte del acto asistencial, al igual que una buena anamnesis y un buen diagnóstico. Pero no resulta fácil. El curso propuesto por la Fundación avanza paso a paso por las habilidades y situaciones más comunes en la práctica de cualquier profesional. La metodología del curso contempla una parte PRESENCIAL (5 y 6 de octubre, sede de la Fundación), y una parte A DISTANCIA, a través de una plataforma *e-learning*.

Dirigido por: Francesc Borrell, Médico de Familia. Miembro del Grupo de Comunicación de la semFYC.

Innovación en Atención Primaria 2007

Junio y septiembre son las fechas del segundo y tercer seminario sobre *Innovación en Atención Primaria 2007*, una iniciativa conjunta con la Fundación para la Formación de la OMC iniciada en 2005 y que este año introduce el tema de *La organización de los servicios*.

Segundo seminario, mes de junio

Nuevas formas de incentivar en AP, impacto en la organización y el resultado. Ponente: Vicente Ortún, Economista de la Salud, Facultad de C. Económicas de la Universidad Pompeu Fabra. Contrapuntos: Luis Palomo, Especialista en MFyC, Centro de Salud de Coria, Cáceres. Presidente de la REAP y Miguel Ángel Ripoll, Especialista en MFyC, Centro de Salud de Ávila.

Tercer seminario, mes de septiembre

Nuevas profesiones y nuevos papeles para las viejas profesiones en AP. Ponente: Juan Gervas, Médico general de Canencia de la Sierra, Madrid. Equipo CESCA. Contrapuntos: Beatriz Ogando, Especialista en MFyC y Confederación Estatal de Sindicatos Médicos y Julio Bonis, Médico Residente de MFyC.

Este tercer seminario se realiza con la colaboración de la Fundación MAPFRE.

Todo profesional que quiera participar puede hacerlo de manera virtual a través de la página web: www.fcs.es

4ª edición del curso Bioética 4 x 4

Curso de alto rendimiento de Formación de Formadores, para profesionales con formación previa en bioética y experiencia o responsabilidad docente en esta materia o participación en Comités de Ética. Basado en los materiales interactivos y multimedia de formación del Proyecto "Bioética para Clínicos" de la Fundación de Ciencias de la Salud, consta de 10 módulos y está dotado de 7,4 créditos de la Agencia Laín Entralgo.

Dirigido por: Diego Gracia, Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud.

Fecha y lugar: Del 17 a 21 de septiembre, sede de la Fundación de Ciencias de la Salud



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
24

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD