

**La sanidad en un siglo de la historia de España (1898-1998). Cien años después**

***Health in a century of Spanish history (1898-1998). One hundred years later***

S. Cervera Soto\*

---

**INTRODUCCIÓN**

**Un nuevo periodo histórico en nuestro país. Una visión del regeneracionismo desde la sanidad**

El siglo actual se abre en España bajo la resaca de la pérdida de las últimas colonias ultramarinas. La vivencia de que se había cerrado un periodo histórico para nuestro país y la consiguiente necesidad de regenerar una nación empobrecida y atrasada marcarán su sello en toda la vida española. El movimiento regeneracionista, que llevaba varias décadas de vigencia, se vio reforzado por el desastre colonial, y los intelectuales comenzaron a asumir su protagonismo social cuando se producía el definitivo derrumbamiento del Imperio español.

La medicina, la sanidad y la salud en nuestro país difícilmente podían mantenerse al margen de ese espíritu regeneracionista. Para los higienistas de la época, el atraso de España se haría especialmente patente en un nivel sanitario notablemente inferior al de los países de nuestro entorno desarrollado y, consiguientemente, la necesidad de regeneración debía de afectar también a la organización sanitaria.

Por varios motivos, el estado de la salud pública era un terreno abonado para ser afrontado desde la actitud regeneracionista. La diferencia ya perceptible con nuestros países vecinos, la nueva pujanza del positivismo científico natural, las posibilidades de incidir directamente desde la salud pública en la mejora de las condiciones de vida de las clases menos favorecidas e incluso la dimensión educativa de la nueva cul-

\* Consejero de Salud. Gobierno de Navarra.

**Correspondencia:**  
D. Santiago Cervera  
Consejería Departamento de Salud  
C/ Amaya 2A  
31002 Pamplona  
Tfno. 948 423560

tura sanitaria, abonaban en el terreno sanitario un excelente campo de desarrollo regeneracionista.

Todo ello, en el marco de una necesidad de renovar la vida política, era condición imprescindible para llevar adelante reformas en profundidad.

Tal vez la expresión más directa de este afán reformista la manifestaba la figura de Ángel Pulido, al frente de la Dirección General de Sanidad entre 1901 y 1902. Pulido describió el estado de la salud pública en España que motivaba su nivel sanitario, distanciándonos de Europa, y asemejada a la de los países africanos<sup>1</sup>. Existían ciudades españolas *"cuyos cuadros de miseria, suciedad, ignorancia y enfermedades, hacen pensar en las kábilas marroquíes, donde todo atraso y desolación tienen su asiento."*

De este lamentable estado sanitario participarían por igual *"las clases proletarias y obreras, sometidas a la mortificación de la miseria, y las clases opulentas a los peligros y desaciertos de la ignorancia"*. A los españoles les venía dada la condena al castigo de algunas enfermedades contra las que se luchaba con éxito en otros países, mediante *"la tortura del cuerpo, la tribulación del espíritu y la afrenta a su decoro"*.

Resulta muy significativo que, tomando como referente la organización sanitaria, continúe todavía muy vivo el recuerdo al desastre colonial. En palabras textuales *"El desastre nacional de 1898, que acabó con nuestras colonias y nuestras leyendas, obliga al país a rectificar sus desaciertos, desvanecer sus ilusiones y adquirir un sentimiento de la realidad, que nunca fue característico nuestro, estudiando cómo y porqué se engrandecen y decaen los imperios, y de qué modo el trabajo, el orden y la sabiduría nos pueden restituir más aun de lo que hemos perdido"*.

## LA MEDICINA Y LA SANIDAD HACE CIEN AÑOS

### **La evidencia de lo objetivo. La génesis infecciosa. La perspectiva de Virchow y el referente tisular. Actitudes higienistas de la salud pública. En el umbral de una nueva medicina y sanidad**

El desempeño de la medicina se encontraba ya incipientemente determinado por el conocimiento de la génesis de las enfermedades infecciosas, representado por la determinación cada vez más extensa de los agentes causales de las mismas, la generalización de técnicas de higiene, desinfección e inmunización y la utilización de la anestesia y la antisepsis en las operaciones quirúrgicas. La medicina estaba consolidando una transformación conceptual en sus perspectivas y en las técnicas a su disposición, de manera que comenzaba a representar un positivismo que le acercaba a la "técnica del curar"

tanto cuanto le alejaba de ese contenido de "arte médico" que le caracterizó en la historia anterior. Para el médico de entonces, la atención estaba centrada en la constelación de signos objetivos de la enfermedad (la fiebre, la analítica de los fluidos, las constantes fisiológicas) tanto o más que en los síntomas subjetivos que el enfermo alegaba. El descubrimiento en 1895 de los rayos X, por Röntgen, supuso un nuevo acercamiento práctico y conceptual a la manera de diagnosticar guiada por la evidencia de lo objetivo y por la interpretación de lo cierto.

La visión conceptual de la enfermedad, en sus causas y efectos, era la establecida desde 1858 por Virchow en su patología celular. Las enfermedades residen y se expresan en los tejidos y en las células del enfermo, a través de las cuales es posible conocerlas, diagnosticarlas y tratarlas. Al enfermar, enferman los tejidos y las células, que se encuentran en una similar dimensión a la que tienen la mayoría de los agentes patógenos conocidos, como el bacilo de la tuberculosis o el de la lepra. Santiago Ramón y Cajal llegó a describir la magnitud de este nivel celular en el cerebro, enseñando no sólo un referente tisular concreto, el neuronal, sino sobre todo un método de acercamiento científico a esa realidad instada por Virchow. Durante cien años hemos mantenido este referente, hasta que empezamos a conocer en los genes, en el nivel molecular, la génesis de las enfermedades.

El principal problema de salud, hace cien años, obviamente lo constituían las enfermedades infecciosas. La lucha contra la enfermedad era la lucha contra la infección desde una perspectiva eminentemente higienista, a través de políticas sanitarias dirigidas a mejorar las condiciones sanitarias de la población, y acompasando estas aportaciones técnico sanitarias en las transformaciones de los asentamientos urbanos determinados por los procesos migratorios, la industrialización y las grandes concentraciones urbanas. Cólera, disentería, tifus, tuberculosis, son enfermedades con posibilidad de ser atajadas en su progresión y efectos desde una actuación sanitarista como el aislamiento de las basuras, la canalización de los desechos o el abastecimiento de aguas potables. Con este norte se guiaron las principales normativas, y se evidenció la mejora prácticamente equitativa de las condiciones de salud de la población y el lento pero inexorable aumento de la esperanza de vida de la población como principal indicador valorable.

Regular la sanidad entonces no era estrictamente sentar unas bases sociales en las que desarrollar la atención al individuo. Fundamentalmente consistía en regular el desempeño profesional y corporativo del médico. De hecho, fue en 1898 cuando Sagasta promulgaba el decreto que desarrollaba la primera de las tres leyes de sanidad que han sido en nuestro

país, la de 1855, en la que se determinó principalmente la colegiación obligatoria y el establecimiento de colegios médicos en toda España, obligatorios para los facultativos de entonces y con plenas competencias disciplinarias y deontológicas. Constituían el verdadero recinto en el que se unificaba la política sanitaria. Mientras, la atención a la población no menesterosa llegaba desde una diversidad de ámbitos, desde la mera provisión privada en el marco del ejercicio liberal de la profesión hasta los regímenes de garantías mediante los seguros mutuales (Ley de Accidentes de Trabajo, 1900. Seguro Maternal, 1931). Las cajas de enfermedad han de esperar a 1942 (S.O.E) con más de 50 años de retraso respecto a Alemania (Krankenkassen 1884).

En definitiva, hace cien años nos encontrábamos en el umbral de una nueva medicina y una nueva sanidad. La medicina se enfrentaba a la perspectiva de lo evitable, con el paradigma de la enfermedad infecciosa y el referente tisular como explicación y medida de lo mórbido. Y la sociedad se enfrentaba también a una nueva perspectiva, desde la definición de la sanidad pública como factor de mejora de las condiciones personales en el disfrute de la salud y desde la percepción ya incipiente de que había que aplicar un cierto modelo de solidaridad como garantía de cobertura sanitaria a la población.

## UN SIGLO DE EVOLUCIÓN

### **El camino hacia el Seguro Obligatorio. Bases de una nueva sanidad. El desempeño médico con España en el mundo occidental**

Antes de la instauración del Seguro Obligatorio de Enfermedad (1942), la previsión sanitaria presentaba un desarrollo carente de uniformidad, realizado en general a través de grupos de profesionales. Ciertamente dio origen a un grupo importante de entidades mutuales verdaderamente modélicas, varias de ellas arraigadas en Cataluña. La Seguridad Social en España se desarrolla desde principios de siglo a través de los grupos gremiales, sin uniformidad y con un crecimiento a ritmos distintos. La creación del Instituto Nacional de Previsión en el año 1908 configura todo el proceso posterior de génesis de la Seguridad Social. En su Ley Fundacional, el INP se previó como un organismo compilador de los distintos sistemas de seguro existentes, de manera que se transitara desde una cierta voluntariedad de esas cajas hacia la obligatoriedad de la cotización en régimen igualitario. En principio, el INP se crea y organiza para extender su acción mediante el establecimiento de cajas especiales autónomas. Por Real Decreto de 5 de marzo de 1910 se prevé la creación de seguros populares, organizándose en el nivel del INP las cajas de los mismos. En el 1919 se establece la preparación de

un plan de seguros sociales directamente atribuidos al INP, al tiempo que se crea el Seguro de Retiro Obligatorio Obrero. Años más tarde se crea el Seguro de Maternidad (1931) y en 1900 el de Accidentes de Trabajo. El planteamiento posterior, en los umbrales de la república, consintió fundamentalmente en la unificación y coordinación de los distintos regímenes. La guerra civil llegó en el momento en el que las Cortes preparaban un proyecto de ley para introducir el Seguro Obligatorio de Enfermedad, y pocos días después de haberse promulgado la Ley del Seguro de Enfermedades Profesionales.

Encontramos en el Fuero del Trabajo, de 9 de marzo de 1938, una indicación todavía vigente de lo que se pretendía mediante un mecanismo de cobertura sanitaria instada desde la organización del Estado. Textualmente se expresaba: *"La provisión proporcionará al trabajador la seguridad del amparo ante su infortunio". "Se incrementarán los seguros sociales de vejez, invalidez, maternidad, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, tuberculosis y paro forzoso, tendiéndose a la implantación de un seguro total" y "De modo primordial se tenderá a dotar a los trabajadores ancianos de un retiro suficiente"*<sup>2</sup>.

Destacan aquí dos hechos significativos. De una parte, se enmarca la asistencia sanitaria dentro de un conjunto de prestaciones sociales que adquieren coherencia a través de un modelo de solidaridad, y de otra que se caracteriza a la prestación sanitaria como un ámbito de solidaridad ante el infortunio. De hecho, en el mundo occidental en el que vivimos, la cobertura mediante aseguramiento universal aparece en el momento en el que las posibilidades terapéuticas y de intervención clínica alcanzan unos costes unitarios que las hacen inasumibles individualmente para las personas, y que pasan a requerir por tanto un sistema de contribución compartida que no aliente las desigualdades en el acceso equitativo a lo que la sanidad puede proporcionar.

A partir de estas declaraciones del Fuero del Trabajo se desarrolla de forma escalonada el conjunto de seguros que constituyen el armazón básico de la seguridad social española. En 1942 se aprueba el Seguro Obligatorio de Enfermedad, implantado a partir de 1944, al tiempo que se regulan el resto de seguros citados y que la expansión de la Seguridad Social seguía haciéndose por el cauce de los seguros voluntarios, como los representados por las distintas mutualidades. La ley del Seguro Obligatorio creaba la figura del beneficiario, distinta y distante de un planteamiento laboralizado de la cobertura del riesgo, y respondía a un modelo bismarckiano ya desarrollado en Alemania, financiado por trabajadores y empresarios en base a un sistema productivo.

No es hasta 1963 cuando se establece la base necesaria para *"operar el tránsito de un conjunto de seguros sociales a un*

*sistema de Seguridad Social*<sup>33</sup>. La novedad principal, al margen de la reordenación organizativa, estriba en que en el nuevo sistema se prevé la consignación permanente en los presupuestos generales del Estado de subvenciones a la Seguridad Social, que por su expansión no puede ser financiada enteramente por los empresarios y los obreros. El factor de solidaridad se extrae no sólo de las aportaciones singulares de los ocupados, sino que responde a un papel de redistribución y reducción de las desigualdades otorgado a poder público. Treinta años más tarde, el Pacto de Toledo consagró definitivamente la financiación de la Sanidad a cargo de los impuestos, alcanzado plenamente en los presupuestos generales del Estado de 1999 de las aportaciones directas de los contribuyentes a través del Estado, en un modelo que definitivamente se plantea la universalización de las prestaciones en un ámbito de equidad, en un sistema Nacional de Salud como el modelo inglés.

En la justificación de aquella Ley tal vez merezca la pena detenerse en el siguiente enunciado: *"Conscientes de que sin acudir a la solidaridad nacional ante las situaciones o contingencias protegidas, la Seguridad Social no pasa de ser artificio técnico, sin verdadera raíz comunitaria, la ley concibe a ésta como una tarea nacional que impone sacrificios a los jóvenes respecto a los viejos, a los sanos respecto a los enfermos, a los ocupados respecto a los que están en situación de desempleo, a los vivos respecto a las familias de los fallecidos, a los que no tiene cargas familiares respecto a los que las tienen, a los de las actividades económicas en auge y prosperidad, en fin, respecto a los sectores de privilegios"*.

La ley en su conjunto está presidida por ciertas directrices que además de conferirle su más alto valor, resumen el alcance de esa reforma. Sus características son la tendencia a la unidad, la participación de los interesados en el gobierno de los órganos gestores, la supresión del posible ánimo de lucro de estos últimos, la conjunta consideración de las situaciones o contingencias, la transformación del régimen financiero y la participación del Estado en el sostenimiento del Sistema.

El proceso posterior del sistema de aseguramiento público ha mantenido una importante evolución cuantitativa y presupuestaria, ha recogido en los títulos legales los derechos básicos de los ciudadanos al acceso a las prestaciones y servicios y, además de ello, ha avanzado en un proceso de descentralización y transferencia de servicios y gestión hacia las Comunidades Autónomas.

Aquí cabría también hacer una reseña del devenir de la práctica y del conocimiento clínico a lo largo de un siglo. Sin embargo, la descripción no debe ser exhaustiva porque tal vez el principal referente ha sido la rápida manera en la que la

asistencia sanitaria nacional ha sabido incorporar las aportaciones del ámbito científico occidental. La medicina actual se ha seguido construyendo desde el positivismo empirista de la ciencia como factor de progreso. En las últimas décadas del siglo XX, el ejercicio de la medicina se ha visto sometido a diferentes cambios y transformaciones. Laín Entralgo califica este periodo de poderío y perplejidad de la medicina<sup>5</sup>. El poderío en el empleo del arte médico, la *tekhne griega*, y la perplejidad por el modo en el que el médico ejerce su trabajo. Basta un somero repaso a este siglo para valorar la fortuna que tenemos de haber podido disfrutar de una época histórica en la que disponemos de técnicas diagnósticas y terapéuticas por nadie previstas; métodos de diagnóstico por la imagen que permiten visualizar moléculas, antibióticos que atacan de modo específico a los agentes causales de las enfermedades, psicofármacos que refrendan el componente biológico de las enfermedades conductuales, técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, realizadas sin factores de incertidumbre sobre sus resultados. Nada que el mayor de los optimistas pudiera haber siquiera imaginado.

## **NUESTRA SANIDAD, FRUTO DE SU HISTORIA**

### **Valores y similitudes con nuestro entorno. Los retos del futuro**

Ciertamente hoy podemos reconocer nuestro actual sistema sanitario español como fruto de una historia impulsada desde la visión regeneracionista y aceptada por varias generaciones. Patrimonializar lo que ha sido un desarrollo político y normativo parejo a la evolución social de nuestro país es volver a los esquemas conceptuales que componían la beneficencia. Con evidentes factores diferenciales, nuestro modelo sanitario no ha evolucionado de un modo diferente a los que se encuentran en otros países occidentales de nuestro entorno. En el estado actual, su origen bismarckiano sigue siendo reconocible, e identificable es también la similitud que presenta con modelos similares en los países europeos.

En España disponemos de un régimen de aseguramiento público prevalente, con una dedicación en términos de porcentaje de riqueza nacional ligeramente por debajo que el de los países de la OCDE y con una clase profesional sanitaria bien formada y capaz de proporcionar una provisión sanitaria de calidad. El ciudadano conoce tanto sus derechos como las capacidades asistenciales exigibles al régimen general de la sanidad pública, y hemos hecho de la sanidad un mecanismo de cohesión social, eliminación de las desigualdades y generación de riqueza.

Y los indicadores sanitarios reflejan que en España conocemos el valor y la significación del concepto de la salud. Nuestra esperanza de vida es de las más altas del mundo, fruto del hecho de que nos encontramos en una etapa en la que hemos avanzado en la lucha contra las enfermedades infecciosas, con lo que se ha reducido la mortalidad atribuible a esa causa, pero de otra parte no hemos incurrido en la intensidad de los hábitos no saludables que caracterizan a otros países occidentales. Desde este equilibrio es desde el que debemos reconocer la importancia que tienen las políticas de salud pública y de promoción de los hábitos saludables como forma de mantener los actuales registros.

Con ser comunes las características de nuestro sistema frente a los de la mayoría de los países occidentales, son también similares los retos y desafíos a los que se ve sometido. El envejecimiento poblacional, la modificación en el patrón de las enfermedades, las mayores exigencias de la población y la incorporación sistemática de nuevas y costosas tecnologías hacen que sea necesario un replanteamiento de lo que el sistema de solidaridad debe proporcionar y lo que debe ser decidido y proporcionado desde la autonomía personal de las personas y las familias, para evitar una crisis que colapse el logro que el sistema sanitario representa en la sociedad del bienestar.

#### **LOS CAMBIOS EN LA MEDICINA, LA SANIDAD Y LA SALUD, DE AYER A MAÑANA. UNA NUEVA ACTITUD REGENERACIONISTA**

##### **El nuevo concepto de solidaridad. Hacia un nuevo contrato social. Perspectivas moleculares en la enfermedad. Las nuevas exigencias de la ética**

En el estado actual de nuestra sanidad debiéramos estar en condiciones de preguntarnos si es necesaria, posible o conveniente una nueva actitud regeneracionista. La respuesta debiera ser tan valientemente afirmativa cuanto comprometidamente defensora de los principios fundacionales de nuestro sistema. Si recuperamos esa definición de justicia social que compuso la justificación de la creación del seguro obligatorio en 1942, y de la solidaridad generacional que la creación del Régimen de Seguridad Social en 1963, podemos deducir que hoy por hoy siguen siendo vigentes sus postulados fundacionales. Pero lo que hoy debiéramos hacer es redefinir el concepto de solidaridad, y no vincularlo sólo a la que unos individuos proporcionan a otros. Hay una solidaridad intergeneracional que nos debiera exigir el poder trasladar los actuales niveles de cobertura a próximas generaciones, en similares condiciones de viabilidad de las que hoy, tal vez de modo no suficientemente consciente, disfrutamos. Y hay un



tipo adicional de solidaridad que consiste en validar más los costes de oportunidad en los que habitualmente incurre el decisor, y saber optar por el mantenimiento de lo esencial y lo esencialmente necesario frente a lo que no requiere del aporte ilimitado de la comunidad.

Nuestro sistema, por mor de su carácter de cobertura universal, aparentemente ilimitada y habitualmente gratuita en todos sus componentes, corre el riesgo de morir por su propio éxito. Tiene los componentes de lo que los ciudadanos pueden considerar un sistema sanitario ideal, que provee atención ilimitada a todas sus demandas, la financiación corresponde al ámbito del Estado y mantiene unos adecuados niveles de calidad, asignación de recursos y formación e investigación.

Sin embargo, la necesidad de atender todas las demandas originadas por el modelo del sistema sanitario ideal ha conducido al diseño de un sistema expansivo con capacidad de garantizar el acceso universal sin coste adicional, o a un precio asequible, a una asistencia sanitaria de carácter superlativo. El sistema se muestra aparentemente capaz de asumir cualquier incremento de la demanda, y ello ha motivado unos incrementos en la necesidad de recursos fruto de un mayor consumo sanitario, no siempre adaptado a la realidad de las patologías en nuestro país. Una provisión y un consumo ineficiente de servicios sanitarios se traduce inevitablemente en una pérdida de equidad y de efectividad, como consecuencia del coste de oportunidad asociado a la incapacidad de satisfacer necesidades sanitarias específicas.

El principio de solidaridad sitúa a la salud como un bien público y el acceso universal a la sanidad como un derecho de los ciudadanos. La subsidiariedad pública garantiza económicamente la transferencia de bienestar social entre necesidades y entre desigualdades en el sentido intra e intergeneracional, así como la protección de todos los ciudadanos frente a condiciones de indefensión ante un problema de salud por cuanto que todos los ciudadanos son indigentes ante el actual poderío de la medicina. Manteniendo estos principios, un sistema sanitario racional debería saber mantener ese valor de solidaridad pero enriquecido por mayores cotas de responsabilidad colectiva, profesional e individual. La colectiva supone la obligación moral de facilitar las condiciones para que se pueda ejercer la solidaridad y la subsidiariedad. La individual requiere que los ciudadanos, debidamente informados, se responsabilicen de cuidar su salud mediante el autocontrol de los factores de riesgo evitables. La responsabilidad profesional supone la formación de los profesionales sanitarios para que piensen y actúen como doble agente principal del sistema, valorando las necesidades de los individuos de la comu-

nidad a la que atienden y las del sistema al que sirven y pertenecen.

Se hace necesaria una nueva expresión de la participación ciudadana que esté compuesta por el conocimiento de las realidades económicas de lo que la sanidad representa para todos, y seamos también todos conscientes de que siempre deberemos optar entre dedicaciones presupuestarias alternativas no iguales en valor ni necesidad. Este es un nuevo concepto de solidaridad con la solidaridad, de evitar tanto el paternalismo estatista como las actitudes regresivas en el nivel de derechos adquiridos. Significa no otra cosa que transitar de un concepto usado hasta el denuedo de "estado del bienestar", hacia el de "sociedad del bienestar" renovada desde la solidaridad bien entendida.

Es necesario, por tanto, un nuevo contrato social para la sanidad. Un contrato social que nos conduzca desde el modelo teórico del sistema sanitario ideal al modelo de sistema racional. Esto supondría pasar elementos de la subsidiariedad colectiva a la individual y en consecuencia compartir y trasladar algunas responsabilidades asumidas por el Estado a la ciudadanía. Esta nueva relación contractual entre el Estado y la sociedad civil se traduciría en la conversión del "estado del bienestar" en la "sociedad del bienestar". Se debe socializar la toma de decisiones para asumir un equilibrio entre derechos y obligaciones, entre necesidades y deseos, entre la demanda y la capacidad para atenderla. En el modelo de "sociedad del bienestar" es de gran importancia la educación de los ciudadanos y de las nuevas generaciones respecto a cual es el tipo de sanidad socialmente factible y justa, ya que el nuevo contrato social debe suponer una redefinición y ampliación de los principios de justicia social.

Si de hecho debe cambiar nuestro modo de comprender y responsabilizarnos de la sanidad pública, lo que obligatoriamente veremos cambiar también será la nueva frontera del concepto del enfermar y la enfermedad. Si hace tanto como cien años el referente básico era el celular, hoy nuestra mirada llega hasta los niveles moleculares, hasta los mismos genes. El proyecto genoma, que avanza tanto como la capacidad de proceso de los ordenadores, nos ofrece no sólo un conocimiento final de los efectores genéticos de las circunstancias biológicas, sino la cuna en la que se crían las enfermedades y donde podemos reconocerlas. Y, a partir de ello, el modo en el que podemos diagnosticarlas antes de que aparezcan y tratarlas incluso antes de que se expresen como padecimiento.

De hecho, en un futuro próximo el único factor de mejora real de nuestra posición en la lucha contra la enfermedad e, incluso, de mejora de las posibilidades de intervención eficaz

y a la vez eficiente nos los ofrece la sugerente perspectiva de la terapia génica, extraída como consecuencia del proyecto genoma.

Justamente hace dos años que la OMS nos propuso como motivo de reflexión en el día mundial de la salud la consideración de la emergencia mundial de enfermedades infecciosas, algunas nuevas y otras latentes, que convulsionaban no sólo la consideración médica de los casos sino también la percepción social de estas nuevas pandemias. El SIDA, los nuevos casos de tuberculosis asociada a otras enfermedades, la enfermedad de Ébola o el mal de las vacas locas son sobre todo una llamada a la humildad científica en una etapa en la que la civilización pensaba haber encaminado hacia la victoria final la lucha contra las enfermedades infecciosas. Han roto fronteras conceptuales firmemente establecidas hasta momentos cercanos, como lo que representan los retrovirus como el VIH (el hecho de que la información genética pueda dirigirse desde el RNA hacia el DNA) o los priones (moléculas proteicas alteradas sin material genético capaces de causar enfermedad y replicarse como agentes patógenos), y representan uno de los motivos de preocupación social y de aplicación de recursos más importantes de los últimos tiempos. *The Economist*, en marzo pasado, estableció una consideración desde el mero ámbito de la economía hacia la importancia que adquiere fundamentar la investigación que permita esclarecer su cadena de transmisión y la manera de prevenir o vacunar el paso del prión.

Sin embargo, esa consideración de lo molecular dentro de la génesis de la enfermedad también adquiere una aplicación enormemente interesante y esperanzadora en la lucha contra la enfermedad infecciosa, y por tanto en la manera de atajar las pandemias repercutidas por estos agentes causales infecciosos. La aportación del profesor Patarroyo, más allá del éxito en términos de eficacia de su vacuna contra la malaria, reside fundamentalmente en haber creado un método de acercamiento conceptual a la posible generación de ilimitadas vacunas contra diversas enfermedades. Las vacunas sintéticas, basadas en técnicas de biología molecular resultante de la aplicación de algoritmos para la determinación de zonas estables y atacables en la pared celular de los microbios, supone la puesta a disposición de la investigación de un método esperanzador tanto como ambicioso sobre el desarrollo de vacunas. En el umbral del nuevo siglo, es probable que dispongamos de mecanismos inmunitarios de prevención de varios tipos de meningitis, del virus Epstein Barr, del virus del papiloma humano, del *Helicobacter pylori* de la tuberculosis, de la Shigella, del paludismo o incluso del SIDA.

El avance de los conocimientos y la forma de trabajar que va a ir adoptando el médico a comienzos del siglo XXI son los

cambios que más se van a detectar, mucho más que el ejercicio de la medicina a lo largo de algo más de un siglo.

El primer objetivo que se ha marcado el ejercicio de la medicina actual es situar el momento de salud/enfermedad de las personas. Este cambio cualitativo incorpora así una actitud de *"pensar en la salud a través de la búsqueda de la enfermedad"*. La praxis de la medicina clínica, que abarca prevención y curación, se rompe de esta manera, formando la salud y la enfermedad un "continuum" no sólo de las poblaciones sino de las personas. La técnica y la aplicación de sus conocimientos a la medicina tanto en la detección de enfermedades como en el campo curativo han revolucionado cualitativamente el panorama de este fin de siglo.

El avance científico de la medicina progresa con rapidez, profundizando en los íntimos entresijos de la naturaleza humana en el aspecto externo, en la constitución de sus elementos, en cómo se ha creado y en sus capacidades. La consecuencia científica permite soluciones eficacísimas aplicadas al diagnóstico y al tratamiento, pero la decisión médica en su práctica diaria, si bien de base científica, se sigue basando en el trato personal con el enfermo, en la experiencia, en la intuición en el empirismo. El acto médico se considera hoy por ello singular e irrepetible.

A partir de 1992 se produce un cambio cualitativo importante en la práctica de la medicina que recibirá el próximo milenio. Se trata del abandono del concepto de medicina a través del empirismo científico hacia el concepto de "evidencia científica"<sup>6</sup> de ésta.

La medicina basada en la evidencia aporta un nuevo enfoque para la docencia de la práctica de la medicina. Así el cumplimiento de esta finalidad permite la transición de un modelo sanitario ideal a uno más racional, en el que las decisiones médicas ya no son meros juicios de valor de consecuencias no previsibles.

La adopción de esta nueva filosofía requiere habilidades que no son tradicionales o forman parte de la formación médica como el ejercicio de la valoración crítica. Otras habilidades más propias del médico se mantienen como la observación cuidadosa de los modelos de rol de pacientes y médicos, de los cuales se pueden extraer conclusiones interesantes. En este sentido, la comprensión de las barreras a la educación de los médicos en formación en la medicina basada en la evidencia puede conducir a estrategias docentes más efectivas.

Con la evidencia científica, el médico reduce la incertidumbre en el momento de tomar decisiones y aminora las responsabilidades, aumenta los aciertos y la seguridad a costa de perder su autocracia, por lo que se intenta encontrar una metodología que reduzca la incertidumbre en base a la proba-

bilidad de resultados más favorables, abriéndose un proceso de análisis de decisión. La medicina entendida desde el punto de vista estrictamente individualista queda definitivamente descartada, y se rinde a este nuevo modelo basado en el concepto de la evidencia científica.

En lo que respecta a la ética del acto sanitario, se han abandonado definitivamente los criterios religiosos del ejercicio de la medicina (el pretendido sacerdocio), a cambio de unos principios laicos sometidos a una conducta moral bajo normas sociales. Dicha circunstancia se debe entender como un proceso evolutivo en el que la ciencia ha ido aportando luz y explicaciones a cuestiones que con anterioridad en el tiempo no se hubiesen ni tan siquiera cuestionado desde el prima de la religión.

En el año 2.000, la medicina confrontará el riesgo de las actuaciones técnicas con la exigencia de eficacia y seguridad, lo que enfrentará su ejercicio con una potencialidad enormemente elevada de actuación sobre el organismo humano.

La decisión en las intervenciones será más participativa, para que intervengan las personas afectadas teniendo en cuenta el riesgo y la eficacia ofertada, teniendo en cuenta variables como la probabilidad de éxito y la incertidumbre del resultado, lo que obliga a las actuaciones de mutuo acuerdo a través del consentimiento informado respetando los valores y creencias del paciente. Ello sitúa a las decisiones de forma compartida, que además no deben ser utilizadas en autodefensa de la actuación médica, sino como una participación en las decisiones por parte de los interesados, médico y enfermo. El ejercicio médico requerirá el desarrollo del consentimiento informado y objeción de conciencia y consenso.

En desuso queda la ética unitaria practicada durante siglos donde la religión y las creencias prevalecían sobre el resto de opiniones de los laicos. Aquí se puede incluir la ética médica natural que proclamaba no actuar contra la naturaleza. Ahora, las técnicas diagnósticas y terapéuticas nos someten a una nueva proporción entre eficacia/riesgo/beneficio, que requiere compartir la ética del médico con la del enfermo y con la de la propia sociedad.

Una de las finalidades de los sistemas sanitarios modernos debería ser que las recomendaciones para la práctica clínica, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la gestión de los servicios sanitarios estuvieran avaladas por el conocimiento generado por los resultados de la investigación y la evaluación. Seguramente, ésta será una de las claves regeneracionistas del nuevo escenario sociosanitario derivado de los continuos cambios sin precedentes en la estructura y organización de los servicios en la historia de la sanidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. GARCÍA GUERRA D, ÁLVAREZ ANTUÑA V. Regeneracionismo y Salud Pública. El bienio de Ángel Pulido al frente de la Dirección General de Sanidad (1901-1902). *Acta Hisp Med Sci Hist Illus* 1994; 14: 23- 41.
2. MOLERO MESA J. Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis. *Acta Hisp Med Sci Hist Illus* 1994; 14: 199-225.
3. MARSET CAMPOS P, SÁEZ GÓMEZ JM, MARTÍNEZ NAVARRO, F. La Salud Pública durante el franquismo. *Acta Hisp Med Sci Hist Illus* 1995; 15: 211-250.
4. HUERTAS GARCÍA-ALEJO R. Salud Pública en la España Contemporánea. Introducción. *Acta Hisp Med Sci Hist Illus* 1994; 14: 17-21.
5. LAÍN ENTRALGO P. Historia de la Medicina. Salvat editores, S.A. Barcelona, 1997.
6. CERVERA SOTO S, VIÑES RUEDA JJ. El ejercicio de la Medicina en el contexto médico-social del año 2000. *Rev Esp Salud Pública* 1998 (En prensa).

## OTRAS FUENTES

- GOL FREIXA JM. Bienvenidos a la Medicina basada en la evidencia. *Jama* (Ed. esp.) 1997: 5-14.
- Evidence-Based Medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. Evidence-Based Medicine Working Group. *Jama* 1992; 268: 2420-2425.
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre la ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud B.O.E. 1995, 35 (10 febrero): 4538-4553.
- HATZFELD H. La Crisis de la Medicina Liberal. Edic. Ariel, Barcelona 1965.
- PERDIGUERO GIL E, BERNABEU MESTRE J, ROBLES GONZÁLEZ E. La Salud Pública en el marco de la administración periférica. El Instituto Provincial de Higiene de Alicante (1924-1936). *Acta Hisp Med Sci Hist Illus* 1994; 14: 43-75.
- MEDINA DOMENECH RM, RODRÍGUEZ OCAÑA E. Profesionalización médica y campañas sanitarias. Un proceso convergente en la medicina española del primer tercio del siglo XX. *Acta Hisp Med Sci Hist Illus* 1994; 14: 77-94.
- PORRAS GALLO, MI. La lucha contra las enfermedades "evitables" en España y la pandemia de gripe de 1918-19. *Acta Hisp Med Sci Hist Illus* 1994; 14: 159-183.