

Historia oral y medicina. Memoria histórica de los médicos navarros*

(Oral history and medicine. Historical memory of Navarre´s doctors)

Anaut-Bravo, Sagrario

Univ. Pública de Navarra (UPNA). Dpto. de Trabajo Social. Campus Arrosadía. 31006 Pamplona-Iruña
sanaut@unavarra.es

BIBLID [1136-6834 (2012), 38; 967-996]

Recep.: 21.03.2002

Acep.: 08.10.2012

Desde finales del siglo XX, una corriente historiográfica ha construido un discurso histórico sobre la medicina desde la perspectiva de la historia social. En esta línea se encuentra este trabajo que analiza la historia de la actividad profesional de unos médicos navarros que entienden su labor como social. Desde su reflexión y con sus palabras profundizamos en ciertos escenarios de aquella sociedad.

Palabras Clave: Historia oral. Historia de la medicina. Profesión médica. Médicos navarros. Historia social de la salud. Memoria histórica.

XX. mendearen amaieratik, joera historiografiko batek medikuntzari buruzko gogoetabide historikoa eraiki du gizarte historiaren ikuspegitik. Ildo horretan kokatzen den lan honek beren lana sozializatzen hartzen zuten nafar mediku batzuen jarduera profesionalaren historia aztertzen du. Beren hausnarketatik eta hitzekin sakontzen dugu gizarte hartako eszenatoki batzuetan.

Giltza-Hitzak: Ahozko historia. Medikuntzaren historia. Medikuntza lanbidea. Nafar medikuak. Osasunaren historia soziala. Memoria historikoa.

Depuis la fin du XXème siècle, un courant historiographique a construit un discours historique sur la médecine à partir de l'histoire sociale. Ce travail, qui analyse l'histoire de l'activité professionnelle de certains médecins navarrais qui considèrent leur travail comme étant social se situe dans cette ligne. À partir de leur réflexion et avec leurs mots nous approfondissons certains contextes de cette société.

Mots-Clés: Histoire orale. Histoire de la médecine. Profession médicale. Médecins navarrais. Histoire sociale de la santé. Mémoire historique.

* Este trabajo ha contado con una ayuda a la investigación del año 2001 de Eusko Ikaskuntza.

1. INTRODUCCIÓN

Según las disciplinas médico-sanitarias, a cada fase de desarrollo social corresponde una determinada mentalidad sanitaria y un determinado sistema de salud. Con esta idea como hilo conductor, desde la disciplina médica, se han potenciado trabajos históricos tanto de instituciones, como sobre la profesión médica, la relación médico-enfermo, la epidemiología o los discursos sobre salud, higiene y política sanitaria.

Desde la historia, las aportaciones han sido muy parcas. Una de las razones se encuentra en las fuentes documentales: restricciones en su acceso, dispersión en su ubicación y consideración de que es una tarea exclusiva de las disciplinas sanitarias. Esta problemática, en el caso navarro, se agudiza por la deficiente conservación y la desaparición de numerosos fondos del Instituto de Higiene y del Hospital de Navarra. Los historiadores de la medicina han optado, ante tal laguna, por recurrir a la historia oral y las autobiografías de médicos y pacientes para tratar de reconstruir los procesos de transformación de la práctica médica como de las experiencias de enfermar y sanar del siglo XX. Tanto en un caso como en el otro se trata de conocer una “historia experimentada”, una historia que recupera la subjetividad de lo dicho y de lo no dicho, de la palabra y de los silencios.

Las siguientes páginas quieren ser una aportación al conocimiento del quehacer de unos profesionales que han destacado por su protagonismo social y, en ocasiones, político en su ámbito local, pero de los que se sabe muy poco fuera de ese entorno más próximo. Por tanto, se analiza, desde la historia oral y la historia social local, la experiencia profesional de unos médicos navarros ya fallecidos, a partir de entrevistas en profundidad realizadas en 2001.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

A lo largo de las últimas décadas del siglo XX y las primeras del XXI se ha desarrollado una interesante corriente historiográfica que ha intentado construir un discurso histórico sobre la medicina desde la perspectiva de la historia social¹. Los diferentes Congresos de Historia de la Medicina en España y los artículos publicados en revistas como *Asclepio* o *Dynamis*, son una buena muestra de este esfuerzo por desmitificar, de alguna forma, una cierta historia ideológica y hagiográfica, así como por cuestionar algunos planteamientos que llevaban a entender la historia de la medicina como la historia de médicos, escrita por y para los médicos. En este proceso de reorientación historiográfica se entiende la reflexión de L. Montiel, para quien “las hagiografías de médicos, son obra de una

1. BARONA, José Luis. *Ciencia e Historia. Debates y tendencias en la historiografía de la ciencia*, Valencia: Trobades, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Col. Scientia Veterum, nº 7, 1994; p. 141.

historia de la medicina entendida unilateralmente como historia de la ciencia y sus protagonistas son grandes descubridores, revolucionarios, innovadores”².

La renovación temática, de enfoques y de metodologías llegará, sobre todo, desde la historia, la sociología, la psicología y la antropología. El interés por los procesos de transmisión de los saberes científicos y técnicos ha colaborado, desde hace varias décadas, para impulsar los análisis más allá de las actividades profesionales, los descubrimientos, hitos en determinados ámbitos geográficos. Una de las corrientes historiográficas que más ha influido en las nuevas orientaciones apuntadas es la derivada de los Annales³. De esta forma, los historiadores de la medicina, sean médicos o no, han procurado conectar los problemas de la salud, de la enfermedad y del ejercicio médico con contextos sociales, culturales y de política socio-sanitaria. Del mismo modo, se han ido incorporando nuevos temas como la historia del enfermo/paciente, la historia de la asistencia social y de las políticas sociales, la historia de las campañas y la medicina preventiva o la historia de la enfermedad como realidad social. En cualquier caso, de lo que se trata es de comprender los mecanismos e interacciones sociales, culturales e ideológicas que determinan la situación del objeto de estudio salud/medicina desde un punto de vista longitudinal.

La historia social de la salud y de la medicina, la sociología de la salud y la antropología histórico-médica han liderado unos ajustes profundos que siguen colaborando en la comprensión de la realidad social pasada y presente. Si nos centramos en el contexto historiográfico navarro, es posible detectar algunos de los rasgos apuntados para el conjunto de España. A ellos habría que incorporar ciertos matices que conviene tener presente. Por un lado, la preocupación por la historia de la medicina y de la salud tiene una cierta tradición en Navarra, gracias a algunos facultativos formados en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra al amparo del magisterio del doctor J. A. Paniagua Arellano⁴. Este es el caso, por ejemplo, de los médicos Pedro Gil, Jon Arrizabalaga, Pilar León o Pablo Larraz. Sus investigaciones comenzaron centrándose en el período medieval y en algunas etapas puntuales de los siglos XVI al XVIII. Sus estudios posteriores se fueron adentrando en los siglos posteriores⁵.

Una trayectoria tan interesante y fructífera desde la medicina ha llegado más tarde al campo de la historia de la mano de la demografía histórica, en particu-

2. MONTIEL, Luis. “Biografías Médicas. Una reflexión desde la ambigüedad”. En *Asclepio*, Vol. LVII, nº 1, 2005. Madrid: CSIC; p. 48.

3. BARONA, José Luis. *Ciencia e Historia. Debates y tendencias en la historiografía de la ciencia*, Valencia: Trobades, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Col. Scientia Veterum, nº 7, 1994; p. 247.

4. BALAGUER, Emilio; BALLESTER, Rosa. “El profesor José Antonio Paniagua Arellano (1920-2010)”. En *Asclepio*, Vol. LXII, nº 2, 2010. Madrid: CSIC; p. 649-652.

5. Sirvan de ejemplo de ambos períodos: NÚÑEZ CEPEDA, Manuel. *La Beneficencia en Navarra a través de los siglos*, Pamplona: Escuelas Profesionales Salesianas, 1949. PÉREZ GOYENA, Antonio, *La Sanidad en Navarra*, Pamplona, 1947. PANIAGUA ARELLANO, Juan Antonio. *EL maestro Arnau de Vilanova, médico*, Valencia: Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina, 1969. PANIAGUA ARELLANO, Juan Antonio. *Studia Arnaldina. Trabajos en torno a la obra médica de Arnau...*

lar. Las aportaciones desde la demografía histórica y la historia social en Navarra dieron como resultado una abundante producción científica entre finales de los años 80 y comienzos del siglo XXI, cuando vuelven a ser los trabajos desde la historia de la medicina los que acaparan el protagonismo investigador. En el campo de los estudios de historia social de la medicina y la salud de los siglos XIX y XX destacaron las publicaciones de Jesús Ramos Martínez sobre el Hospital de Navarra y las epidemias de gripe y cólera, a las que también dedicaron sendos trabajos Eduardo Martínez Lacabe y Sagrario Anaut-Bravo⁶. A ellas se sumarán de esta misma autora otros referidos a la evolución de la tuberculosis y las enfermedades venéreas, así como trabajos sobre causas de muerte⁷, sin olvidar investigaciones sobre instituciones socio-sanitarias como la Inclusa de Lola Valverde y Arantxa Uribe-Etxebarria, y de la Casa de Misericordia de Camino Oslé, o como el propio sistema sanitario de Francisco Javier Caspistegui⁸.

... de Vilanova, c. 1240-1311, Barcelona: Fundación Uriach, 1994. GIL-SOTRES, Pedro, *Scripta minora de flebotomía en la tradición médica del s. XIII*, Santander, 1986. SÁNCHEZ ÁLVAREZ; GIL-SOTRES, Pedro, "El protomedicato navarro: itinerario de una investigación". En *Dynamis*, 16, 1996; pp. 187-204. VIÑES RUEDA, José Javier, "La sanidad en Navarra, 1921-1996". En *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 20, supl. 1, 1997. LARRAZ ANDÍA, Pablo. Un caso de aplicación de la fuente oral en Historia de la Medicina. El Hospital "Alfonso Carlos" de Pamplona (1936-1939)". En: *TK*, nº 16, 2004; pp. 149-156. LARRAZ ANDÍA, Pablo; LEÓN SANZ, Pilar. "Organización de la asistencia médico-quirúrgica en Navarra a los combatientes en la guerra civil (1936-1939)". En: ERRO GASCA, Carmen; MUGUETA MORENO, Iñigo (eds.). *Grupos sociales en la historia de Navarra, relaciones y derechos: Actas del V Congreso de Historia de Navarra*, Pamplona: Ediciones Eunat, 2002; pp. 377-381. LEÓN SANZ, Pilar. "La confidencialidad del médico y la información debida a las entidades aseguradoras". En: *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 44(1), 2000; pp. 25-31. LEÓN-SANZ, Pilar (ed.). *Health Institutions at the Origin of the Welfare Systems in Europe*. Pamplona: Eunsa, 2010. LEÓN-SANZ, Pilar. "El Congreso médico-regional de Navarra (1886): un ejemplo de la transmisión del conocimiento científico". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. May- August 2009; 32 (2): 149-159.

6. RAMOS MARTÍNEZ, Jesús. *La salud pública y el Hospital General de Pamplona en el Antiguo Régimen (1700-1815)*, Pamplona: Gobierno de Navarra, 1989. ANAUT BRAVO, Sagrario. "Siguiendo las huellas del último brote de cólera en Pamplona (1885)", en *Estudios de Ciencias Sociales*, Pamplona: UNED, 1995. MARTÍNEZ LACABE, Eduardo. "La epidemia de cólera de 1855 en Navarra: demografía y mentalidad". En: *Gerónimo de Uztariz*, nº 12, 1996; pp. 89-114.

7. ANAUT BRAVO, Sagrario. *Cambio demográfico y mortalidad en Pamplona, 1880-1935*, Pamplona: Ayuntamiento de Pamplona y Universidad Pública de Navarra, Col. Historia, nº 1, 1998. ANAUT BRAVO, Sagrario. "Luces y sombras en la lucha médico-social contra la tuberculosis. Una mirada retrospectiva sobre la tuberculosis en Pamplona (s. XX)". En: *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Dpto. de Salud del Gobierno de Navarra, vol. 20, nº 2, 1999; pp. 219-233. ANAUT BRAVO, Sagrario. "Trabajo y reinserción social de las mujeres. El modelo de la Casa de las Madres Adoratrices (ss. XIX-XX)". En: *Vasconia, Cuadernos de Historia y Geografía*, nº 30. Eusko-ikaskuntza, 2000; pp. 431-445. MARTÍNEZ LACABE, Eduardo. *Violencia y muerte en Navarra. Guerras, epidemias y escasez de subsistencias en el siglo XIX*, Pamplona: Ayuntamiento de Pamplona y Universidad Pública de Navarra, Col. Historia, 2005.

8. VALVERDE, Lola. *Entre la miseria y el deshonor*, Bilbao: UPV, 1994. URIBE-ETXEBARRIA, Arantxa. *Marginalidad protegida: mujeres y niños abandonados en Navarra (1890-1930)*, Bilbao: UPV, 1996. OSLÉ GUERENDIÁIN, Camino. *Hª y pedagogía de la beneficencia en Navarra. La Casa de Misericordia de Pamplona y su labor pedagógica (1706-1890)*, Pamplona: Príncipe de Viana, 1997. MARTÍNEZ ARCE, M^º Dolores. *Historia del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Navarra (1899-2000)*, Pamplona: Dpto. de Salud del Gobierno de Navarra y Colegio Oficial de Médicos de Navarra, 2001. CASPISTEGUI, F. Javier; LARRAZ, Pablo; ANSORENA, Joaquín. *Aventuras de un "gentleman" en la tercera carlistada: imágenes de la sanidad en guerra, 1872-1876*, Pamplona: Príncipe de Viana, 2007.

Todas estas publicaciones no han sido fruto de un proyecto o de una línea de investigación abierta desde ningún centro universitario o departamento del Gobierno de Navarra. Han nacido de las inquietudes personales de sus autores y de las lagunas sobre temas ligados a la salud, la demografía y epidemiología históricas o la asistencia social. Los resultados alcanzados, siendo relevantes en su enfoque, contenidos y metodología, presentan un panorama frágil y con limitadas conexiones. El diálogo entre la historia social y la historia de la medicina todavía no es fluido.

Junto al panorama historiográfico, merece una breve reflexión la introducción en diferentes disciplinas de la historia oral. El creciente interés historiográfico por el estudio de los discursos y prácticas no dominantes, por integrar voces diversas en la construcción de la historia, por la microhistoria y la historia local, ha potenciado la utilización de las fuentes orales como recurso complementario o central de investigaciones de muy diversa naturaleza. Las entrevistas en profundidad, las entrevistas semi-estructuradas y las historias de vida son técnicas de investigación que van incorporándose al estudio de la historia social de la salud y la medicina como a la historia de la medicina, aunque en esta última con menor intensidad. Estas fuentes responden, entonces, al interés por el estudio de la memoria, el tiempo, la representación y la subjetividad.

Es posible, actualmente, encontrar publicaciones sobre profesionales sanitarios, que podríamos considerar minoritarios entre sus profesiones, en los que la historia oral ha ocupado un lugar relevante. Este es el caso de las investigaciones sobre enfermeros, cirujanas o mujeres profesionales de otras ramas de la medicina. En España también encontramos trabajos, aunque escasos, sobre la experiencia profesional, la relación médico-paciente, o sobre las instituciones y la asistencia médica. De esta forma, se ha podido dar la palabra a quienes carecían de voz o la tenían mediatizada por su rol social y su estatus. No hemos de pensar solo en voces altisonantes, estridentes, roncadas o complacientes, sino también en voces serenas, ilusionantes, emotivas.

En suma, con los cambios de enfoque y la incorporación de nuevos temas, ha sido preciso considerar nuevas fuentes (oral, informes, reglamentos, legislación de instancias políticas, etc.) y re-leer con otros ojos fuentes más tradicionales en la historia social de la salud y de la medicina. En las páginas siguientes y desde la historia social, nos acercamos a la historia de la práctica profesional de unos médicos que, con su palabra, han de ayudar a entender una realidad social en la que la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, convivían intensamente.

3. FUENTES Y MÉTODO

En nuestros trabajos previos y en publicaciones como las de M^a D. Martínez sobre Colegio de Médicos de Navarra en 2001 y P. Larraz sobre el Hospital Alfonso Carlos de Pamplona de 2004, se ha insistido en las irreparables pérdidas de fondos documentales de instituciones tan representativas de la historia de la medicina y de la salud como el Hospital de Navarra, las Casas de Socorro, el

hospital Virgen del Camino o el Instituto Navarro de Salud. A ello se ha sumado una limitada sensibilidad por la conservación de documentos de diversa naturaleza (revistas, folletos, formularios, informes de inspección, etc.) por parte de las instancias municipales y provinciales competentes en materia de salud e higiene, el propio Colegio de Médicos de Navarra, etc. No puede olvidarse la dispersión en su ubicación, sobre todo, cuando se habla de archivos privados. El volumen de documentación e información desaparecida se desconoce, pero está siendo uno de los principales obstáculos para el conocimiento de la historia social de la salud y de la medicina de Navarra de los siglos XIX y, en especial, XX.

En tal contexto y a la espera de la localización de archivos privados de interés para la investigación, la historia social de la medicina en Navarra ha de recurrir a otras fuentes alternativas o complementarias que den luz sobre la práctica profesional, la relación de los profesionales sanitarios con las personas enfermas o en riesgo de estarlo, las variaciones en las concepciones del binomio salud-enfermedad o sobre las tendencias de los procesos de atención sociosanitaria. En un trabajo previo se dejó constancia de las dificultades de acceso a las fuentes archivísticas para analizar el siglo XX, así como de las opciones posibles⁹. La situación no ha cambiado, con la excepción de algunas mejoras en los fondos disponibles del Archivo Administrativo de la Presidencia del Gobierno de Navarra (AAPGN). Es así como el estudio, desde la historia social de la salud o desde la historia social de la medicina, requiere trabajar con un abanico de fuentes de diversa naturaleza. Pueden agruparse de la siguiente manera:

- *Fuentes de naturaleza estadística* procedentes del Instituto Nacional de Estadística (Movimientos Naturales de la Población-MNP y Anuario Estadísticos de España), Instituto Navarro de Estadística (Estadísticas de Morbilidad y Mortalidad, Censos, etc.), Registros vitales municipales (libros de defunciones), Memorias de Salud y del Instituto Navarro de Bienestar Social (desde la década de los años ochenta) y memorias de otras instituciones.
- *Fuentes hemerográficas y bibliográficas* tanto generalistas como especializadas. Dentro de este último grupo destacaremos los Boletines del Instituto Navarro de Salud, Anales del Sistema Sanitario de Navarra y diversas publicaciones del Colegio de Médicos de Navarra (Revista Navarra de Medicina y Cirugía, Navarra Médico, Navarra Médica, etc.). Las referencias bibliográficas que aquí se presentan son una recopilación de la escasa producción bibliográfica conservada y accesible.
- *Fuentes orales*. Se han presentado como un excelente recurso de documentación histórica. No es nuevo en la bibliografía historicomédica, aunque no haya proliferado en la producción historiográfica hasta bien entrada la última década del siglo XX. Una razón de este limitado interés podría estar en su asociación con la elaboración de biografías de personajes des-

9. ANAUT BRAVO, Sagrario. "Fuentes para una historia social de la salud. El ejemplo de Navarra". En: NAVAJAS ZUBELDIA, Carlos (coord.). *Actas del III Simposio de Historia Actual*, Logroño: Instituto de Estudios Riojanos y Gobierno de La Rioja, 2002; pp. 235-239.

tacados o con el estudio de grupos o sociedades ágrafas. Como apunta T. Ortiz Gómez, “la imposibilidad que tendría la historia oral para formular grandes hipótesis históricas”, explicaría esa misma falta de visibilidad¹⁰.

De estas fuentes, se ha optado por las últimas, ya que se ajustaban mejor al objeto de estudio. En concreto, el objetivo ha sido recoger la memoria histórica de la medicina y sus profesionales en Navarra, así como de los avances hechos en la lucha contra la enfermedad y la muerte a través de uno de sus principales actores, los médicos. La pretensión se dibujaba más ambiciosa, pero en ningún caso, fue recoger biografías o historias de vida. La cotidianidad de la labor médica se ha convertido en el eje vertebrador de las siguientes páginas.

Se focalizó el esfuerzo de búsqueda y captación de los médicos en aquellos nacidos a comienzos del siglo XX, por lo que, al inicio de la nueva centuria, superaban los 75 años de edad. Para seleccionar a los facultativos de mayor edad y con una trayectoria destacada dentro de la medicina Navarra se contó con el responsable-vocal de los médicos jubilados del Iltre. Colegio de Médicos de Navarra, el doctor Félix Visus Antoñanzas. Tras varias consultas y contactos infructuosos, contactamos con cinco médicos que habían ejercido como facultativos en Navarra. De esta forma colaboraron definitivamente los doctores: Mariano Carlón Maqueda, Javier Martínez Muñoz, Félix Visus Antoñanzas, Baltasar Soterías y Ricardo Magallón Izco. Actualmente, la mayoría de ellos han fallecido, por lo que esperemos que estas páginas sirvan de reconocimiento a su labor y a su disposición desinteresada en todo cuanto se les ha solicitado.

La metodología seguida se ha ajustado a la de la historia oral. Para dar voz a nuestros interlocutores y a quienes como ellos se dedicaron a la medicina en los dos últimos tercios del siglo XX, la técnica empleada ha sido la entrevista. Una tipología de entrevista semiestructurada y en profundidad a partir de un guión extenso y abierto a las aportaciones que fueron considerando oportunas. Cada una de ellas siguió unos ritmos y derroteros diferentes atendiendo a razones personales (estado de salud, edad y situación familiar) y profesionales de los entrevistados (médico de familia en el medio rural, médico especialista). La propia amplitud de la temática tratada ha requerido la realización de varias entrevistas con cada uno de los doctores anteriormente citados. Como resultado, la información recogida ha sido abundante y muy diversa, saliéndose en ocasiones de los ejes temáticos planteados. Los bloques temáticos en los que quedó articulado el guión de las entrevistas quedan sintetizados en los siguientes:

- Bloque 1: Datos biográficos básicos.
- Bloque 2: La vida universitaria y la especialización profesional.
- Bloque 3: La vida profesional.
- Bloque 4: Relaciones entre medicina, médico, enfermo y sociedad.

10. ORTIZ GÓMEZ, Teresa. “Fuentes orales e identidades profesionales: las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX”. En: *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LVII-nº 1, 2005; p. 76.

- Bloque 5: Hitos de la medicina y del sistema sanitario de Navarra dentro del contexto español.

No siempre resulta fácil presentar con cierto orden y sistematicidad los contenidos recogidos en entrevistas que han seguido caminos muy diferentes, aunque siempre interesantes. Con el afán de presentar un análisis claro y ordenado de las experiencias personales y profesionales de aquellos médicos que ejercieron su profesión en Navarra en un momento de profundos cambios en la medicina y el sistema sanitario, hemos optado por estructurar su discurso en cuatro apartados. Como se verá a continuación, estos apartados coinciden con los grandes bloques de las entrevistas.

De alguna manera, es posible encontrar también temas relacionados con su experiencia personal en torno a las razones de ciertas decisiones, a las actitudes adoptadas en determinados momentos, a sus sentimientos o expectativas, y a los procesos de búsqueda y construcción de sus identidades profesionales. De especial interés serán los acercamientos y reflexiones desde la doble perspectiva de paciente/enfermo y de profesional. Una visión pluridimensional de gran riqueza expresiva y analítica.

4. MEMORIA HISTÓRICA DE MÉDICOS NAVARROS

El reciente interés por la memoria histórica centrada en el período de la guerra civil y el gobierno franquista, así como el impulso creciente de la historia actual o la historia del presente y el éxito editorial de las biografías desde los años noventa del siglo XX, ha permitido que la historia oral haya adquirido mayor relevancia en campos disciplinares diversos. Este es el caso de la historia social de la salud y la práctica médica. En el cambio de siglo, se produjo el fallecimiento en Pamplona de destacados doctores por su trayectoria profesional, cultural y social, como J. J. Arazuri, llamando la atención sobre el vacío que dejaban en la comprensión de un pasado reciente de especial complejidad por los profundos cambios que se van a producir en todos los ámbitos. Recuperar la memoria histórica de esos profesionales de la medicina se convertía en tarea urgente allí donde, como en la Comunidad Foral de Navarra, la documentación primaria del sistema sanitario había desaparecido por múltiples avatares o se halla en paradero desconocido.

La tarea de recuperación de relatos de una profesión y de una sociedad ha supuesto incorporar el hecho histórico subjetivo en la construcción de la historia social de la medicina y, más concretamente, de la historia de la práctica médica. El hecho no es nuevo como lo atestiguan las investigaciones históricas sobre vidas cotidianas, profesiones diversas, experiencias bélicas u otros hechos políticos relevantes¹¹. Lo novedoso está en el salirse de la subjetividad biográfica para construir un relato colectivo en el que la subjetividad adquiere, como afirma

11. La relación de publicaciones podría ser muy prolija, por lo que tan solo se pondrán algunos ejemplos de la Comunidad Foral de Navarra que no aparecen reseñados en la bibliografía. FERNÁNDEZ, Silvia; RODA, Paco. (coor.). *Ellas. Las mujeres en la historia de Pamplona*. Pamplona:...

T. Ortiz Gómez, "un nuevo carácter epistémico" al poder intervenir el historiador en la creación de la propia fuente de estudio y en el análisis de la subjetividad en sí misma¹².

La memoria histórica que han transmitido el grupo de médicos que ejercieron en Navarra es una buena muestra de una profesión volcada en el receptor de la acción especializada, no en el profesional. Su mirada acerca a la fragilidad del ser humano, a la incompreensión de una sociedad que a duras penas entiende las causas de la enfermedad y a las limitaciones de un quehacer. Su voz, serena, sin críticas desmedidas ni apasionadas, nos traslada a unos sonidos de la vida que, con dificultad, encontramos en nuestro entorno actual más próximo. Sus gestos y expresiones recogen una dilatada experiencia vital y profesional en la que la realidad del vivir y morir se muestran con naturalidad. No cabe duda que todo ello ha de ayudar a comprender mejor un pasado no tan lejano en el que no es posible separar la profesión, los profesionales y las personas enfermas.

4.1. Apuntes biográficos de una generación

Para construir una narración basada en la historia oral hemos de comenzar por realizar algunas incursiones, aunque sin adentrarse en detalles muy personales, en la biografía de los protagonistas. Los médicos entrevistados no son grandes figuras de la medicina mucho más allá de sus escenarios sociales y profesionales. Sin embargo, sus relatos permiten entender mejor algunos momentos de esa historia que se ha escrito con letra pequeña y en gris. Esa historia de las relaciones personales, de las inquietudes cotidianas, de la fugacidad de la vida.

... Ayuntamiento de Pamplona, 1998. PIÉROLA, Gema. "Evolución del modelo de mujer que creó el franquismo. Un ejemplo: las mujeres navarras a los ojos de la prensa local (1939-1975)". En *Tiempos de silencio. IV Encuentro de investigadores del franquismo*, Valencia: Universidad de Valencia, 1999. ANAUT-BRAVO, Sagrario. *La dependencia obligada. La trampa de la protección en la vida cotidiana de las mujeres de Pamplona en el siglo XX*. Pamplona: Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Pamplona, 2005. ANAUT-BRAVO, Sagrario; OSLÉ, Camino; URMENETA, Ana. *De profesión, cuidadora. La profesionalización femenina de la asistencia socio-sanitaria en la Pamplona del siglo XX*. Pamplona: Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Pamplona, 2005. LARRAZ ANDÍA, Pablo; SIERRA-SESÚMAGA, Víctor. *Requetés, de las trincheras al olvido*. La Esfera de los libros, 2010. LARRAZ ANDÍA, Pablo. *Entre el frente y la retaguardia. La sanidad en la Guerra Civil: el hospital "Alfonso Carlos" Pamplona 1936-1939*. Editorial Actas, 2004. BEAUMONT, Edurne; MENDIOLA, Fernando. "Vinieron un montón de prisioneros. Los Batallones de Soldados Trabajadores vistos y recordados por la población de la montaña navarra (Vidángoz e Igal: 1939-1941)". En: MOLINERO, Carlos. Et al., (eds.). *Los campos de concentración y el mundo penitenciario en España durante la guerra civil y el franquismo*. Barcelona: Editorial Crítica, 2003. MENDIOLA, Fernando. "El mundo del trabajo en la comarca de Pamplona durante la transición: conflictividad laboral, género y estrategias familiares". En: VV.AA. *La Transición a la Democracia en España: Historia y fuentes documentales (Cuadernos de Archivos y Bibliotecas de Castilla-La Mancha, 8)*. Guadalajara: Archivo Histórico Provincial de Guadalajara, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2004.

12. ORTIZ GÓMEZ, Teresa. "Fuentes orales e identidades profesionales: las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX". En: *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LVII-nº 1, 2005; p. 76.

Las pinceladas de sus biografías se han elaborado a partir de la información que cada uno de ellos ha facilitado y con aportaciones puntuales del trabajo de M^a D. Martínez Arce¹³. No son, por tanto, exhaustivas, sino reflejo de una labor activa en diferentes frentes. Sus trayectorias no son ajenas a una tradición ya dilatada entre protomédicos y médicos. En la Navarra del primer tercio del siglo XX, por ejemplo, es posible encontrar a profesionales de la medicina inquietos ante los nuevos avatares político-sociales y las transformaciones demográficas y sanitarias que se vivían. Ese interés e implicación les llevó a ocupar cargos públicos municipales y a desarrollar una interesante labor científica y divulgativa, sobre todo de alcance local y regional. Algunas de las figuras más relevantes de esa época fueron los doctores Nicasio Landa Álvarez Carballo¹⁴, Manuel Jimeno Egúrvide¹⁵, Victoriano Juaristi Sagarzuza, Simón Blasco Salas¹⁶, Carlos Monzón Giménez, Agustín Lazcano, Serafín Húder o Carlos Gil¹⁷, entre otros muchos¹⁸.

13. MARTÍNEZ ARCE, M^a Dolores. *Historia del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Navarra (1899-2000)*. Pamplona: Dpto. de Salud del Gobierno de Navarra y Colegio Oficial de Médicos de Navarra, 2001; pp. 74-80 y 378-394.

14. Pamplona, 1831-1891. Comenzó su actividad profesional en el cuerpo de Sanidad Militar (1855) para terminar siendo Subinspector de Sanidad Militar en Navarra. Acudió a diferentes frentes como la guerra franco-prusiana de 1870, Marruecos y la guerra carlista. Acudió a varias conferencias internacionales sobre socorros de heridos y Cruz Roja. Colaboró en la redacción del Manual internacional de Leyes de la Guerra. Desarrolló una importante labor literaria y erudita y llegó a fundar un Asilo para niños huérfanos y ancianos. Introdujo en España la institución de la Cruz Roja. Fue miembro de las academias de Historia y Medicina, de la Sociedad Francesa de Arqueología, del Instituto de Derecho Internacional y de la Comisión de Monumentos de Navarra. Entre sus escritos destacaremos: *El derecho a la guerra conforme a la moral* (1867), *Memoria histórico-científica sobre las aguas de Burlada* (1880), *Los primeros cristianos de Pompeiopolis* (1890), *Los peligros físicos de la embriaguez* (1884). Recibió numerosas condecoraciones y reconocimientos públicos.

15. Aoiz, 1937. Destacó como médico especialista en las enfermedades de la mujer y los niños. Trabajó en el Hospital Provincial y fue Inspector Provincial de Sanidad de Navarra (1905-1924). Dirigió *El Liberal Navarro* y *Clínica Navarra* (1884-1889). Promovió la fundación de la Gota de leche en Pamplona, las colonias escolares de vacaciones y la divulgación de consejos higiénicos. Creó el Instituto Navarro de vacunación. Entre sus publicaciones: *La embriaguez y sus consecuencias físicas y psíquicas* (1884), *Prontuario de cirugía asepto-antiséptica. La cirugía moderna* (1890), *Higiene pública. La desinfección* (1899), *Instrucción para combatir la tuberculosis* (1904), *Cartilla contra el cólera* (1910), *Una colonia escolar de vacaciones de Pamplona* (1913) y *Colonias escolares de vacaciones* (1915). Destacó también en diversas actividades culturales y literarias. Fue miembro de la Academia médico-farmacéutica de Barcelona, de la Asociación Ginecológica Española, del Ateneo Antropológico de Barcelona y emérito de la Asociación médica de Estella y médico-farmacéutica de La Barranca. También fue vocal de la Junta de Sanidad y Beneficencia de Navarra.

16. CEVALLOS VISCARRET, Rosa M^a. *Vida y obra del doctor Victoriano Juaristi*. San Sebastián, 1992. Recientemente se han publicado: MARTÍN CRUZ, Salvador. *Victoriano Juaristi Sagarzuza (1880-1949). El ansia de saber. Datos para una biografía*. Pamplona: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, Col. Temas de H^o de la Medicina, n^o 7, 2007. BLASCO SALAS, Simón. *Recuerdos de un médico navarro. Aspectos retrospectivos de la época y médicos durante más de medio siglo*. Pamplona: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, Col. Temas de H^o de la Medicina, n^o 8, 2008.

17. ANAUT-BRAVO, Sagrario. *Luces y sombras de una ciudad. Los límites del reformismo social y del higienismo en Pamplona*. Pamplona: Ayuntamiento de Pamplona y Universidad Pública de Navarra, Col. Historia 7; pp. 49-52.

18. Sobre la relevancia político-social alcanzada por los médicos en Navarra destacamos el artículo: ARAZURI, José Javier. "Médicos famosos y sus nombres en las calles de Pamplona". En: *Pregón siglo XXI*, n^o 6, 1995; pp. 3-19.

A la siguiente generación, a la nacida a comienzos del siglo, pertenecen los médicos entrevistados. Como aquellos, vivieron y sufrieron la guerra civil, pero sus experiencias y trayectorias profesionales se desarrollaron durante la etapa franquista y, en algunos casos, durante la Transición. Su interés por la actividad política fue mucho menor que entre sus predecesores, pero no fue óbice para adquirir responsabilidades de toda índole desde el Colegio de Médicos de Navarra ni para una intensa actividad sociocultural. A continuación presentamos a los cinco médicos entrevistados siguiendo un orden alfabético.

Mariano Carlón Maqueda, natural de Gijón (1909-2009), se formó con Gregorio Marañón especializándose en corazón y pulmón. Dedicó buena parte de su vida a luchar contra la tuberculosis en el Sanatorio antituberculoso de Navarra (edificio Caracol del Hospital de Navarra), desde su llegada a Navarra en 1945, llegando a ser su director. Tras ocupar el cargo de vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra (1946-1949), fue elegido director del mismo en 1963. La gestión colegial que va a desarrollar desde entonces fue novedosa y muy activa. Potenció la publicación de varias hojas informativas, la labor comunitaria entre los médicos y sus familias, la creación de juntas comarcales o el reconocimiento a los médicos jubilados y a aquellos que hubieran destacado por su actividad profesional. Asimismo, consiguió importantes mejoras para la clase médica como el Seguro de Enfermedad, los Seguros de Responsabilidad Profesional, los Seguros Postmortem para familiares de médicos y la equiparación sanitaria de Navarra al resto de las provincias.

En esos mismos años se aprobó un nuevo Reglamento de la Organización Médica Colegial (1967), se regularon las atribuciones y obligaciones de los visitantes médicos, se establecieron centros de reconocimiento para conductores y se creó un Negociado de Sanidad. Fueron años, por tanto, de intensos cambios, de reajustes al nuevo contexto de la sanidad española. Su labor colegial concluyó en 1970. El doctor Carlón fue sucedido en la presidencia del Colegio de Médicos de Navarra por el doctor Felix Visus Antoñanzas. Por último destacar que fue el impulsor de ANFAS-Navarra¹⁹.

Ricardo Magallón Izco, nacido en Sesma (1927-), es hijo de médico y cursó sus estudios de medicina en la universidad de Zaragoza. Se especializó en anatomía patológica, pero tras un breve paso por Burguete como médico militar, ejerció como médico de familia en diversas localidades navarras hasta que se asienta, definitivamente, en su localidad natal. Interesado siempre por la literatura, la historia, la astronomía y la música, también ha dedicado parte de su tiempo a mantenerse actualizado en su especialidad. En la década de los setenta participó activamente en la vida institucional del Colegio de Médicos de Navarra, llegando a la presidencia en 1979. En estos años también participó en las Cortes navarras que darán el relevo al Parlamento de la etapa democrática.

19. MARTÍNEZ ARCE, M^a Dolores. *Historia del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Navarra (1899-2000)*. Pamplona: Dpto. de Salud del Gobierno de Navarra y Colegio Oficial de Médicos de Navarra, 2001; pp. 74-76. VIDAL, M^a José. "Entrevista a Mariano Carlón. El médico, el humanista, el hombre". En: *Pregón Siglo XXI*, n^o 25, Año 13, 2005.

Javier Martínez Muñoz, nacido en la Plaza del Castillo de Pamplona poco antes de concluir la segunda década del siglo XX, estudió medicina en Zaragoza y Salamanca. Entre 1952 y 1964 fue médico en el Sanatorio Antituberculoso de Navarra, junto con el citado doctor Mariano Carlón. Al cerrarse el Sanatorio y hasta 1969 trabajó en el Dispensario Antituberculoso de Navarra. Desde la década de los años setenta y hasta su jubilación, permanecerá en el hospital San Juan de Dios. Compaginó su labor médica con la de profesor en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Falleció en 2004.

Baltasar Soterías Elía (Tudela, 1906-2004) fue médico titular desde 1944. Ha sido un hombre polifacético con varias aficiones extraprofesionales. Así, presidió la sociedad cultural Peña Pregón; dirigió la revista Pregón Siglo XXI desde 1998 y escribió en ella diversos artículos en sus dos etapas (Pregón de 1943 a 1979 y Pregón Siglo XXI desde 1992)²⁰. Apasionado por el dibujo y la fotografía, llegó también a la presidencia de la Agrupación Fotográfica y Cinematográfica de Navarra.

Félix Visus Antoñanzas (Carcastillo-Navarra, 1921-2004). Estudió medicina en Zaragoza y se especializó como médico pediatra-puericultor (1948). Entre 1949 y 1979 fue médico en Murillo el Fruto (Navarra). A partir de los años setenta mantuvo una importante actividad dentro del Colegio de Médicos de Navarra, llegando a ser presidente interino en varias ocasiones y, tras dejar su actividad, pasó a ser vocal de los médicos jubilados y, más tarde, presidente de esta sección. Al igual que otros muchos médicos navarros ha simultaneado la práctica médica con la vida política activa. Entre 1971 y 1979 fue miembro de la Diputación Foral de Navarra junto a otros médicos como Arturo Monzón o José Heras. En este último año pasó a ser Jefe Regional de Coordinación Hospitalaria. Como humanista publicó varios trabajos científicos y fue presidente del Ateneo Navarro (1985), vicepresidente de la orquesta Santa Cecilia y presidente del Orfeón pamplonés.

4.2. La vida universitaria y la especialización profesional

La mirada a un pasado lejano, no solo por los años transcurridos, sino por la distancia que se percibe con la juventud, apunta más a las oportunidades perdidas que a la nostalgia. La constatación de los importantes avances realizados en la terapéutica, la farmacopea y el diagnóstico, sitúa a los médicos de la generación nacida en las primeras décadas del siglo XX, ante las fuertes limitaciones de todo tipo a las que se enfrentaban: movilidad, disponibilidad de instrumental especializado, posibilidades de formación continuada, etc. Una gran parte de estas las subsanaban con ilusión, profesionalidad y dedicación plena a una carrera que se había elegido por vocación y/o por "haberla vivido en sus casas". Para algunos de los entrevistados, contar con el nivel de desarrollo técnico y pro-

20. Destacaremos entre sus artículos los siguientes: "Vocabulario patológico". En: *Pregón*, nº 84. "Seis anécdotas médicas". En: *Pregón*, nº 86. "25 años de medicina". En: *Pregón*, nº 93.

fesional actual en los años que ellos ejercieron hubiera dado oportunidades de supervivencia a muchas de las personas que atendieron.

El punto de partida tomado es el acceso a la universidad. Ninguno expresó que fuera un privilegio, aunque la mayoría estudiara en Zaragoza en casa de algún familiar o en casas que alquilaban habitaciones a estudiantes. Su coincidencia también es manifiesta al afirmar que lo importante para estudiar fueron sus cualidades, no el ser hijo o nieto de médicos, ya que sin ellas y su esfuerzo no hubieran podido concluir con éxito su formación académica en la universidad. Al igual que en la autobiografía del doctor Simón Blasco Salas²¹, unos recuerdos bastante nítidos de aquellos años son las referencias a ciertos profesores por sus dotes docentes o porque influyeron en su decisión de especializarse. Un anclaje con ese período que es también visible es la confirmación de que han conservado durante décadas algunos de los manuales que estudiaron, justificando esta práctica por las escasas revisiones de sus contenidos en varias décadas.

Trascurrida la primera etapa formativa, la pregunta sobre las vías para actualizar sus conocimientos y las terapéuticas aplicadas tuvo varias respuestas. Las diferencias estarán relacionadas con la práctica profesional, es decir, si eran médicos de familia o de atención primaria (medicina general) o si se habían especializado. Igualmente, dependerá del lugar donde se ejerza la profesión: localidades rurales, centros urbanos o centros hospitalarios; y si el ejercicio es "libre" como especialistas o dentro del sistema sanitario (municipal o provincial).

Las fuentes de información y actualización fueron aumentando progresivamente, adquiriendo especial relevancia la asistencia a reuniones, jornadas o congresos con otros profesionales, las visitas periódicas de representantes de laboratorios que llevaban las últimas novedades y las revistas o folletos que dichos laboratorios enviaban. Para el médico rural y generalista, la participación en reuniones fuera de su localidad como las visitas de los representantes eran esporádicas y, siempre, muy medidas desde el punto de vista económico y del grado de atención a la población. Quienes desempeñaron su labor en municipios pequeños coinciden en las dificultades que tuvieron para acceder a ciertas novedades terapéuticas y farmacológicas. Una vía muy interesante de actualización, recuerda R. Magallón, era la comunicación telefónica con los especialistas de Pamplona a los que se enviaba alguno de los enfermos. Esa relación facilitaba cierta actualización en la detección, diagnóstico y tratamiento, al mismo tiempo que mejoraba el seguimiento de estos enfermos en su domicilio por parte del médico.

En cuanto a los médicos especialistas y de centros hospitalarios, hemos de recordar que hasta la apertura del hospital en Estella (1977) se concentraban en Pamplona. Las relaciones entre los médicos, de forma directa o a través del

21. BLASCO SALAS, Simón. *Recuerdos de un médico navarro. Aspectos retrospectivos de la época y médicos durante más de medio siglo*. Pamplona: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, Col. Temas de H^a de la Medicina, n^o 8, 2008; pp. 55-62.

Colegio de Médicos de Navarra, fue un cauce ágil de intercambio de información y de mejora de su práctica profesional. Además, las visitas de los laboratorios y de empresas de material médico-quirúrgico eran mucho más periódicas y especializadas, así como más accesibles las publicaciones de toda índole. No obstante, la asistencia a congresos u otros eventos no difería mucho de sus colegas de localidades rurales. Es decir, solo en contadas ocasiones asistían.

Las razones de esta limitada formación continua nada tienen que ver con la dejadez o desinterés profesional. Se apostilla en varias ocasiones que era fundamental la atención de las personas que estaban bajo su responsabilidad y cualquier salida de la localidad o de la consulta suponía no cumplir con los “tres principios fundamentales de la medicina: curar, aliviar y consolar”²². Además de “estar” siempre disponible, no se valoraba la formación continua más o menos reglada, como tampoco el trabajo en equipo, y no se disponía de ningún centro especializado para ello. Como apostilla J. Martínez se produjo un giro importante en este punto con la apertura de la Universidad de Navarra y de los estudios de Medicina (1954).

Hasta prácticamente los años 70 del siglo XX, la principal fuente de formación continua y de especialización fue la experiencia. Primero como ayudante de un médico o cirujano, para el que en muchas ocasiones se era más “un futuro competidor” al que solo “se enseñaba lo que él creía que debía saber” que un estudiante en prácticas. Más tarde, la propia experiencia personal completaba el proceso. M. Carlón sintetizará en sus escritos y conferencias este proceso cuando afirmaba que “la mejor escuela de medicina es la silla en la que se sienta el propio enfermo”²³. Por tanto, la atención a la persona enferma se antepone a cualquier otra actividad, porque ser médico era “serlo 24 horas, 365 días al año”, como evocará R. Magallón.

4.3. Medicina, médico, enfermo y sociedad: relaciones sociales y de poder

En 1941, Henry Sigerist afirmaba que el “objetivo de la medicina y de los profesionales de la salud es social y, de hecho, éstas son ciencias sociales”²⁴. Esta concepción de la medicina y de sus profesionales fue suscrita por todos los doctores entrevistados, considerando que estaba plenamente asumido por los médicos de su generación. Para ellos el binomio salud-enfermedad no puede

22. El doctor R. Magallón recordaba que los médicos de municipios rurales debían cumplir con tres obligaciones: atender a los considerados pobres y percibir “una iguala según catastro” cuya tarifa se acordaba entre la Diputación de Navarra y el Colegio de Médicos de Navarra; si se marchaba del municipio tenía que buscar a un médico que le sustituyera (“normalmente de pueblos próximos”); y, en tercer lugar, “estar” (disponible a cualquier hora y cualquier día).

23. MARTÍNEZ ARCE, M^a Dolores. *Historia del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Navarra (1899-2000)*. Pamplona: Dpto. de Salud del Gobierno de Navarra y Colegio Oficial de Médicos de Navarra, 2001; p. 386.

24. SAN MARTÍN, Hernán. *Salud y medicina preventiva*, Barcelona: Masson, 1989; p. 1.

analizarse disociado de la persona y su entorno social, no son solo casos clínicos, sino sociales. En este sentido han de entenderse expresiones como:

- “Cada uno está tan enfermo como se siente” (M. Carlón).
- “El médico debe aliviar, ayudar al enfermo en su curación, pero no siempre puede curarle” (J. Martínez).
- “La enfermedad es del enfermo” (R. Magallón).

Por tanto, la salud y la enfermedad aparecen muy ligadas a unos modos de vida, a unas condiciones socioeconómicas y a una cultura. La persona, desde esta perspectiva, es menos dependiente de su “estado biológico que de su estado social”²⁵. Es decir, se establecen como factores determinantes de la enfermedad, el grado de integración social, las condiciones de vida y trabajo, las respuestas favorables obtenidas a sus necesidades por parte de su entorno social próximo como del conjunto de la sociedad.

Entender la medicina como social exige el establecimiento de relaciones médico-persona enferma-sociedad sustentadas en un conocimiento mutuo, “de respeto y confianza”, que va más allá del estrictamente científico. En estos mismos términos, L. Montiel afirma que la práctica asistencial no es sólo el ejercicio de una ciencia sino también un “encuentro clínico que pone en juego lo personal”, entendido como “lo condicionado por el bagaje de una cultura” tanto del profesional como de la persona atendida²⁶.

No han faltado discursos, como los trabajos de T. Parsons en la década de los cincuenta²⁷, en los que se ha definido esas relaciones como desequilibradas y de poder. La valoración que hacen los propios médicos entrevistados al respecto no coincide con tales presupuestos generales, ya que intervienen diversos factores de naturaleza personal, corporativa como social. Aunque puedan darse casos en los que las relaciones establecidas sean de poder, su aportación a la reflexión implicaría tener en cuenta las siguientes tres cuestiones:

- Las relaciones médico-enfermo difieren dependiendo de la gravedad, cronicidad y tipología de la dolencia.

25. SAN MARTÍN, Hernán. *Salud y medicina preventiva*, Barcelona: Masson, 1989; p. 21.

26. MONTIEL, Luis. “Biografías Médicas. Una reflexión desde la ambigüedad”. En *Asclepio*, Vol. LVII, nº 1, 2005. Madrid: CSIC; p. 49.

27. Otros ejemplos son: SEGUIN, Carlos Alberto. *La enfermedad, el enfermo y el médico*, Ediciones Pirámide, Madrid, 1982. ALBERDI CASTELL, Rosa M^a. “Enfermería y poder: influencia de los estereotipos por género”. En: *Sociología de la salud*, nº 7, Bilbao: Federación de Asociaciones de Sociología del Estado Español, 1989. BROWN, Joel H. “Poder y sumisión en las relaciones médico/paciente”. En: *Revista de Psicología de la Salud*, nº 6, 1994; pp. 3-22. KHALFOUN, Mustapha. *Pónete enfermo y cállate. Un hombre solo frente a la medicina*, Acropole, 1998. CASTELLANOS, José. (et al) *La medicina en el siglo XX: estudios históricos sobre medicinas, sociedad y estado*. Málaga: Universidad de Málaga, 1998.

- La actitud del médico varía dependiendo de su grado de especialización y, también, del lugar donde ejerce su profesión (ciudad-pueblo, hospital general público, clínica privada, centro especializado, etc.).
- La actitud del médico hacia su profesión y hacia el enfermo está en consonancia con sus inquietudes personales hacia otros campos (por ejemplo: la política activa) y con el contexto social y político-económico en el que vive.

El doctor M. Carlón defendió, desde 1968, una modalidad de relación más subliminal y generosa entre médico y persona enferma:

He aquí que enlazando el pasado y el hoy, existen fuertes corrientes de permanente acción que no se han extinguido desde que un hombre convive con otro, porque aquél al sentirse enfermo, al sufrir dolor, pidió ayuda a este hombre -el médico- con quien entonces inicia una urdimbre afectiva, esa relación médico-enfermo que constituye el acto más elemental, pero de mayor sublimidad y permanencia de nuestra actividad curadora. Porque toda ayuda que no sea pura operación de compraventa es en su entraña misma un acto de amor y así el binomio menester-amor viene a ser el fundamento de la relación médico-enfermo.

En similares términos se pronuncia el doctor J. Martínez. A lo largo de sus años de actividad en el Sanatorio del edificio de Caracol del Hospital de Navarra pudo constatar que "el primer medicamento que había que recetar era el propio médico". Es decir, el médico con "su actitud humana y ganándose la confianza del paciente puede llegar a ser una ayuda tan vital" para el enfermo que es posible detectar mejorías o empeoramientos según se mantengan actitudes positivas o negativas hacia él.

Estos posicionamientos en favor de un quehacer y un acto médicos con un fuerte sentido humanista hay que entenderlos dentro de un contexto en el que la curación resultaba, en muchas ocasiones, difícil. Un buen ejemplo de esa labor que apunta a una atención integral de la persona enferma con recursos técnicos limitados, lo proporciona el Sanatorio Antituberculoso de Navarra en el que trabajaron M. Carlón y J. Martínez. Numerosos enfermos con tuberculosis institucionalizados pasaban entre diez y doce meses ingresados con la duda pendiente de si lograrían sanar. Además, eran conscientes de que padecían una dolencia infecto-contagiosa socialmente repudiada y, en caso de curación, con una valoración de enfermedad crónica.

Una de las muchas anécdotas que recuerda el doctor J. Martínez y que corrobora comentarios como los de Willian Osler al afirmar que "el pronóstico del tuberculoso dependía más de lo que el enfermo tiene en su cabeza que en sus pulmones", es la que a continuación reproducimos:

Cuando llegué al sanatorio, recién terminada la carrera, uno de los primeros casos que atendí fue una enferma con unas lesiones pulmonares tan grandes (tenía espatoesplenomegalia, albúminas continuas y probablemente había desarrollado una amilosis secundaria) que, a pesar de mi ignorancia en aquellos momentos, pensé que iba a ser el primero de mis certificados de defunción como médico. Era una

enferma acomodada hasta el punto que sus familiares le traían los nuevos medicamentos que iban apareciendo. De hecho, recuerdo que fue el primer enfermo que traté con ciclocerina. Ante semejante cuadro y por animar a la enferma le dije que mientras yo estuviera en el sanatorio no se iba a morir. Esto fue dicho, por supuesto, de una manera inexperta e incluso irresponsable si se quiere, pero la enferma lo tomó al pie de la letra. Desde aquel momento vivió doce años. Al cerrarse el Sanatorio en 1964, fuimos trasladados a otros centros hospitalarios de la misma ciudad y ya no la volví a ver. Pude saber más tarde que a los pocos meses del traslado esta enferma murió.²⁸

En el ambiente sanatorial también se describen otras relaciones médico-enfermo-centro, ya que convive una colectividad muy heterogénea. El enfermo entiende y vive su enfermedad como algo posesivo que produce reacciones, en ocasiones, imprevistas en él y que afectan a las relaciones sociales. Esta situación se hacía más compleja y difícil ante la mezcolanza de personas enfermas con distinta formación, procedencia, situación económica, modos de vida, etc., lo que en algunos momentos llegaba a propiciar fuertes tensiones. Las situaciones más duras solían estar asociadas a los enfermos "asociales" de entre los cuales destacaron los ex-presidarios y los vagabundos.

En cualquier caso, la práctica más habitual del personal del centro fue la de procurar mantener una cierta disciplina, recurriendo en unas ocasiones al diálogo, en otras llamando la atención al enfermo que lo merecía e incluso imponiendo pequeños correctivos como negar la salida un día de los previstos. El prestigio del que gozaba el médico en el Sanatorio facilitaba la aplicación de cualquier medida correctora, ya que se entendía como un medio que siempre redundaba en beneficio de la salud del conjunto de personas enfermas. Si bien puede entenderse tal prestigio como poder, nuestros interlocutores lo entienden como respeto, confianza mutua, establecida en planos diferentes, pero en ningún caso con la distancia que marca la prepotencia o superioridad.

Un grupo de enfermos especialmente complejo en el Sanatorio fue el de los crónicos o el de quienes llevaban ingresados hasta veinte años. Eran los que habían recibido, en un primer momento, los métodos colapsoterápicos y se iban incorporando a los métodos terapéuticos y farmacológicos más novedosos. En su estadio resultaba imposible curar la tuberculosis, convirtiéndolos en enfermos cronicados que malvivían en el centro. Por su trayectoria vital y como enfermos, requerían una mayor dedicación del personal facultativo y auxiliar, al mismo tiempo que unas fórmulas de socialización sanatorial que fueran estimulantes. La supervivencia de estos tuberculosos como enfermos crónicos atestiguará los importantes avances en materia terapéutica y farmacológica que se produjeron en la década de los años cincuenta y sesenta.

Las relaciones medicina-médico-persona enferma que sucintamente se han expuesto a partir del caso del Sanatorio Antituberculoso de Navarra son una

28. Se ha transcrito textualmente porque forma parte de un borrador que estaba escribiendo entonces el doctor J. Martínez y que, amablemente, me facilitó para su reproducción.

buena muestra de una época de cambios intensos en materia de curación. Los doctores M. Carlón y J. Martínez, que coincidieron en el Sanatorio durante ese período, fueron testigos del paso de una elevada mortalidad por tuberculosis y otras enfermedades infecto-contagiosas a un momento en el que muchas de ellas se cronifican ("ni se curaban ni se morían") y, por último, a otra en la que era posible la curación. Este cambio tan profundo habla de la modernización del sistema demográfico y del sistema de atención sanitaria en el conjunto de España. Una mayor supervivencia que va a dar mayor protagonismo social a los profesionales sanitarios y una mayor confianza en el médico y, con él, en la propia ciencia médica. Progresivamente, el médico irá compaginando, cada vez más, su intervención en la curación de la persona enferma por morbilidad infecciosa con tareas más claras de prevención.

En general, el médico tenía "autoritas", no "potestas". Su autoridad estaba en el conocimiento, en la dignidad moral y en la claridad intelectual. Para el doctor Magallón quienes realmente tenían y ejercían el poder eran el párroco y el alcalde. Ello no significa que no hubiera médicos rurales que optaran antes por el "poder" social que por la autoridad del conocimiento. Su "buen hacer", "su renovado conocimiento de la ciencia médica" y "su acercamiento humano al enfermo" le aseguraron un respeto que consolidó su posición social y profesional.

Esta última reflexión es extensible al médico rural (general o de familia). Th. Mckeown resumía en dos las funciones sociosanitarias que han desarrollado esos médicos en Gran Bretaña en un momento histórico similar²⁹. En primer lugar, aceptar una responsabilidad plena al ser quienes mantienen el primer contacto con el enfermo y quienes deciden si el tratamiento más idóneo debe marcarlo un especialista o no. En segundo lugar, ante situaciones de urgencia o de dificultades económicas, el médico de familia realizará labores como el seguimiento de embarazos y partos, atención de fracturas, análisis de sangre, orina o esputos básicos, y cualquier intervención quirúrgica que exigieran las circunstancias del momento.

En palabras del doctor R. Magallón, tales funciones han sido las desarrolladas por cualquier médico de familia en una localidad rural como la suya, Sesma. Una relación de algunas de las tareas que él ejercía es la siguiente: vacunaciones (viruela, poliomiélitis, sarampión, tétanos y triple vírica), revisiones pediátricas y de control de alimentación, control de embarazos, atención en partos y puerperio, atención a problemas de salud mental³⁰, registro de enfermedades de obligada declaración, derivación a los diferentes centros hospitalarios de Pamplona y a clínicas privadas (cuando solo existía esa opción) y tratamiento de

29. MCKEOWN, Thomas. *Introducción a la medicina social*. Madrid: Siglo XXI Editores, 1989; pp. 244-247.

30. Recuerda sobre todo casos de esquizofrenia, depresiones y procesos maniaco-depresivos. En ocasiones un problema de sueño encubría un diagnóstico de salud mental. Estos casos los derivaba al Manicomio o, más tarde, Hospital Psiquiátrico (Pamplona).

enfermedades comunes. Asimismo, actuaba como inspector de sanidad municipal y colaboraba con el veterinario en materia de salud pública (control de la calidad del agua, basuras y presencia de animales en los espacios públicos). Tudela no fue una excepción, aunque fuera el segundo núcleo urbano de Navarra por número de habitantes y contara con varios médicos, pero carecía de hospital. La multiplicación de atribuciones asignadas daba como resultado que la principal función no fuera únicamente el diagnóstico y tratamiento, sino que a esta y en un nivel de importancia similar se encontraban la prevención de enfermedades, en particular de las infecto-contagiosas, y la modificación o ajuste de ciertos hábitos o modos de vida.

Otra cuestión a valorar en la relación médico-enfermo de las localidades rurales en Navarra fue la desigualdad en el acceso a los mejores recursos sanitarios. A medida que se desarrolló el sistema de la Seguridad Social, el acceso a todos los recursos sociosanitarios disponibles se va a generalizar. Sin embargo, los costes personales, familiares y económicos que iban aparejados a una medicina especializada desaconsejaban su uso para muchas familias. El médico generalista mantendrá, de esta forma, un reconocimiento social que se incrementó con el desempeño de su labor curativa y con la toma de decisiones sobre los medios y métodos más adecuados para cada enfermo, lo cual incluía también el consejo o la instancia a acudir a un centro hospitalario o a un especialista en Pamplona.

Sin perder de vista los cambios en la atención sanitaria y las diferencias entre la medicina más generalista de los pequeños y medianos núcleos de población y la especializada, todos los médicos cumplían con una ética profesional. Recordaban que no siempre estuvo bien delimitada ni fue bien entendida por las autoridades municipales y las que representaban a la Seguridad Social, incluso durante sus primeros años de andadura. Para el doctor B. Soteras ello se traducía en que "para ser médico se necesita una calidad muy excelsa de vocación". Las pautas de salud e higiene pública entraban, en numerosas ocasiones, en colisión con prácticas muy arraigadas que no se valoraban como negativas por las autoridades municipales³¹. Las referidas al espacio privado y a la propia persona también encontraban resistencias por cuanto algunos remedios se consideraban más efectivos y, sobre todo, más económicos que los recetados por el facultativo o el boticario.

Para hacer entender mejor a los responsables políticos como a la sociedad en general la labor del médico, en su discurso profesional se insiste en, al menos, tres consideraciones básicas que se aplicaban tanto en la consulta como en el domicilio:

31. Ejemplos de prácticas que se mantuvieron mucho más tiempo en las localidades medianas y pequeñas que en Pamplona, se recogen en la siguiente publicación: ANAUT-BRAVO, Sagrario. *Luces y sombras de una ciudad. Los límites del reformismo social y del higienismo en Pamplona*. Pamplona: Ayuntamiento de Pamplona y Universidad Pública de Navarra, Col. Historia 7, 2001; pp. 84-175.

- la atención debe personalizarse puesto que "la enfermedad es del enfermo" y cada uno la entiende, la asume y la sufre de forma personal;
- el médico pone "a disposición del enfermo todos sus conocimientos, sin distinción", para superar la enfermedad o, en caso contrario, para aliviar y consolar;
- el enfermo no suele tomar iniciativas personales en cuanto a su curación, es más un "paciente", un enfermo dócil hacia un médico que "hace todo lo que puede con los medios y conocimientos de que dispone".

Pero el reconocimiento social al que se ha aludido no siempre procedía de quienes compartían profesión. Un ejemplo muy ilustrativo es el refrán popular que recuerda el doctor Magallón: "Al médico rural se le pega el pelo de la dehesa". Dicho en otros términos, el médico que ejercía su profesión en localidades medianas o pequeñas con recursos sanitarios limitados al médico, veterinario, boticario, practicante y comadrona, no tenía la oportunidad de llevar a cabo investigaciones clínicas, actualizar sus conocimientos permanentemente, acceder a numeroso instrumental médico-quirúrgico, etc. Al médico rural solo le quedaba hacer una epidemiología más basada en la observación que en el laboratorio. No obstante, al participar en/de la vida social de su localidad estaba en posición de realizar unos diagnósticos más personalizados y sujetos a las coyunturas sociales, sanitarias, económicas e higiénicas de cada persona enferma. Lo que podía "perderse en tecnicismos y cientifismo, se compensaba en eficacia curativa".

De esta forma, el reconocimiento social del médico de localidades rurales no difería del que ejercía su labor en centros hospitalarios o en la ciudad. Las diferencias se observaban en las relaciones entre los médicos y entre las autoridades político-administrativas y los médicos. El reconocimiento profesional e institucional tendió a concentrarse en aquellos que desempeñaron su trabajo en Pamplona como médicos especialistas. Una revisión de la extensa publicación de M^a D. Martínez Arce sobre el Ilustre Colegio de Médicos de Navarra corrobora esta percepción que está muy extendida, en particular, entre los médicos rurales navarros³².

4.3.1. Cuando de las relaciones médico-enfermo depende la salud: el Sanatorio Antituberculoso de Navarra

Para la generación de médicos objeto de este estudio, curar era uno de los objetivos que asumían como profesionales. Pero era solo uno. Acompañar, aliviar y consolar fueron objetivos más importantes hasta la difusión de la penicilina, los antibióticos y toda una serie de nuevas terapias e instrumental médico

32. Un trabajo similar y en torno a las mismas fechas es el referido al Colegio de Palencia: DE JUAN CASTRILLO, Antonio. *Recuperando la memoria. Los médicos y la medicina de finales del siglo XIX y primera mitad del siglo XX en Palencia*. Palencia, 2000.

que se producirá en la década de los sesenta. Incluso con tales avances, ha de reconocerse el protagonismo del entorno social y familiar en el proceso de curación o cronificación de ciertas enfermedades.

La relevancia de tales avances y del quehacer de los médicos será incuestionable en el caso de enfermedades infecto-contagiosas con elevada morbilidad y fuerte contenido estigmatizante. Así sucederá con la sífilis y la tuberculosis. A comienzos del siglo XX, el doctor Hauser calificaba, a ambas enfermedades como "infecciosas de evolución lenta y larga" en las que las principales vías de transmisión eran los órganos genitales³³. En el segundo tercio del siglo se demostró que las enfermedades venéreas no eran más que un factor de predisposición a contraer otras dolencias³⁴. Esta constatación no impidió que siguieran siendo consideradas como enfermedades degenerativas y enfermedades sociales, no solo por sus connotaciones morales y de miseria del afectado, sino porque constituían "un verdadero azote para la familia y para la raza"³⁵. En la década de los cuarenta, la tuberculosis seguía afectando entre el 5%-7% del total de personas en Navarra, siendo muy superados esos porcentajes en Pamplona³⁶.

Con un fuerte rechazo social pero con una menor prevalencia se hallan las enfermedades de transmisión sexual³⁷. Según el doctor R. Magallón en las localidades donde trabajó no diagnosticó estas enfermedades a ninguna mujer, aunque sí tuvo algunos casos de hombres. No parece darse la misma situación en núcleos grandes de población, donde la prostitución se ha ejercido de forma regular y donde la morbimortalidad de estas enfermedades propiciaron la puesta en marcha desde 1928 de campañas contra las "enfermedades venéreo sifilíticas" y la aparición del Dispensario "Francisco Murillo" del Hospital Provincial de Navarra en los años treinta.

Las relaciones que se van a establecer entre médico y persona enferma de una de estas "enfermedades sociales" necesariamente debía ser distinta a las entabladas con otras personas enfermas. Mayor diferenciación se establecerá desde la apertura del Sanatorio Antituberculoso de Navarra por cuanto la institucionalización será la única opción que les quedaba a estas personas. Como ha quedado expuesto, para adentrarnos en las relaciones sociales de los enfermos

33. HAUSER, Philippe. *La geografía médica de la Península Ibérica*. Madrid, 1913; p. 426.

34. Esta era la valoración de J. Martínez Muñoz. Recordaba que hubo algunos casos, siempre aislados, en los que se diagnosticaba conjuntamente tuberculosis y sífilis, aunque siempre se tenía mucha precaución con el contagio.

35. *Hoja Sanitaria de la provincia de Navarra*, 28-10-1928; p. 1.

36. ANAUT-BRAVO, Sagrario. "Luces y sombras en la lucha médico-social contra la tuberculosis. Una mirada retrospectiva sobre la tuberculosis en Pamplona (s. XX)". En: *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Dpto. de Salud del Gobierno de Navarra, vol. 20, nº 2, 1999; pp. 227.

37. ANAUT-BRAVO, Sagrario. *Cambio demográfico y mortalidad en Pamplona, 1880-1935*. Pamplona: Ayuntamiento de Pamplona y Universidad Pública de Navarra, Col. Historia, nº 1, 1998; pp. 151-189.

conviene diferenciar entre enfermos hospitalizados o institucionalizados y quienes son atendidos por la medicina domiciliaria; entre quienes sufren enfermedades comunes y quienes tienen diagnosticada alguna dolencia infecto-contagiosa; entre los que residen en núcleos urbanos con recursos socio-sanitarios múltiples y aquellos que solo pueden acceder a un médico generalista.

Mientras la persona enferma no hospitalizada y con una dolencia no infecciosa mantiene unas relaciones sociales y familiares normalizadas, y dispone de un creciente apoyo social informal en el plano del cuidado o atención personal y en el relativo al sostenimiento económico y emocional de la familia, la situación es muy diferente cuando esa persona tiene un diagnóstico de tuberculosis o de una enfermedad venérea (en especial de sífilis). Sobre cómo se construyeron esas relaciones nos va a hablar, fundamentalmente, el doctor J. Martínez. En sus recuerdos verbalizados y escritos sobre su relación con personas enfermas de tuberculosis nos vamos a detener.

En cuanto al enfermo de tuberculosis, su situación personal y social cambiaba de forma radical cuando se confirmaba el diagnóstico de una enfermedad altamente infecto-contagiosa y se le instaba a su hospitalización. Desde ese momento el temor al contagio marginaba al tuberculoso y le aislaba del mundo de los sanos, según el doctor J. Martínez:

El temor al contagio margina al tuberculoso y le aísla del mundo de los vivos, lo que para él representa una muerte social, haciéndole huir del trato humano por miedo a que puedan conocer su enfermedad. Incluso acude a consultas de especialistas de ciudades cercanas si sus recursos económicos se lo permiten. La tuberculosis la lleva como algo vergonzante y cuando llega al Sanatorio, desprovisto de grandes técnicas y con poco personal, nuestro objetivo debe ser devolverle la tranquilidad y afianzarle en que los métodos terapéuticos que se utilicen le devolverán al mundo en el que había vivido y que le enfermedad le truncó.

La tuberculosis, por tanto, se convertía en motivo de "vergüenza" personal y familiar. Un sentimiento que lleva a la automarginación y el aislamiento. "Vive su enfermedad" como algo posesivo que implica reacciones que son siempre muy personales, pero que conducen a la autoexclusión social.

El drama del ingreso afectaba igualmente a la propia familia que, en muchos casos, se veía privada del principal soporte económico. Aunque no eran habituales los ingresos de la pareja, no resultaba infrecuente la permanencia del padre o la madre con uno o varios hijos/as. La desestructuración de la familia era una realidad que exigía una adecuación ciertamente traumática. En palabras del doctor J. Martínez, en las primeras fases del conocimiento de su dolencia a la persona enferma le preocupaba más su enfermedad que lo que aconteciera a su familia:

Había que hacerse con aquellas personas enfermas para hacerles recuperar la confianza. Eso requería mucho tiempo, generalmente de conversaciones, y procurar situarlos en grupos que los animaran. Porque también había algún grupo de enfermos que lleva mucho tiempo en el sanatorio y transmitían la idea de que nunca saldrían de allí, que a ellos les habían dicho lo mismo.

Superada la fase de adaptación y tras percibir alguna mejoría, comenzaban las preocupaciones e inquietudes por las reacciones de la familia, los vecinos, los compañeros de trabajo, etc., así como por la situación económica en la que se hallaba su familia.

El enfermo luchaba desesperadamente por superar la enfermedad. Con anterioridad al empleo de la estreptomina e hidracida morían el 25% de los ingresados cada año en el Sanatorio navarro. Desde 1952/53 eran raros los fallecimientos e incluso hubo años sin decesos. Como consecuencia de la progresiva cronificación de la enfermedad, las estancias hospitalarias se hicieron más largas.

Al tuberculoso hay que tratarlo con un mimo exquisito, ya que está habituado al ambiente hostil. Un médico que empatiza con él puede suponer más que unos gramos de estreptomina, que por supuesto hay que poner también. Por decirlo en una palabra, hay que huir de la medicina inerte.

Pero la prolongación de las estancias no solo se producía por la aplicación de los fármacos y terapias. Solía producirse por expreso deseo de los familiares, temerosos de su retorno, y porque los médicos no daban el alta hasta que estuvieran bien cerradas las cicatrices pulmonares o se estuviera convencido de que no existía riesgo alguno de contagio.

Las modalidades de alta del Sanatorio Antituberculoso del Hospital de Navarra fueron tres. En primer lugar, la salida se producía por la concesión del alta médica, o sea, se consideraba curado al ingresado tras llevar tres o cuatro meses sin dar síntomas, por lo tanto no se esperaban recaídas ni reingresos. En segundo lugar, por alta clínica, es decir, todavía existían algunas lesiones, pero no había peligro de contagio. En este caso no siempre era por iniciativa del médico. Por último, el alta por iniciativa propia del enfermo. Este grupo lo componían, básicamente, los "enfermos asociales" o pobres, expresidarios, gentes de todo tipo en algún estadio de marginalidad. Este último grupo lo componían los enfermos no controlados al salir del Sanatorio, de ahí que fueran potenciales focos de contagio. La importancia en algunos lugares de estos "asociales" llevó a que desde el Patronato Antituberculoso se hablara de "delito sanitario" y se expusieran listas con los nombres de estos incontrolados.

La situación de rechazo social se hacía más patente, si cabe, cuando se les concedía un permiso temporal para visitar a sus parientes y amigos. A pesar de tener un estado de salud general "como nunca", el sentimiento de rechazo social a la enfermedad y al enfermo se sobreponían a lo que significaba la hospitalización prolongada (entre 8 y 12 meses en los años cuarenta y cincuenta). Para el doctor J. Martínez, la sociedad parecía querer quitárselos de su lado. El contraste entre las sensaciones subjetivas hacia la tuberculosis y lo que ve, hace que el enfermo no se sienta curado. Puede estar curado en su patología pero no en su percepción de la enfermedad.

El problema más grave, no obstante, era la reinserción social y laboral definitiva del tuberculoso ya sano. En muchos casos se tuvo que recurrir a la inter-

mediación del cura, el médico, las enfermeras visitadoras, etc., de la localidad de residencia que ayudarán en ese difícil proceso de vuelta a casa y al trabajo.

La situación cambiará en los años sesenta, cuando la morbilidad por tuberculosis descienda notablemente y se vayan sustituyendo los sanatorios por los dispensarios antituberculosos. Los avances en la medicina preventiva y curativa facilitarán ese tránsito y el tratamiento en el domicilio. Con ello se superaba, en gran medida, la marginalidad social y laboral a la que hemos hecho referencia. Para el enfermo este tipo de tratamiento significó un cambio radical en la percepción de la enfermedad y en la consideración social de su estado, en principio, transitorio y no conducente a la muerte. Para la familia el salto cualitativo también fue importante, ya que los riesgos de contagio se reducían a un breve espacio de tiempo y la curación se podía lograr en tan solo 6 meses de tratamiento, de tal manera que no era preciso el abandono total de la actividad laboral.

4.4. Hitos de la medicina y del sistema sanitario de Navarra dentro del contexto español

En este punto resultó de especial interés la diferenciación que se hizo entre los hitos de naturaleza legislativa o político-administrativa y aquellos otros referidos a la introducción de nuevos medicamentos, instrumental quirúrgico u otros avances en materia terapéutica. Dos planos de una realidad que convergen y repercuten en las expectativas de vida y en la labor profesional de forma directa³⁸.

A la hora de establecer jerarquías, no cabe duda que las primeras referencias se han hecho a los avances de la medicina. La introducción de fármacos en los años cincuenta y sesenta como la penicilina, la estreptomina, las hidrácidas, la ciclocerina, el PAS, etc., cambiaron un panorama marcado por las enfermedades infecto-contagiosas más ligadas a una dura postguerra. La llegada en los setenta de la cortisona, las hormonas, los tranquilizantes, los antidiabéticos orales, además de toda una amplia batería de nuevos antibióticos dieron un nuevo giro a la sanidad española y navarra al lograr el control, en unos casos, y la erradicación, en otros, de enfermedades contagiosas de comportamiento endémico, así como al mejorar la calidad de vida y el estado de salud en general. Pero junto a los medicamentos se incorporaron toda una serie de tratamientos que fueron llevando desde los más agresivos o de choque como las Plastias y el Neumotórax para los enfermos de tuberculosis, a métodos avanzados como los trasplantes, encefalogramas, operaciones cardíacas, métodos de reanimación, etc.

Sin el desarrollo económico, social y cultural que se vivió en las décadas de los sesenta y setenta, reconocen, hubieran sido difíciles de conseguir los progre-

38. DE MIGUEL, Jesús M. "Para un análisis sociológico de la profesión médica". En: *REIS*, nº 20, 1982; pp. 103-120.

Los médicos con los éxitos alcanzados. De igual forma, no hubiera sido posible la progresiva consolidación de un sistema sanitario de titularidad pública renovado en su estructura, objetivos y medios humanos y materiales.

El conjunto de innovaciones, de las que tan solo hemos enunciado algunos ejemplos, han tenido tanto repercusiones muy directas sobre el control de ciertos procesos morbosos infecciosos como sobre el propio enfermo y su valoración de su estado de salud/enfermedad. Este progreso inmediato sobre la lucha contra la muerte es muy probable que explique la preferencia de los médicos entrevistados por tales avances y no por la reordenación y adecuación del sistema sanitario de España y de la profesión médica. En este asunto consideraban que les venía dado desde instancias externas a su labor profesional cotidiana. No obstante, se hicieron eco de una serie de hitos que dieron solidez al asociacionismo profesional de los médicos por medio de la adecuación de los colegios de médicos y que fueron la base del actual sistema de salud de España y Navarra³⁹.

Así, se recuerdan los primeros exámenes para acceder a médico titular en Navarra a través de un cursillo y posterior examen de capacitación sanitaria. Estos coincidieron con la promulgación de la Ley de Bases de Sanidad Nacional (1944), por la cual la sanidad pasaba a ser competencia del Estado. Ello introdujo algunas disfunciones en Navarra por dos motivos en particular: la mayoría de los médicos habían sido contratados por los municipios o la Diputación siguiendo unos criterios particulares y por la entrada en vigor del seguro obligatorio de enfermedad (B.O.E., 27/12/1942).

Con la entrada en vigor de este seguro obligatorio (SOE) se dispersa el ejercicio de la medicina, repercutiendo de manera especialmente negativa entre las personas enfermas. Según el doctor J. Martínez esta situación se hizo más patente entre los tuberculosos, ya que la dinámica de intervención sanitaria consistía en: un trabajador afiliado obligatoriamente al seguro de enfermedad debía acudir a las consultas que dependían del Ministerio de Trabajo a través del Instituto Nacional de Previsión; allí era atendido por un médico "de cabecera" o especialista que le facilitaba la baja laboral con la que justificaba su ausencia al trabajo durante el período de enfermedad y se tenía derecho a percibir una parte del salario. Aunque también se le tenían que facilitar las medicinas necesarias, hubo ciertas dificultades por la falta de conexión con los centros del Patronato Nacional Antituberculoso, últimos responsables de la dispensación de medicamentos antituberculosos.

En otros términos, el Ministerio de la Gobernación y su Dirección General de Sanidad eran los responsables del Patronato Nacional Antituberculoso, encargado expresamente de la lucha contra la tuberculosis. En estas instancias se disponía del personal cualificado y los recursos humanos y terapéuticos necesarios para cumplir con esta labor encomendada. Por su parte, el Ministerio de Trabajo tenía bajo su cargo el seguro obligatorio de enfermedad y cuantas cuestiones estuvieran ligadas a la salud laboral, además de medios económicos suficientes

39. Una referencia en este sentido es el artículo de Jesús M. De Miguel, citado anteriormente.

para dar la cobertura necesaria, sin embargo su personal no estaba cualificado para atender determinadas enfermedades infecto-contagiosas. Las dificultades manifiestas para trasladar los medios de un ámbito al otro terminó repercutiendo en una pérdida de eficacia.

Entre 1965 y 1975 se pone en marcha el Plan Nacional de Erradicación de la Tuberculosis. Con la promulgación de la Ley de Bases de la Seguridad Social (1963), que se aplica a partir de 1967, y del Primer Plan de Desarrollo Sanitario (1964), el citado Plan de Erradicación de la Tuberculosis encuentra el respaldo, los medios y los recursos que necesitaba para tener el éxito esperado en una enfermedad tan sobresaliente en Navarra como la tuberculosis. Asimismo, se lograron algunos acuerdos con la Seguridad Social, sobre todo para aquellas personas enfermas que tenían que someterse a alguna intervención quirúrgica.

En tales circunstancias, recuerdan cómo los médicos, especialistas o no, reclamaban a través de su principal órgano representativo, el Colegio de Médicos, la creación de un Ministerio dedicado a la salud. Con tal órgano se pensaba que podían estar más centralizados y mejor gestionados todos los recursos humanos, económicos y científicos destinados a la lucha contra la muerte. De igual forma, se tenía la convicción de que la principal beneficiaria era la población en su conjunto y, en segundo lugar, el propio Estado que mejoraba su eficacia en la intervención socio-sanitaria. El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social verá la luz en 1977 y, con él, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD, 1979), en sustitución del Instituto Nacional de Previsión (1978). Este hito en el sistema sanitario de España y Navarra no responderá plenamente a las expectativas abiertas, recalca el doctor Ricardo Magallón, sobre todo en lo que compete a la labor del personal facultativo.

Los doctores M. Carlón y F. Visus introducen algunos otros acontecimientos y normativa que afecta más directamente al médico como "clase" profesional. Su presencia prolongada en diferentes puestos dentro del Colegio de Médicos de Navarra les insta a que den una especial relevancia al papel cumplido por dicha institución en la mejora de las condiciones de trabajo y formación de los médicos navarros, en el establecimiento de acuerdos con la Diputación Foral de Navarra y con los Ministerios correspondientes a favor de la regulación de la práctica médica y en el desarrollo y consolidación del sistema sanitario navarro que ha llegado a nuestros días.

Una de las fechas que recuerdan como hito es 1956. En ese año el Consejo Foral Navarro introduce modificaciones en la situación laboral de los funcionarios municipales que mejoran también la de los médicos y se redacta el Reglamento de las secciones colegiales de médicos de asistencia pública domiciliaria y del seguro obligatorio de enfermedad. Supuso un paso más en la actualización y reordenación de la práctica médica que estaba regulada en reglamentos como el Reglamento para la Ordenación Médica Colegial (1945).

Otra fecha a la que dieron protagonismo fue 1982, momento en el que se firma el Amejoramiento Foral. En varios de sus artículos se hace referencia

expresa a la sanidad e higiene de Navarra, a las competencias en estas materias y cuanto concierne a la gestión y desarrollo legislativo en materia de la Seguridad Social. Se recogían también las funciones y atribuciones que correspondían al Colegio de Médicos de Navarra, con lo que obtenía un espaldarazo a su labor de más de ochenta años de historia.

5. CONCLUSIÓN

La memoria nos dice quiénes somos, de dónde venimos y dónde estamos. Esto explica el interés por conocer y conservar los orígenes personales o del grupo de pertenencia. Este mismo sentir motivó, hace ya algunos años, el acercamiento a unas historias profesionales y de vida en las que ambas parcelas eran muy difíciles de separar por su forma de ser entendidas por sus actores. En estudios anteriores constatamos la relevancia social y económica de los médicos en sociedades de limitada población y formas de vida más próximas a las rurales que a las propiamente urbanas, como era el caso de Pamplona. Parecía oportuno continuar en esa línea pero, las limitaciones de las fuentes documentales, condujo nuestro quehacer hacia la historia oral.

La oportunidad que se abría para profundizar en cuestiones tratadas de forma tangencial y desde campos no históricos, ha dado como resultado la reconstrucción de unas experiencias que, siendo personales, trascienden al profesional de la medicina para adentrarnos en una sociedad con grandes limitaciones de medios y recursos para la supervivencia. Ciertamente la subjetividad invade los relatos. Siendo relatos distantes en el espacio (no todos trabajaron y residieron en la misma localidad) y distintos en las experiencias (médico especialista, médico de familia, médico de la ciudad y de una localidad rural), comparten un mismo discurso de lo que debía ser y fue su práctica profesional, su relación con las personas enfermas y sus familias, su nivel de implicación en la sociedad que les tocó vivir.

Todo recuerdo tiene una doble cara. La visible o aquella que se expresa y comparte. La oculta, la de los silencios y los gestos medidos. El tiempo es un claro enemigo de ambas porque las transforma, las moldea, incluso de forma caprichosa. Sin embargo, ese transcurrir de la vida también colabora para la reflexión, a colocar mejor cada acontecer y sentimiento en su lugar. La narración de cada uno de los médicos entrevistados ha sido un buen ejemplo de ello. Su generosidad en los detalles y en la comunicación de sus conocimientos y pensamientos ha posibilitado conocer la medicina como ciencia social volcada en la persona, ya sea enferma o sea profesional. Desde esta perspectiva se entiende que califiquen su profesión como vocacional, de entrega.

Asimismo, ha sido posible detectar la relevancia de la individualidad del enfermo y del tratamiento médico, sin olvidar las desigualdades en el acceso a los recursos sanitarios por razón del lugar de residencia y de la situación económica. Cuestiones todas ellas que en la actualidad han generado un interesante debate sobre la relevancia que ha de tener lo científico-farmacológico y lo psico-

social en el tratamiento de las enfermedades. En las páginas anteriores se ha ejemplificado, a través del Sanatorio Antituberculoso del Hospital de Navarra, la convivencia de un grupo de personas a las que unía solo la enfermedad y su deseo personal de sanar con la colaboración del personal sanitario, dentro del que sobresalía el médico. Las relaciones interpersonales y el mantenimiento de los lazos familiares completaban la tarea de la ciencia médica.

El camino que se inició hace una década, a pesar de su interés, no ha tenido continuidad en Navarra, por lo que la aportación que se hace en estas páginas no ha de mirar solo hacia atrás, sino también hacia delante. De gran interés resultaría profundizar en la diferenciación entre poder social y político-económico de los médicos, ya que a lo largo del siglo XX han estado muy presentes en puestos políticos municipales, regionales y estatales.

De igual forma, en aquellos hitos que han marcado la historia social de la salud y de la medicina en nuestra Comunidad, ya que con ello podrían explicarse algunos de los cambios que han acontecido en la epidemiología durante la segunda mitad del Novecientos y en la forma de entender y potenciar el sistema sanitario navarro. Una última cuestión llevaría a profundizar en las relaciones entre los profesionales de la medicina y las personas enfermas, y entre dichos profesionales y la sociedad. Hasta ahora los análisis se han hecho desde la antropología histórico-médica, la sociología de la salud, la historia de la medicina o la psicología. Desde la historia social de la salud y de la medicina las aportaciones pueden ser especialmente relevantes por su capacidad de análisis de los mecanismos ideológicos, culturales y socioeconómicos que acompañan al quehacer médico, a la experiencia de enfermar/sanar.

6. BIBLIOGRAFÍA

- ALAZRAQUI, L. "Encuentro entre médico y paciente: apuntes para una ética". En: *Cuaderno de Psicoanálisis*, nº 11, 1990.
- ANAUT BRAVO, Sagrario. *Cambio demográfico y mortalidad en Pamplona, 1880-1935*. Pamplona: Ayuntamiento de Pamplona y Universidad Pública de Navarra, Col. Historia, nº 1, 1998.
- . *Luces y sombras de una ciudad. Los límites del reformismo social y del higienismo en Pamplona*. Pamplona: Ayuntamiento de Pamplona y Universidad Pública de Navarra, Col. Historia 7, 2001.
- . "Fuentes para una historia social de la salud. El ejemplo de Navarra". En: NAVAJAS ZUBELDIA, Carlos (coord.). *Actas del III Simposio de Historia Actual*. Logroño: Instituto de Estudios Riojanos y Gobierno de La Rioja, 2002.
- AYUNTAMIENTO DE VALENCIA. *Estudios sobre la profesión médica en la sociedad valenciana (1329-1898): orígenes históricos del Colegio Oficial de Médicos de Valencia*. Valencia: Ayuntamiento de Valencia, 1998.
- BARONA, José Luis. "Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte". En: *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XI: 3, 1993.

- . *Ciencia e Historia. Debates y tendencias en la historiografía de la ciencia*. Valencia: Trobades, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Col. Scientia Veterum, nº 7, 1994.
- ; PERDIGUERO, Enrique (Edts.) *Medi-ambient i salut. Una perspectiva històrica*. Valencia: SEC/Ayuntamiento de Sueca, 2001.
- BERNABEU MESTRE, Josep. *Historia de la enfermería de Salud Pública en España*. Alicante: Universidad de Alicante, 1999.
- CAMPOS, Ricardo; MONTIEL, Luis; HUERTAS, Rafael (ed.). *Medicina, ideología e historia en España, siglos XVI-XXI*. Madrid: CSIC, 2007.
- COMELLES, José M^a. "Cuidar y curar". En: *Rol*, nº 172, 1992.
- DÍAZ RUBIO, Manuel. *Cien médicos españoles del siglo XX*. Madrid, 2000.
- ELSO TARTAS, Jesús. *Un paseo por las calles de nuestros médicos*. Pamplona: Fundación Colegio de Médicos de Navarra, 2007.
- FERNÁNDEZ CONESA, Juana. *Historia de la enfermería*. Madrid: Interamericana, 1995.
- FOUCAULT, Michel. "Historia de la medicalización". *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta, 1990.
- GARCÍA-SANZ MARCOTEGUI, Ángel. Constantino Salinas (1886-1966). *Un médico navarro comprometido con el socialismo democrático*. Pamplona: Universidad Pública de Navarra, 2003.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. Barcelona: Guadarrama, 1970.
- . *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza Universidad, 1983.
- . *Relación sanitario-paciente*. Madrid: Alianza Universidad, 2000.
- LÓPEZ ESCOBAR, Esteban; LOZANO BARTOLOZZI, Pedro. *Eduardo Ortiz de Landáuzuri. El médico amigo*. Madrid: Rialp, 1994.
- LÓPEZ PIÑERO, José M^a. *Breve historia de la medicina*. Madrid: Alianza Editorial, Col. Medicina y Salud, 2000.
- MARTÍNEZ ARCE, M^a Dolores. *Historia del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Navarra (1899-2000)*. Pamplona: Dpto. de Salud del Gobierno de Navarra y Colegio Oficial de Médicos de Navarra, 2001.
- MCKEOWN, Thomas. *Introducción a la medicina social*. Madrid: Siglo XXI Editores, 1989
- MEDINA DOMENECH, Rosa M^a; RODRÍGUEZ OCAÑA, Enrique. "Profesionalización médica y campañas sanitarias. Un proceso convergente en la medicina española del primer tercio del siglo XX". En: *Dynamis*, vol.14. Granada, 1994.
- ORTIZ GÓMEZ, Teresa. "Fuentes orales e identidades profesionales: las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX". En: *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LVII-nº 1, 2005; pp. 75-97.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Enrique. *La constitución de la medicina social como disciplina en España (1882-1923)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Col. Textos Clásicos Españoles de Salud Pública, 1987.
- SAN MARTÍN, Hernán. *Salud y medicina preventiva*. Barcelona: Masson, 1989.
- SÁNCHEZ GRANJEL, Luis. 1994, *Historia de la medicina en España*, Junta de Castilla y León.

Anaut-Bravo, Sagrario: Historia oral y medicina. Memoria histórica de los médicos navarros

SENDRAIL, Marcel. *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid: Espasa-Calpe Universitaria, 1983.

SILES GONZÁLEZ, José. *Historia de la enfermería*. Alicante: Aguaclara, 1999.

URIBE OYARBIDE, José M^a. *Educación y curar: el diálogo cultural en atención primaria*. Madrid: Subdirección General de Museos Estatales, 1996.

VIÑES RUEDA, José Javier. *El doctor Nicasio Landa. Médico y escritor. Pamplona (1830-1891)*. Pamplona: Gobierno de Navarra, 2001.